



ETUDES ET TRAVAUX

N° 127

JEAN-PIERRE OLIVIER DE SARDAN,

MAHAMAN TAHIROU ALI BAKO ET ABDOUTAN HAROUNA

LES NORMES PRATIQUES EN VIGUEUR DANS
LES SECTEURS DE L'ÉDUCATION ET LA
SANTÉ AU NIGER

UNE BASE POUR DES RÉFORMES ANCRÉES
DANS LES RÉALITÉS ?

2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION : LES NORMES PRATIQUES DANS LES ADMINISTRATIONS NIGÉRIENNES	4
LES NORMES PRATIQUES COMMUNES À LA SANTÉ ET À L'ÉDUCATION ET LEURS DÉCLINAISONS PARTICULIÈRES	13
L'interventionnisme incessant dans les nominations et affectations	14
L'incohérence dans la gestion des ressources humaines	25
L'impunité	33
Les absentéismes	36
La fuite des cerveaux	43
Liste indicative de normes pratiques relatives à la gestion des personnels	45
LES NORMES PRATIQUES SPÉCIFIQUES À LA SANTÉ ET LES NŒUDS CRITIQUES	49
Des nœuds critiques spécifiques à chaque métier de l'Etat	49
Les maternités : normes pratiques, nœuds critiques et culture professionnelle	51
Le cas des médecins communaux (la médicalisation des CSI)	63
LES NORMES PRATIQUES SPÉCIFIQUES À L'ÉDUCATION ET LES NŒUDS CRITIQUES	71
La formation des enseignants et les écoles normales d'instituteurs (ENI)	72
Les multiples combines, tricheries et « arrangements »	75
Le problème des contractuels	79
Supervisions, évaluations et rapportage : une faillite	84

LA CORRUPTION AU SEIN DES NORMES PRATIQUES	85
Des frontières brouillées	86
Les marchés publics	90
Les fausses missions et les faux salaires	93
Les achats de postes	94
LES RÉFORMES : DÉFIS ET PISTES	97
Trois défis	98
Trois pistes	105
Des propositions de réformes partant des réalités	123
CONCLUSION. PARTIR DES NORMES PRATIQUES, POUR INDUIRE DES CHANGEMENTS : À LA QUÊTE DES INNOVATIONS ET DES RÉFORMATEURS DE L'INTÉRIEUR	129
Références	131

INTRODUCTION : LES NORMES PRATIQUES DANS LES ADMINISTRATIONS NIGÉRIENNES¹

Les enseignants et les personnels de santé, comme tous les fonctionnaires de l'Etat au Niger, connaissent pour l'essentiel assez bien les normes officielles, qu'ils ont apprises lors de leur formation initiale (à la Faculté des sciences de la santé et dans les diverses écoles paramédicales pour les personnels de santé, ou dans les Ecoles normales d'instituteurs pour les enseignants des écoles primaires), ainsi que dans d'innombrables formations complémentaires à l'initiative et avec le financement des bailleurs de fonds et des ONGs internationales.

Et pourtant, on constate, dans le fonctionnement des formations sanitaires et des écoles, d'innombrables et constants écarts de comportements par rapport à ces normes officielles. Prenons-en quatre exemples courants.

1. Il peut s'agir de ce qu'on appelle parfois « la petite corruption ».

Pour obtenir une affectation dans une école urbaine et éviter un village reculé, un instituteur donnera un mois ou plusieurs mois de salaire, ou une somme forfaitaire, à l'inspecteur de la direction départementale de l'enseignement primaire: c'est une pratique courante.

2. Mais il s'agit aussi de pratiques considérées comme légitimes, qui s'écartent néanmoins des normes officielles, et nuisent à l'efficacité des services.

Bien au-delà du maximum de jours d'absence annuels stipulés par la loi, les absences des sages-femmes pour cause de baptême, mariage ou décès concernant

¹ Ce rapport est issu du programme de recherche « *Accountability through practical norms: civil service reform in Africa from below* », Centre of African Studies, University of Edinburgh, financé par British Academy (Anti-Corruption Evidence Programme). Les données recueillies ne prennent pas en compte d'éventuelles innovations ou réformes qui seraient intervenues après aout 2017.

un large cercle de parents, amis et connaissances s'accumulent de semaine en semaine.

3. Parfois, certains comportements qui bafouent les lois et règlements peuvent être nécessaires dans l'intérêt du service.

Face à l'absence de certains médicaments dans les formations sanitaires (en raison des retards de remboursements par l'Etat pour les prestations fournies aux catégories exemptées de paiement) de nombreux soignants délivrent des ordonnances informelles (sur des « bouts de papier ») aux patients afin qu'ils puissent acheter ces médicaments dans les pharmacies privées (pratique interdite par le Ministère de la santé)

4. Enfin, certaines pratiques sont largement déplorées et pourtant elles se perpétuent sans être vraiment combattues.

Les inspecteurs, les conseillers pédagogiques et les directeurs d'établissements scolaires se plaignent de l'absence de sanctions à l'encontre des enseignants incompetents, corrompus ou absentéistes, mais presque tous baissent les bras face aux problèmes que leur créerait toute tentative de leur part de punir un subordonné fautif.

On ne peut imputer ces différents écarts à une méconnaissance des normes officielles. Tout enseignant sait qu'acheter une affectation de complaisance est illégal et immoral ; les sages-femmes savent que leurs absences pour motifs « sociaux » sont abusives au regard du code du travail ; les infirmiers savent qu'ils ne doivent pas délivrer des ordonnances pour le secteur privé; les inspecteurs de l'éducation nationale connaissent la gamme des sanctions réglementaires disponibles.

Mais pourtant les uns et les autres continuent le plus souvent à se comporter ainsi de façon routinière. Chacun, ou presque, trouve plus ou moins « normal » de ne pas respecter en telles et telles occasions les normes officielles. Ces écarts aux normes officielles sont devenus des « habitudes ». *Il ne s'agit pas de comportements marginaux, ou pathologiques, ou criminels. Les « comportements non-observants », c'est-à-dire non conformes aux règles publiques et professionnelles, sont fréquents, banals. Ils sont tolérés même quand ils sont critiqués.* Nous appelons « comportements non observants » les

pratiques quotidiennes des enseignants ou des personnels de santé qui ne suivent pas à la lettre les normes officielles de la fonction publique ou les normes de leur métier (procédures sanitaires, règles éducatives, déontologie, etc.)². Ces pratiques peuvent relever de la corruption, du clientélisme, de l'interventionnisme, de l'absence de conscience professionnelle, mais aussi avoir un contenu « palliatif » ou de « débrouille » lorsque les normes officielles ne peuvent être appliquées dans les contextes réels des écoles nigériennes ou des formations sanitaires nigériennes, ce qui est bien souvent le cas. Un constat s'impose : les comportements « non observants » sont généralisés, ils sont l'expression d'une crise grave du système scolaire nigérien et du système de santé nigérien, crise qu'ils contribuent eux-mêmes à reproduire, et témoignent de ce que la qualité de l'enseignement public et la qualité des prestations sanitaires laissent beaucoup à désirer et se sont même considérablement dégradées à divers niveaux, alors même que les écoles, les collèges, les centres de santé et les hôpitaux se sont multipliés à travers le pays depuis quelques décennies.

Ces comportements non-observants sont le plus souvent à la source des dysfonctionnements des services publics en général et des services sociaux en particulier, *dans un contexte général où l'important accroissement quantitatif de ces services contraste avec leur mauvaise qualité*. Tous les usagers de ces services (parents d'élèves ou patients) s'accordent, dans les nombreux entretiens que nous avons eus avec eux, pour critiquer cette mauvaise qualité, et l'attribuer d'un côté à la gouvernance publique (au-delà de tel ou tel gouvernement) mais aussi, de l'autre côté, aux comportements des enseignants

² L'observance (*compliance*, en anglais) est un concept que nous empruntons à la santé publique (l'observance des prescriptions médicales) ; elle est appelée *dependability* par Britan & Cohen (1980 : 20) : « the degree to which an official behaves with the rules and regulations governing his office ».

ou des agents de santé. Et nombreux sont ceux qui, parmi des derniers, le reconnaissent aussi.

Une caractéristique majeure de ces comportements non-observants doit être soulignée. Ils convergent, ils sont routiniers, ils sont prévisibles. Ils sont donc, d'une façon ou d'une autre, *régulés, mais sur un mode totalement informel*. Ils suivent d'autres règles *de facto* que les règles publiques. Nous appellerons ici « *normes pratiques* » ces normes « invisibles » qui régulent les écarts habituels aux normes officielles³.

A la différence des normes officielles (et des normes sociales), qui sont explicites, les normes pratiques sont implicites. Elles ne sont écrites nulle part. Elles ne sont pas exprimées verbalement en tant que telles (et ne sont pas même toujours conscientes). Elles sont latentes, souterraines, inscrites dans des habitudes. C'est le chercheur qui les déduit de comportements similaires et qui les met en mots. Toutefois, ceux-ci, confrontés par les chercheurs à l'énonciation des normes pratiques qui les concernent, reconnaissent que, effectivement, « tout se passe comme si » ces normes purement virtuelles avaient une existence réelle⁴. En effet, elles permettent de rendre compte de la convergence des comportements non-observants. Et c'est cette convergence dans les écarts aux normes officielles qui est au centre du présent rapport.

³ Pour une présentation plus détaillée du concept de normes pratiques, voir Olivier de Sardan 2015. Ce concept a été pour la première fois formulé, à propos de la santé, dans Olivier de Sardan 2001. Pour des approches similaires, mettant en évidence la régulation des comportements d'acteurs publics s'écartant des normes officielles, voir Anders 2010 à propos de la bureaucratie au Malawi, ou Blundo 2014, 2015 à propos des Eaux et Forêts au Sénégal et au Niger.

⁴ Nous avons en effet procédé, avec des professionnels de la santé ou de l'éducation, à plusieurs séances de discussion à propos des « normes pratiques » que nous avons dégagées dans nos diagnostics : à chaque fois un accord s'est dégagé sur le fait que « tout se passe comme si » ces normes pratiques existaient vraiment...

NORMES PRATIQUES DANS L'ÉDUCATION ET LA SANTÉ

Par exemple, pour rendre compte des écarts aux normes officielles dans les exemples évoqués ci-dessus, on peut énoncer les quatre normes pratiques suivantes :

- Donner de l'argent à un inspecteur de l'éducation permet d'obtenir l'affectation souhaitée
- Remplir ses obligations sociales passe avant les obligations professionnelles.
- Délivrer une ordonnance informelle est une aide souhaitable fournie aux patients
- Sanctionner un subordonné est source de réprobation et de problèmes qu'il vaut mieux éviter.

Bien évidemment, les normes pratiques ne sont pas nécessairement toujours respectées. Certains agents refusent de soudoyer un inspecteur et certains inspecteurs refusent d'être soudoyés ; certains infirmiers refusent de faire des ordonnances informelles ; certaines sages-femmes accordent parfois la priorité à une urgence professionnelle sur une cérémonie familiale ; et il arrive qu'un inspecteur sanctionne un instituteur incompetent.

Ceci signifie que les agents de l'Etat ne suivent pas tous et toujours les normes pratiques. Ils suivent aussi parfois les normes officielles. *Leurs comportements se déploient dans l'espace entre les normes officielles et les normes pratiques, ils sont parfois observants, parfois non-observants.*

Les normes pratiques sont au cœur de la vie quotidienne des administrations, au Niger, comme ailleurs ⁵. *Elles prennent des formes*

⁵ Nous précisons que l'existence de normes pratiques n'est en rien limitée au Niger, ou même à l'Afrique. Dans tous les pays, et y compris en Europe ou en Amérique du Nord, il y a des normes pratiques qui régulent les écarts aux normes officielles. Mais ces normes pratiques diffèrent selon les contextes historiques, politiques, économiques et sociaux

*spécifiques selon les contextes*⁶. Elles ne sont pas nécessairement négatives. Un Etat où tous les fonctionnaires respecteraient à tout moment les règlements est inenvisageable (et serait sans doute invivable !).

Certaines normes pratiques (que nous appelons « adaptatives ») permettent de rendre des normes officielles abstraites et impersonnelles compatibles avec des contextes particuliers et des situations singulières ; elles peuvent aussi « humaniser » les procédures.

Par exemple, dans le cas du Niger, où les exemptions de paiement s'appliquent aux enfants de 0 à 5 ans, des enfants ayant manifestement dépassé 5 ans seront soignés gratuitement et enregistrés comme ayant 5 ans

Par contre, d'autres normes pratiques nuisent gravement à la délivrance de services publics de qualité ou au fonctionnement efficient des administrations (nous les appelons « transgressives »).

La fabrication et la délivrance de faux diplômes de brevet (BEPC) a permis à ceux qui en ont bénéficié d'être recrutés comme enseignants contractuels sans maîtriser le français écrit (et parfois même oral)

Et enfin certaines normes pratiques sont ambivalentes, elles facilitent de façon « bricolée » le fonctionnement de l'administration, tout en ouvrant la porte à des privatisations informelles (nous les appelons « palliatives ») : elles bafouent les règles mais permettent la délivrance du service.

Pour permettre des évacuations gratuites, de nombreux centres de santé ont instauré des « centimes additionnels » (100 FCFA), perçus sur tous les malades, y compris ceux qui bénéficient officiellement d'une gratuité totale (enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes), pratique qui a été interdite par le Ministère de la santé

Les enseignants demandent des cotisations aux parents pour acheter des craies ou des éponges pour effacer le tableau noir

⁶ Pour une réflexion sur la différence entre les contextes pragmatiques (au cœur desquels on trouve les normes pratiques) et les contextes structurels (définis par des variables de type socio-démographique), voir Olivier de Sardan, 2018

Connaître les normes pratiques est indispensable pour toute réforme des comportements non observants, Il faut connaître ce qu'il faut modifier (en tout ou en partie), ou ce qu'on doit accepter ou tolérer (parfois ou souvent, provisoirement ou à long terme). Pour améliorer la qualité des services délivrés, il s'agit de partir de la réalité vécue au quotidien par les agents de l'Etat. Ce n'est pas ce que font habituellement les politiques publiques : en effet les réformes des services publics et de l'Etat qui se succèdent, en général à l'initiative des bailleurs de fonds, ne se soucient pas de connaître les normes pratiques en place, elles se contentent de superposer de nouvelles couches de normes officielles sur les normes officielles qui existaient déjà (et qui étaient loin d'être toujours respectées)

Bien évidemment chaque métier de l'Etat a ses propres normes pratiques : celles des personnels de santé sont différentes de celles des instituteurs.

Si on constate parfois une mutualisation des gains illicites obtenus aux dépens des parturientes et de leurs accompagnantes par les sages-femmes d'une équipe de garde à la maternité centrale de Niamey, une telle mutualisation est inconnue chez les instituteurs. Chaque enseignant garde pour lui les sommes que lui verse tel ou tel parent pour « favoriser » son enfant.

Toutefois, de nombreuses normes pratiques sont transversales aux différents métiers de l'Etat et se retrouvent dans toutes les administrations, elles existent chez les agents de santé comme chez les instituteurs. Ce sont des *normes pratiques bureaucratiques communes*,

Nous examinerons donc dans un premier temps les normes pratiques bureaucratiques communes aux domaines de l'éducation et de la santé dans le cas du Niger, tout en mettant en évidence leurs déclinaisons particulières dans

l'un ou l'autre domaine⁷. Puis nous décrirons successivement les normes pratiques spécifiques aux personnels de santé⁸, et les normes pratiques spécifiques aux personnels enseignants. Nous tenterons ensuite de clarifier la place de la corruption au sein des normes pratiques. Enfin nous terminerons ce rapport par une réflexion sur « Que faire ? », nourrie par une analyse de divers défis et obstacles qui se dressent face à toute tentative de modifier ces normes pratiques et une présentation de diverses pistes de réformes innovantes possibles.

Notre diagnostic et notre argumentation reposent sur un constat fondamental dans la perspective de lutte contre la corruption : *il est impossible de tracer une ligne claire entre les pratiques corruptives et toutes les autres*

⁷ M.T. Ali Bako et A. Harouna ont mené des enquêtes de terrain en 2017 à Ouallam et Niamey. A Kollo ils ont aussi organisé en 2016 une enquête collective sur l'éducation avec la collaboration d'étudiants de master. Un groupe de travail sur l'éducation, animé par JP. Olivier de Sardan, a réuni plusieurs fois à Niamey des professionnels de l'éducation (instituteurs, professeurs, conseillers pédagogiques, inspecteurs, syndicalistes, cadres des Ministères concernés, syndicalistes) et des responsables du HCME (Haut-Commissariat à la modernisation de l'Etat) et de la HALCIA (Haute Autorité de lutte contre la corruption et infractions associées), pour discuter d'un premier diagnostic établi par l'équipe du LASDEL et présenter des propositions. Un atelier de deux jours (Niamey, 9 et 10 mai 2017) a regroupé des maires avec des professionnels de la santé, des professionnels de l'éducation et des responsables du HCME et de la HALCIA pour présenter nos diagnostics, écouter le point de vue des maires, débattre des compétences que peuvent exercer les communes en matière d'éducation et de santé, et émettre des propositions. Enfin, la deuxième session de l'école professionnelle du LASDEL à destination de personnels de santé maternelle (Niamey, du 26 septembre au 4 octobre 2017) a permis de discuter du diagnostic établi par l'équipe du LASDEL en matière de santé maternelle, de valider la liste des normes pratiques, et de faire de nouvelles propositions.

⁸ Outre les enquêtes menées pour le présent programme de recherche, nous nous appuyons sur les nombreux travaux menés par le LASDEL au Niger depuis 15 ans dans le domaine de la santé. Voir en particulier les numéros d'*Etudes et Travaux du LASDEL* sur cette question (en libre accès en ligne sur www.lasdel.net): Souley 2001 ; Olivier de Sardan, Souley et Moumouni 2001 ; Hahonou 2002 ; Moumouni et Souley 2004 ; Moussa 2004 ; Olivier de Sardan, Diarra et Moumouni 2006 ; Diarra et Moumouni 2007a ; Diarra et Moumouni 2007b ; Diarra et Moumouni 2008 ; Olivier de Sardan & Bako Arifari 2011 ; Olivier de Sardan et Ridde 2011 ; Ousseini 2011 ; Diarra 2011 ; Moha 2011 ; Diarra 2012. Voir également Jaffré & Olivier de Sardan 1999 ; 2003 ; Bonnet & Jaffré, 2003 ; Olivier de Sardan, Bako Arifari et Moumouni 2007 ; Olivier de Sardan & Ridde 2014. L'usage occasionnel de travaux antérieurs se justifie en particulier par le fait que la très grande majorité des normes pratiques analysées par le LASDEL au Niger au cours des années précédentes est toujours en vigueur aujourd'hui.

NORMES PRATIQUES DANS L'ÉDUCATION ET LA SANTÉ

pratiques non observantes. Autrement dit les normes pratiques relevant de la corruption sont enchâssées dans un ensemble plus vaste de normes pratiques, qui doivent être simultanément prises en compte dans toute réforme des services publics

LES NORMES PRATIQUES COMMUNES À LA SANTÉ ET À L'ÉDUCATION ET LEURS DÉCLINAISONS PARTICULIÈRES

Les instituteurs contractuels (qui représentent entre 70 et 80% des effectifs enseignants de l'école primaire, et sont aussi nombreux dans les collèges) sont connus pour leur fort absentéisme : non seulement la plupart d'entre eux disparaissent la dernière semaine de chaque mois (ou la semaine suivante si l'argent n'est pas arrivé) pour aller toucher leur salaire au chef-lieu de la préfecture, mais aussi beaucoup partent en week-end une journée plus tôt ou à en reviennent une journée plus tard.

L'absentéisme est tout aussi fréquent chez les personnels de santé, mais il prend des formes souvent différentes : retards d'une à deux heures dans la prise de service quotidienne et départs précoces le soir, demi-journées régulières d'absence (en particulier chez les femmes) pour participer à des cérémonies sociales (baptêmes, mariages, décès) au sein d'un vaste réseau de « parents, amis et connaissances », PAC).⁹

A l'image de l'absentéisme, de nombreuses familles de normes pratiques se retrouvent dans les divers domaines de la fonction publique nigérienne, tout en étant déclinées sous des formes spécifiques selon les divers métiers de l'Etat. Nous nous focaliserons ici sur celles qui concernent la gestion des personnels au sens large, sous les cinq rubriques suivantes : l'interventionnisme, l'incohérence, l'impunité, l'absentéisme et la fuite des cerveaux. Nous terminerons par une liste indicative de normes pratiques relatives à la gestion des personnels.

⁹ Cet acronyme PAC est utilisé dans le langage courant (en ville), en particulier pour évoquer toutes les formes de favoritisme, et parfois de corruption, liées aux vastes réseaux de relations personnelles auxquels chaque agent public est connecté. Le « redevabilité » envers les PAC est un des aspects de la « multi-redevabilité » qui caractérise l'administration nigérienne (comme d'autres administrations africaines) : voir Blundo 2014

L'interventionnisme incessant dans les nominations et affectations

« Le responsable de tout ça, c'est le Ministère de la santé. Je vais vous dire, en début d'année, on nous a affecté une ophtalmologue, une aide chirurgien, une aide anesthésiste, un échographiste et un radiologue, même si la radio est en panne. En moins de deux mois, ils ont trouvé des affectations ailleurs pour quitter, tous ! L'un d'eux ne s'est jamais même présenté ! On a les appareils, mais on a fermé le service d'échographie, d'ophtalmologie. C'est grave ! Et c'est la faute du Ministère parce que c'est là-bas qu'on change les affectations » (communicateur dans un hôpital de district, notes d'entretien de A.H.)¹⁰

Des considérations politiques et clientélistes interviennent en permanence dans les nominations, promotions et affectations, y compris à la base (écoles primaires ou centres de santé). Bien évidemment, les critères de la compétence et de l'intérêt du service ne sont pas complètement abandonnés, et ils interviennent aussi dans la politique des affectations, à côté d'autres logiques, comme l'affectation-sanction ou l'affectation « sociale » (cf. Blundo 2011).

Mais ils se heurtent (ou se combinent) à de multiples et permanentes interventions en faveur de « protégés » multiples, parfois sans respect des critères de recrutement.

« Les affectations, quand le ministère les fait, on dirait que là-bas, ils s'en foutent totalement de la nécessité du service. Tout est fait par relation ou avec appui politique » ((licencié en chirurgie obstétrical dans un districts, notes d'entretien de A.H.)

Il fallait nommer un nouveau chef à la tête de la division de l'information et de l'éducation pour la santé (DIEPS). Le favori incontesté était l'adjoint, doté d'une grande expérience, et venant de terminer une spécialisation en Belgique. Il avait de bonnes relations avec les trois principaux agents de la division (tous trois

¹⁰ Les notes d'entretien qui sont utilisées doivent être attribuées à Abdoutan Harouna (A.H), Tahirou Ali Bako (A.B.), Jean-Pierre Olivier de Sardan (O.S.) Alassane Sani Bizo (S.B.), Amadou Abdou Dangali (A.D.)

avec une maîtrise, bac + 4). A la surprise générale, c'est une jeune assistante sociale (BEPC + 3) sans expérience qui a été nommée (Elhadji Dagobi, 2010 : 76).

Les procédures officielles sont en permanence court-circuitées par les cadres des Ministères chargée de les faire appliquer

« Concernant les affectations des enseignants à Niamey, la commission d'affectation fait son travail. Elle envoie les résultats de son travail à la DRH du ministère de l'enseignement primaire. Malheureusement la liste des affectations qui est affichée ensuite n'est pas souvent celle envoyée par la commission. C'est entre le DRH, la saisie et le cabinet du Ministre que tout se passe... Pour protester contre cette pratique, le SYNACEB s'est retiré de la commission mais d'autres syndicats continuent de siéger. » (secrétaire général du SYNACEB, notes d'entretien A.B.)

L'interventionnisme pèse à différents niveaux sur les affectations des personnels de la santé et de l'éducation :

- En recrutant des protégés parfois incompetents
- En permettant aux protégés d'obtenir des postes convoités ou d'éviter des postes stigmatisés
- En maintenant à leur poste des protégés incompetents qui deviennent des « intouchables » (expression largement employée) alors que leurs supérieurs ou les usagers demandent leur départ

Les interventions suivent deux lignes de pente différentes, mais qui se recoupent parfois : les interventions « politiques », et les interventions « PAC » (parents, amis et connaissances). Ces interventions induisent des redevabilités informelles souvent plus importantes que les redevabilités formelles : un instituteur nommé à un poste « près du goudron » (au bord d'une grande route, donnant accès à des moyens de transports collectifs fréquents) sera plus redevable à celui qui est « intervenu » pour sa nomination qu'à son directeur d'école.

Les interventions politiques: la politisation de l'administration

Celle-ci reste une donnée majeure (considérée comme négative par tous nos interlocuteurs) de la gestion des ressources humaines dans le secteur public. La possession de la carte du bon parti est bien souvent le passeport nécessaire pour l'obtention de tel ou tel poste.

« Les nominations aux plus hauts postes (directeurs de l'Hôpital national de Niamey, postes à responsabilité au sein du Ministère de la Santé...) ne sont pas fonction du mérite mais de la couleur politique des candidats à l'ascension sociale » (Hahonou, 2002).

« Les affectations, maintenant, c'est politique. Chaque ministre veut caser ses militants, le parti lui demande de faire ci, de faire ça » (conseiller technique au Ministère de la santé, note d'entretien A.H.)

L'absence de majorité stable au profit d'un seul parti, depuis la fin du régime militaire, a débouché sur un système d'alliances politiques souvent instable (constitution d'une mouvance présidentielle entre plusieurs partis, toujours susceptible de se fracturer), qui élargit le champ des affectations sur base politique, puisqu'une des obligations de l'alliance au pouvoir est de satisfaire les revendications en la matière de toutes ses composantes. Autrement dit, il faut « caser » dans l'administration les politiciens et les principaux militants de tous les partis de la mouvance présidentielle, selon de complexes dosages (où interviennent à l'intérieur même de chaque parti des considérations d'influences personnelles mais aussi d'équilibres régionaux). Un mode de partage fréquent consiste à réserver tel ou tel ministère (ou elle direction) à tel ou tel parti, qui y placera du haut en bas ses hommes et ses femmes, selon ses critères. Mais la répartition peut se faire aussi par service ou par établissement public

« Des fois, on nomme les cadres sans adéquation avec le profil. Il y'a des cadres qui ne tiennent pas la route ! Et tout ça, c'est la politisation, parce que maintenant le Ministère de la santé, on sait que telle direction c'est tel parti qui la tient, telle autre c'est tel parti, on ne cache même pas cela. C'est la même chose pour

la gestion des hôpitaux, on sait que tel hôpital, c'est tel parti qui le gère etc.» (conseiller technique au Ministère de la santé, note d'entretien A.H.)

Le ministère de la santé est considéré comme un ministère « juteux » du fait de l'importance des financements extérieurs et des contrats d'équipement.

Les récents remous autour de la formation d'un gouvernement d'union nationale et certaines déclarations d'hommes politiques ont mis en lumière la notion selon laquelle il y aurait des « bons ministères » (comme la santé, l'hydraulique, les mines, les travaux publics), ce que la rumeur publique traduit immédiatement comme des ministères « juteux » où les opportunités de commissions, de détournements et de placements rémunérateurs de copains sont nombreuses, et des « mauvais ministères », (comme le tourisme et l'artisanat, ou l'enseignement supérieur et la recherche) désignés comme des « coquilles vides », où il n'y a rien à gagner.

Le système des partis tel qu'il fonctionne au Niger, où il règne sur la vie politique depuis la Conférence nationale de 1991, implique de telles distributions-récompenses de postes : tous les cadres d'un quelconque parti associé au pouvoir estiment devoir mériter des fonctions rémunératrices au sein de l'Etat en compensation de leur dévouement au parti, et exercent de fortes pressions en ce sens¹¹. Ce système donne en outre un pouvoir d'intervention exorbitant aux « financeurs » des partis (grands commerçants en particulier) qui ont fourni les sommes considérables nécessaires pour faire bonne figure aux élections, et attendent un « retour sur investissement ».

Ces affectations politisées favorisent une image négative de l'Etat, perçu comme un lieu de rentes, de privilèges, et d'occasion d'enrichissements.

« Quand une administration est politisée c'est qu'il n'y a aucun résultat. Les gens ont tendance à voir à travers les agents de la fonction publique des agents des partis politiques qui ne répondent qu'aux ordres des partis politiques » (responsable d'association de lutte contre la corruption, notes d'entretien O.S.)

¹¹ Bien sûr le système du « *winner take all* » ou « *spoil system* » existe aussi dans les démocraties occidentales, mais reste en général réservé aux hautes fonctions administratives. Au Niger, c'est son amplitude qui est spécifique (comme son association avec des perspectives d'enrichissement personnel rapide).

Les affectations politisées ont deux effets catastrophiques sur l'opinion publique.

1. Elles renforcent le sentiment que les politiciens au pouvoir et leurs nombreux protégés dans l'administration s'enrichissent impunément aux dépens de l'Etat, considéré comme une « vache à lait ».

2. Elles nuisent à l'image et à l'autorité des responsables à tous niveaux, dont on pense (parfois injustement d'ailleurs, mais souvent avec raison), qu'ils ont obtenu leur poste en raison de « piston » politique et non en raison de leur mérite ou de leur compétence.

« Finalement la hiérarchie n'a aucun sens parce que les gens ne voient pas le supérieur hiérarchique comme un supérieur, parce qu'ils sont redevables à un parti, parce qu'ils estiment que leur poste dépend d'un parti et qu'on ne peut pas les bouger sans l'accord de ce parti » (responsable d'association de lutte contre la corruption, notes d'entretien O.S.)

Les affectations politisées, conjuguées à une forte instabilité politique, aboutissent aussi à un double effet inversé : mobilité extrême et inamovibilité.

« Les gens sont trop mobiles ou inamovibles, surtout au niveau des directions centrales parce qu'il y a une politisation des postes » (inspectrice des services au Ministère de la santé, notes d'entretien A.H.)

1. La « valse des Ministres », soit à cause des changements de régime, soit en raison de réaménagements des alliances de la coalition au pouvoir, engendre une rotation tout aussi accélérée des hauts cadres des Ministères et un redécoupage permanent des services : aucune réforme pérenne n'est possible dans ces conditions.

« Maintenant toutes les réformes qu'on n'arrive pas à mettre en œuvre ou qui sont à un niveau d'exécution très lent, c'est lié à la mobilité des Ministres. Nous nous sommes amusés à faire un petit calcul sur la durée des ministres au Ministère de la santé, depuis la conférence nationale [1991], il y a eu une moyenne de 11 mois par Ministre » (conseiller technique au Ministère de la santé, notes d'entretien A.H.)

« La première chose qui fait que les réformes n'arrivent pas à être mises en œuvre ou qu'elles piétinent c'est l'instabilité des dirigeants au niveau du MSP. Si je compte, en 6 ans par exemple il y a eu 4 à 5 Ministres différents à la tête de ce ministère. Et quand un ministre change, beaucoup de chose changent. Quand un ministre s'en va, ses cadres s'en vont aussi » (directeur des ressources humaines au Ministère de la santé, notes d'entretien de A.H.).

« Tous ces changements au niveau du Ministère, ces créations de division et direction à tort et à travers... C'est non seulement coûteux pour l'Etat et ça perturbe nous autres qui sommes en brousse et qui allons au Ministère pour chercher des papiers. Tu viens on te dit que le bureau n'est plus rattaché à telle division, c'est maintenant telle division etc. » (communicateur dans un hôpital de district, notes d'entretien de A.H.)

2. Les cadres moyens, par contre, peuvent rester indéfiniment ou presque à leur poste à condition de changer de parti à chaque nouveau Ministre. Mais ce sont alors des fonctionnaires opportunistes, peu soucieux d'améliorer le service public, et qui n'adhèrent pas aux réformes du nouveau Ministre

« Les cadres au Ministère ont compris ça, dès qu'il y a un nouveau Ministre, ils disent qu'ils sont du même parti que lui » (conseiller technique au Ministère de la santé, notes d'entretien A.H.)

« L'un des problèmes des réformes, c'est que les gens qui sont parfois chargés de les mettre en œuvre ne sont pas du même bord » (chef de division au Ministère de la santé, notes d'entretien A.H.)

On terminera par ce constat, que chaque alternance à la tête du pays confirme: revendiqué par l'opposition, quelle qu'elle soit, le chantier de la dépolitisation est mis sous la table quand celle-ci arrive au pouvoir.

Les interventions des PAC

Les réseaux d'influence sont multi-dimensionnels, ils ne concernent pas que les partis, mais aussi, et au premier rang, la famille élargie. Ils s'étendent également à d'autres types de relations sociales, comme les « ressortissants » (originaires de la même région), les « promotionnaires » (condisciples d'école ou d'université), les « obligés » (dépendants économiquement ou socialement

d'un « bienfaiteur »), etc. « Placer » quelqu'un à un poste, faire embaucher un dépendant, sont des activités courantes pour les *big men*, qui attestent de leur influence, et accroissent leur prestige.

L'interventionnisme joue aussi inversement pour le maintien à leur poste d'agents contestés tant par la population que par leurs supérieurs.

Dans un district sanitaire de l'arrondissement de Maradi : « Ces « intouchables » selon l'expression d'un de nos interlocuteurs ont toujours gardé leur poste malgré le fait qu'ils soient considérés par de nombreux soignants y compris leurs supérieurs comme étant source de dysfonctionnements dans les structures.» (Diarra, 2012 : 14).

La multiplication des interventions dans les affectations peut même menacer ou bloquer toute une politique publique, y compris dans un domaine considéré comme prioritaire (comme la santé maternelle).

La très grande majorité des sages-femmes sont ainsi concentrées à Niamey¹². Souvent mariées à des fonctionnaires, et même des hauts fonctionnaires, elles font jouer leurs « protections » pour ne pas être affectées en brousse (cf. Jaffré & Prual, 1993). Ceci est encore vrai 25 ans plus tard.

Un élément central pour expliquer le poids de l'interventionnisme est qu'il est considéré comme légitime par tous ceux qui en bénéficient : or chacun, en telle ou telle occasion, peut en bénéficier... Les interventions des PAC pour les affectations sont à cet égard un élément d'un système de faveurs plus vaste, qui se retrouve dans toute la société, et qu'on peut analyser comme un « échange généralisé de faveurs » : en effet « le service rendu ne sera pas nécessairement payé de retour par une faveur équivalente du « débiteur », mais par d'autres services rendus par d'autres connaissances » (Olivier de Sardan 2004 : 147). L'interventionnisme et l'échange généralisé de faveurs sont

¹² En 2010, 90% des sages-femmes étaient à Niamey (500 sur 543), selon les chiffres du Ministère de la santé (cf. CREDES, 2010 : 7).

légitimés par les obligations liées aux relations personnelles et les arguments de type « social ».

« Les raisons personnelles l'emportent toujours sur les raisons professionnelles lors des affectations, parce que les arguments tels que maladie, rejoindre son conjoint, conflits sont toujours mis en avant » (secrétaire général du SYNACEB, notes d'entretien A.D.)

C'est à divers égards une question de bienséance élémentaire. Il est normal de rendre service. C'est celui qui refuse d'intervenir, ou qui refuse d'agir dans le sens de l'intervention, qui est « mal vu », et sera stigmatisé par l'entourage : on le présentera comme « méchant » et « insensible ».

Mais l'interventionnisme peut aussi être directement lié à la corruption cf. ci-dessous)

Des postes « intéressants » : pour qui ?

Une politique d'affectation devrait en principe avoir pour critère central l'intérêt du service, autrement dit l'optimisation des affectations du point de vue : (a) de la couverture nationale des services délivrés ; mais aussi (b) de leur qualité.

Deux normes pratiques proposent au contraire des critères complètement différents, et, de fait opposés, qui sont au cœur des politiques d'affectation (et donc des « interventions » qui les orientent en partie): la recherche des villes, d'une part ; la recherche des « postes juteux », d'autre part.

Dans des corps comme l'éducation ou la santé, la recherche de postes en ville est devenue systématique. On cherche donc à échapper à la « brousse » ou à y rester le moins possible. Le résultat en est la concentration excessive des

personnels qualifiés dans les grandes villes (et bien sûr au premier chef Niamey) et leur grande rareté en milieu rural¹³.

Tout faire pour éviter les postes isolés est devenu la règle commune.

« Le milieu rural est dépourvu alors que l'essentiel des agents se trouve en milieu urbain, principalement à Niamey et les chefs-lieux des régions. Là, on a une pléthore d'agent pendant qu'à 30, 50 km il n'y a pas ou pas assez de sages-femmes, d'infirmiers ou de techniciens labo » (directeur des ressources humaines au Ministère de la santé, notes d'entretien de A.H.).

On constate donc une recherche systématique des postes en villes et « près du goudron » (ou, au minimum, là où il y a un réseau téléphonique). Les seuls cas où des postes en brousse sont recherchés ou tolérés, c'est lorsqu'ils sont des postes « juteux », comme des postes frontaliers (qui permettent de faire du commerce, parfois de contrebande, en dehors du service ou même pendant), ou lorsqu'il s'agit d'un « projet » financé par une ONG internationale qui offre de nombreux avantages (comme MSF). Par contre, l'affectation dans un village sans perspective de gains est une très mauvaise nouvelle, perçue comme une brimade.

Mais, vu le manque de personnel disponible, les responsables peuvent difficilement procéder à des affectations autoritaires, et à des sanctions en cas de refus

« Quand nous affectons un enseignant à un poste, si le poste ne lui convient pas, il peut refuser de partir. Et là il faut le négocier et souvent nous en arrivons même à lui promettre un changement de poste au bout d'un ou deux ans... Nous ne pouvons pas sanctionner ou révoquer avec tout ce que vous savez comme interventions : social, famille, ethnique, politique... » (responsable des ressources humaines, inspection de l'enseignement primaire, notes d'entretien A.B.)

¹³ Cf. également sur cette question Cummings & Ali Bako 2016 pour l'éducation ; Caremel 2016 pour la santé

La logique de l'évitement de l'affectation rurale

Trois stratégies d'acteurs convergent pour refuser une insertion professionnelle sérieuse en milieu rural : (a) le recours à l'interventionnisme pour éviter à tout prix d'y être affecté ; (b) le refus de rejoindre son poste ; (c) l'absentéisme résidentiel. Ces trois stratégies se fondent dans une même *logique de l'évitement de l'affectation rurale*.

Prenons le cas des personnels de santé. L'absence d'infrastructures décentes en milieu rural aux niveaux résidentiels et professionnels, et le désintérêt évident du Ministère de la santé pour cette question, constituent évidemment un facteur important de la logique de l'évitement de l'affectation rurale. Mais ce n'est pas le seul. Le problème de l'accoutumance de la majorité des personnels de santé à un mode de vie urbain (réseaux personnels et familiaux ; existence d'infrastructures) est aussi central, ainsi que les considérations relatives à l'école (vue la faillite de l'école publique les personnels de santé en ville ont presque tous leurs enfants dans des écoles privées: vivre en brousse, c'est condamner ses enfants à l'école publique). Enfin, la ville est aussi associée pour les personnels de santé à la présence de diverses opportunités absentes dans les villages: double ou triple travail dans des cliniques privées, des ONG ou des firmes pharmaceutiques, enseignements dans les écoles de santé, échanges de faveurs, revenus illicites... Aller en brousse, c'est y renoncer !

La féminisation de la santé et de l'éducation

Non seulement une majorité de femmes exercent les professions d'infirmier et d'instituteur, mais les femmes sont désormais très majoritaires dans les écoles de formation.

Orr, dans la culture administrative nigérienne, le regroupement familial est une priorité : une femme doit être affectée à proximité du lieu de travail de son mari.

« Le mariage est l'objectif final pour une femme quoi qu'on dise, et elles souhaitent plus le faire en ville qu'en campagne. L'infirmière ou la sage-femme, sa vision, c'est de se réaliser non en campagne mais en ville. » (assistant technique au Ministère de la santé, notes d'entretien A.H.)

« Le problème qui se pose, c'est la féminisation du secteur de la santé, vous pouvez prendre une classe de 40 étudiants en santé vous allez voir seulement 3 ou 4 garçons. Alors si la femme est mariée, elle doit rester à côté de son mari, si elle est célibataire, quand on l'affecte, après six mois, un an ou deux ans, elle se marie et elle va suivre son mari qui sera en ville, donc elle va quitter son poste. C'est notre culture, la femme doit suivre son mari, elle doit être à côté de lui. On a cette difficulté parce que 68% de nos agents sont des femmes » (directeur des ressources humaines au Ministère de la santé, notes d'entretien de A.H.).

Cette situation aboutit en particulier à une très faible présence des femmes dans les postes isolés : seuls des hommes (ou parfois quelques rares femmes célibataires) acceptent des postes dans des villages isolés.

« Actuellement dès qu'une femme est mariée, elle ne veut pas aller en brousse » (infirmier, major de CSI, notes d'entretien de A.H.)

« Même si on m'amène en brousse je n'irai pas pour faire le contrat là-bas. Je ne peux pas aller en brousse, ce n'est pas facile, surtout pour une femme mariée. Et je crois que mon mari ne va même pas accepter si ça arrive. Les conditions de vie ne sont pas bonnes, et j'ai peur de travailler en brousse aussi. Il y a les sorciers » (sage-femme contractuelle, notes d'entretien de A.H.)

Pour l'enseignement primaire, le département de Kollo a demandé des hommes à la directions régionale (DREP) de Tillabery mais sur 200 enseignants envoyés, on compte seulement 2 hommes !

Lorsque le nouveau Ministre de la santé a voulu mettre fin à la pratique systématique du regroupement des couples, il s'est heurté à l'opposition du syndicat (SUSAS) :

« La famille c'est sacré, nous le syndicat on a dit 'non', et la première revendication qu'il a satisfaite c'est l'affectation des femmes mariées près de leur mari » (responsable du SUSAS, notes d'entretien de A.H.)

L'incohérence dans la gestion des ressources humaines

Au-delà des interventions abusives, il est rare de rencontrer une réelle politique de gestion des ressources humaines (réfléchie, cohérente), à quelque niveau que ce soit (depuis le Ministère jusqu'aux services déconcentrés)¹⁴.

Dans tous les secteurs de l'Etat, en matière de personnel, l'improvisation, l'arbitraire ou la gestion au jour-le-jour emblent dominer. La gestion des ressources humaines et plus généralement le management se font de façon déplorable.

« J'ai 4 sages-femmes à la maternité ici, une seule est titulaire et elle est plus ancienne. J'ai tout fait pour qu'elle soit responsable de la maternité, mais ils ont refusé de le faire, ils ont nommé une contractuelle comme responsable de la maternité. Elle ne me respecte pas. Elle a un problème pour remplir les supports, elle ne le fait jamais, même si on lui dit, elle ne fait pas. Elle ne sait rien faire, mais je ne peux rien faire, elle est plus forte que moi, c'est la femme du fils du chef de canton » (infirmier, major de CSI, notes de terrain A.H.)

Des réformes en rafales mais peu mises en œuvre dans la réalité

« La mise en œuvre des réformes pose un problème, parce que les gens qui doivent mettre en œuvre ses réformes ne sont pas à la hauteur. On ne peut pas demander à quelqu'un qui ne peut même pas rédiger une demande de permission de faire le suivi d'une réforme réfléchie, conçue et mise en œuvre par un comité d'expert. Donc, les acteurs de suivi de mise en œuvre ne sont pas compétents, ce sont des jeunes médecins, qui n'ont aucune expérience, qui n'ont jamais exercé, ou qui ont travaillé tout leur temps dans les ONG ou qui ont passé leur temps dans les cliniques, on les envoie dans les DRSP pour mettre en œuvre, ou on les laisse au niveau central pour venir superviser les DRSP... Maintenant quand on arrive au niveau local, c'est la catastrophe, on voit de tout ! Une fille de salle qui fait des soins infirmiers, un manœuvre qui fait des soins infirmiers, etc. Avec ça où on va aller ? J'étais une fois à Loga pour une activité, je trouve que pour un problème de personnel, celle qui fait les CPN, c'est une technicienne d'hygiène et assainissement !! Et l'autre problème au MSP, c'est qu'on gère les choses au jour le jour, pas de planification, on n'a pas de tableau de bord et même s'il existe, il n'est pas suivi. Un autre problème, regarde la composition des ECD, vous ne pouvez pas

¹⁴ Pour d'autres exemples, cf. Diarra, 2012 : 18.

NORMES PRATIQUES DANS L'ÉDUCATION ET LA SANTÉ

envoyer un communicateur ou un gestionnaire superviser une sage-femme » (cadre du Ministère, notes d'entretien A.H.)

La loi d'orientation éducative (LOSEN) de 1998, qui est censée réguler encore aujourd'hui le système éducatif (avec le programme sectoriel de l'éducation et de la formation 2014 -2024), n'est toujours pas respectée ! Il n'y a aucun suivi des recommandations du conseil supérieur de l'éducation. Le système éducatif est découpé en cinq Ministères, pour des raisons essentiellement politiques (postes à fournir).

Les mesures adoptées le sont surtout en réponse aux sollicitations externes (système des Nations Unies, bailleurs de fonds, ONGs) et non pour faire face aux besoins internes réels (cf. ci-dessous).

« Toutes ces modifications dans les plans annuels d'activité (PAA)... Nous faisons notre PAA sur la base du plan de développement sanitaire (PDS) mais il se trouve qu'en cours d'exécution, on nous ajoute des choses qui viennent complètement bouleverser notre planning. On n'évalue pas, on change, et à la fin, on ne sait même pas qu'est-ce qu'il faut évaluer. On dirait qu'on est en train de faire des choses pour faire plaisir à ceux qui les amènent. Il y a des réformes, on ne sait même pas comment les gens ont accepté de faire ça » (communicateur dans un hôpital de district, notes d'entretien A.H.)

« Les enseignants n'ont même pas le temps d'assimiler qu'ils sont invités à mettre en œuvre une nouvelle réforme.... C'est vraiment la pagaille, il n'y a pas de continuité » (directeur départemental de l'enseignement secondaire, notes d'entretien A.B.)

Dans l'enseignement les réformes des programmes d'enseignement, toutes menées à l'initiative des bailleurs de fonds internationaux, se sont succédées et empilées, alors qu'aucune d'entre elles n'était réellement appropriée par les enseignants, et qu'aucune n'avait été réellement évaluée : aux programmes classiques ont succédé l'approche basée sur les objectifs, puis l'approche basée sur les compétences, puis l'approche basée sur les situations...

Dans la santé, les nouveaux protocoles se sont de même ajoutés les uns aux autres, sans que la réalité de leur mise en œuvre soit vérifiée. La santé maternelle témoigne de cette accumulation : les dix dernières années ont vu ainsi l'arrivée au Niger de la prévention de la transmission du Sida de la mère à

l'enfant (PTME), des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), des soins obstétricaux et néonataux essentiels (SONE), de la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA), des exemptions de paiement pour la césarienne, de la consultation pré-natale recentrée (focused antenatal care, FANC), de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), du paiement basé sur la performance (PBF)...

Les incessantes rafales de réformes, de projets, de programmes verticaux, engendrent aussi une croissance excessive, non régulée et non rationalisée, des tâches bureaucratiques, au détriment des activités cliniques ou pédagogiques et sans que l'utilité de ces multiples rapports soit manifeste. Ceci pose de surcroît un problème pour des personnels ayant une faible culture de l'écriture.

« Quand vous prenez les réformes, les documents qu'on doit produire au niveau case de santé, au niveau CSI, mais c'est trop de papiers. Quand vous prenez une case de santé, il y a au moins 2 à 3 rapports à faire chaque mois. Le CSI c'est au moins 10 rapports à la fin de chaque mois qu'on doit envoyer à l'PHD. C'est trop ! Les gens sont dans les bureaux à Niamey alors qu'au CSI, c'est le major seul qui doit faire ça, en plus des activités qu'il fait » (infirmier hôpital de district, notes d'entretien A.H.)

Les vastes ambitions affichées (atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, scolariser tous les Nigériens, mettre en place la couverture santé universelle), sous la pression des instances internationales, sont très hors de portée des capacités réelles du pays, mais elles sont à l'origine de politiques publiques improvisées qui désorganisent plus les services publics qu'elles ne les améliorent. Dans la santé comme dans l'éducation, les indicateurs quantitatifs, servant de base aux comparaisons internationales, sont focalisés sur l'accès du plus grand nombre aux soins ou à l'école, sans souci de la qualité du service délivré.

Les mesures d'ajustement structurel dans l'enseignement au cours des années 1980-1990 (départs à la retraite volontaires, départs à la retraite anticipés des enseignants confirmés ayant 30 ans de carrière, recrutement de contractuels sous-formés), conjuguées à l'ouverture de nombreuses classes pour s'approcher le plus vite possible des objectifs de scolarisation pour tous, et à l'absence de stratégie scolaire comme de volonté politique, ont abouti à une catastrophe éducative (baisse massive du niveau des enseignants et des élèves, diplômés dépourvus de signification).

L'introduction d'une batterie de mesures d'exemption de paiement au début des années 2000, sans financement national ou international correspondant, a mis les formations sanitaires au bord de la faillite ; elles sont souvent incapables de délivrer gratuitement les médicaments nécessaires.¹⁵

Sur-effectifs et sous-effectifs

La coexistence de secteurs administratifs avec un personnel pléthorique et inefficace coexiste avec des secteurs où un ou deux agents sont en permanence débordés par le travail. Ce phénomène existe dans tous les domaines, comme à l'intérieur du milieu rural lui-même. Certains CSI ruraux n'ont qu'un agent débordé face à une affluence massive, tandis que d'autres comptent plusieurs agents fréquemment désœuvrés. Les rigidités des systèmes administratifs bloquent toute gestion rationnelle des personnels, y compris à l'échelle locale, où les disparités sont particulièrement visibles. Mais c'est surtout dans l'opposition entre brousse et ville que cette incohérence se manifeste. Alors que les postes à l'intérieur du pays manquent cruellement de

¹⁵ Cf. Olivier de Sardan & Ridde 2014, Diarra & Ousseini 2015.

personnels, les villes sont souvent en sur-effectifs. La très grande majorité des sages-femmes sont ainsi concentrées à Niamey¹⁶. Dans toutes les villes du Niger, on trouve très fréquemment deux enseignants (et parfois trois !) pour une même classe.

« On a même un cas de 7 enseignants pour une classe (cadre de la HALCIA, notes d'entretien O.S.)

« J'aime être à deux, on échange, l'année passée celle qui m'a secondée n'a présenté le cours qu'une seule fois dans trois mois. Elle ne fait rien mais elle touche son salaire » (professeur de CEG)

« Dans l'école que je dirige, j'ai plus de deux enseignantes par classe : 24 enseignantes pour 10 classes. Donc j'ai fait une répartition de deux enseignantes par classes et les autres ont été redéployées comme secrétaires et bibliothécaires » (directeur d'école primaire à Ouallam, notes d'entretien A.B.)

L'impréparation

Une autre facette de l'incohérence dans la gestion des ressources humaines est l'impréparation des mesures prises en ce domaine, qui semblent le plus souvent improvisées ou mises en œuvre précipitamment pour répondre à un ordre d'un ministre ou du Président.

Le « programme spécial du Président » sous Tandja illustre bien cette incohérence.

Par exemple « des cases de santé ont été trop rapidement construites un peu partout. Cette frénésie de création de cases de santé est soutenue par le slogan hautement politique : « Opération 1000 cases de santé ! ». Les constructions sont faites sans tenir compte des critères qui jusque-là déterminaient la création des cases de santé et parfois à l'insu des responsables sanitaires locales (chefs CSI et ECD). Les chefs CSI se plaignent de ces cases de santé qui poussent ainsi sur leur aire de santé sans qu'ils en soient informés. Par exemple un chef CSI nous dit : « Ce sont les malades qui m'informent en général. L'autre jour un malade m'a dit 'ha, il y a un nouvel likita (infirmier) maintenant dans notre village'. Vous voyez ? Est-ce que c'est sérieux ça ? » [Chef CSI rural]. Il faut ajouter que, outre le fait que ce

¹⁶ Ce phénomène est ancien. Il avait déjà été relevé il y a trente ans (Jaffré & Prual 1993)

NORMES PRATIQUES DANS L'ÉDUCATION ET LA SANTÉ

programme ne respecte pas les critères officiels de création des cases de santé, il entre également en contradiction avec le plan stratégique du ministère de la santé » (Diarra, 2012 : 13).

Il en a été de même avec la politique de gratuité.

« Il n'y a pas eu d'études préalables ni même de débat préalable au sein du ministère ; c'est tombé sur la tête du ministère comme une douche ! » (conseiller technique au MSP, cité in Ousséini, 2011 : 24)

« Les décisions d'exemption (...) ont été aussi prises dans une grande précipitation, et sans préparation (...) annoncées soudainement et de façon publique, prenant de court et par surprise, non seulement les agents sur le terrain, mais aussi les techniciens des Ministères (...) ; l'ampleur des problèmes pratiques soulevés par ces décisions a été complètement sous-estimée (...) Le budget 2007 pour la gratuité des soins aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans a été voté en toute hâte : il s'est avéré à la fois totalement sous-estimé (trois milliards, dont un milliard est venu finalement de l'aide budgétaire, au lieu des sept milliards nécessaires), et en même temps totalement irréaliste (seuls 70 millions, soit 4 % seulement, ont été effectivement versés) (...) Les personnels de santé ont été mis soudainement devant le fait accompli, sans discussions préalables ni préparation » (Olivier de Sardan & Ridde, 2011 : 20-22).

L'affectation précipitée de médecins dans les CSI fournit un autre exemple récent (cf. ci-dessous)

Le dénuement radical : les affectations sans les moyens

C'est une des situations les plus déprimantes que peuvent rencontrer les fonctionnaires nigériens, et pourtant nombreux sont ceux qui l'ont vécue : être affecté à une tâche pour laquelle on ne dispose d'aucun des moyens nécessaires pour la remplir ! Il s'agit d'une sorte de désœuvrement obligé, qui représente un gâchis humain et financier total : on paye un agent de l'Etat à ne rien faire. Le plus étonnant est que cette situation n'est à peu près jamais rapportée dans le système d'information étatique (ceci montre les limites de ce système), et donc elle n'existe pas d'un point de vue officiel !

Mais dans la réalité elle existe bien, à de nombreux niveaux de l'administration. C'est très souvent le cas dans les services déconcentrés de l'Etat.

Les inspecteurs de l'éducation n'ont pas la possibilité d'aller inspecter les écoles des villages, faute de moyens de déplacement.

Les laborantines de l'hôpital de l'hôpital régional de Dosso passent leurs journées sans rien faire faute de réactifs (cf. le film documentaire de Malam Saguirou « La gratuité des soins au Niger »)

« La logique du « manque de tout » est devenue une norme dans les structures de santé » (Diarra, 2012 : 64).

Les réformes des programmes supposent l'usage de nouveaux manuels et livres scolaires. Mais ceux-ci font très souvent défaut au niveau des écoles et collèges. Les enseignants les plus motivés les achètent sur leur salaire, les autres font cours sans supports.

On peut certes estimer que le dénuement ne relève pas de la gestion des ressources humaines, et renvoie à la pauvreté plus générale de l'Etat et du pays. C'est en partie vrai, mais en partie seulement. On peut en effet opposer à cela deux objections :

- Affecter quelqu'un à un poste sans lui donner les moyens de sa mission est une affaire de gestion des ressources humaines : les responsables de ces affectations devraient donc pouvoir refuser d'y procéder. Une priorité politique accordée au principe « pas d'affectation sans moyens correspondants » devrait permettre de trouver les fonds nécessaires dans le budget de l'Etat ou dans l'aide au développement.

- L'absence de moyens est en partie due à l'ampleur de la corruption au sein de l'administration (cf. détournements massifs des fournitures de bureau, des matériels médicaux et médicaments, des bons d'essence, ou des crédits qui leur sont destinés).

La gestion « sociale » des personnels

Le critère de l'« âge » (ou de l'aïnesse, ou de l'antériorité), comme le fait d'avoir une famille nombreuse à charge, la durée dans le service, le regroupement familial ou la proximité de la retraite, sont autant d'arguments qui justifient de la part des collègues et des supérieurs le « laisser faire » face à des fonctionnaires incompetents ou inefficaces, ou même parfois indelicats.

On assiste ici à l'empilement de deux niveaux de normes pratiques :

- D'une part des critères quasi publics, assumés par les responsables officiels des affectations (inspecteurs, directeurs), qui aboutissent à éviter d'affecter en brousse certains personnels : les femmes mariées (et, dans les zones d'insécurité, les jeunes filles seules), les personnels âgés (proches de la retraite), les agents malades, les responsables syndicaux...
- D'autre part une vague d'interventions personnalisées en faveur de « PAC », court-circuitant les responsables officiels ou faisant pressions sur eux

Le mauvais emploi des compétences : surqualification et sous-qualification

A Tahoua, une institutrice qui passe ses journées à ne tenir que le registre du seul courrier sortant de la direction départementale de l'éducation, ou un instituteur employé depuis des années comme magasinier (surqualifications pour la tâche effectuée) contrastent ainsi avec une fille de salle faisant les accouchements à la maternité (sous-qualification pour la tâche effectuée) (Lasdel 2003).

Deux enseignantes autrefois « à la craie » sont aujourd'hui respectivement magasinière et secrétaire à la direction départementale de Ouallam.

Parfois, certains fonctionnaires ont une qualification nettement supérieure à la tâche qu'on leur fait effectuer.

Le secrétaire dont la tâche essentielle est de ventiler le (rare) courrier de l'inspection départementale de l'enseignement de base est en fait un enseignant près de la retraite payé 120.000 FCFA soit 3 à 4 fois le tarif d'une véritable secrétaire. Il en est de même dans de nombreux services utilisant des enseignants détachés (DREBAA, DRESS, directions de la jeunesse, ou du développement social.. (Lasdel, 2003).

Dans la santé, les médecins-chefs de district (en particulier lorsqu'ils ont une compétence chirurgicale) devraient consacrer une partie de leur temps à des activités cliniques ». Mais à G.R. comme ailleurs ce n'est pas le cas : « Il n'est pas le seul médecin-chef de district à s'intéresser peu à la partie médicale de ses fonctions, un de nos interlocuteurs nous confie qu'en général ceux qu'il a vu passer dans cet hôpital de district (HD) ont la même attitude. Ils se disent trop débordés pour s'occuper d'autres chose que des fonctions administratives et les rares fois où ils s'intéressent à la partie médicale, c'est lorsqu'il y a la présence de personnes extérieures susceptibles de les juger (...) De mémoire de soignant, l'HD n'a connu qu'un seul médecin-chef de district qui n'a pas adhéré à ce jeu de mise en scène. » (Diarra, 2012 : 17).

Mais l'inverse se rencontre aussi : des personnels sous qualifiés accomplissent des tâches délicates à la place des personnels qualifiés.

« C'est l'aide-chirurgien qui fait tout. Lors des césariennes, en présence du MCDA [médecin chef de district adjoint, en l'occurrence formé à la chirurgie obstétricale] c'est l'aide qui est à l'avant. C'est nous qui sommes dans la salle, on sait ce qui s'y passe en réalité. » (infirmier, hôpital de district, cité in Diarra, 2011a : 17).

« Les matrones font également les accouchements dans les structures de santé, mais elles ne l'avouent pas explicitement. Même chose avec les soignants qui, à la question de savoir si les matrones font les accouchements dans les maternités, répondent toujours systématiquement que « c'est interdit ». Mais dans les faits cela n'est pas le cas » (Diarra, 2012 : 57).

Plus généralement, toute la politique éducative pour le primaire depuis deux décennies repose sur une institutionnalisation de la sous-qualification, avec le recrutement massif comme enseignants contractuels de jeunes ayant quitté l'école en 3^{ème}, et n'ayant aucune formation (cf. ci-dessous)

L'impunité

« Les politiciens on fait qu'on ne sanctionne personne, les gens n'ont pas peur, même moi ! » (infirmière, major à l'hôpital de district, notes d'entretien de A.H.)

C'est un constat quasi unanime, fait à propos de tous les services de l'Etat, de l'hôpital au service des Eaux et Forêts, de la mairie à l'inspection régionale de l'enseignement : l'impunité règne pour les fautes professionnelles. Bien que le code du travail contienne des dispositions précises en ce domaine, allant de l'avertissement verbal jusqu'à la mise à pied ou la traduction devant un conseil de discipline, elles ne sont à peu près jamais appliquées, que ce soit pour des fautes professionnelles, des refus d'affectations ou des flagrants délits de détournement. La seule « sanction » est le déplacement de l'agent dans un autre service ou sur un autre site.

« Ces problèmes de corruption, de racket des malades sont donc bien connus de la direction mais les notes quoique placardées ici et là restent lettres mortes. Aucune sanction effective n'est prise à l'égard des coupables » (Hahonou, 2002)

Pourtant, tous les chefs de service se plaignent, tous pensent que le service marche plus mal du fait de l'absence de sanctions.

« Mais ils servent à quoi, les chefs de personnel, directeurs des ressources humaines, mais ils servent à quoi ? En réalité ils ne servent à rien parce qu'ils ne peuvent pas sanctionner les gens. Celui qui ne sait pas sanctionner, il ne sert à rien. On pourrait même supprimer les chefs de personnel et les directions des ressources humaines » (un responsable d'association de lutte contre la corruption, notes d'entretien AB).

Divers arguments sont invoqués pour expliquer ou légitimer cette impunité :

- La pression sociale environnante, qui plaide pour l'indulgence
- L'interventionnisme (cf. ci-dessus), qu'il soit politique ou de type PAC, qui fera multiplier les interventions de « protecteurs » du sanctionné auprès du sanctionneur

Des inspecteurs nous ont signalé le cas d'une fille d'un « baron du régime » surprise à tricher avec son portable (elle avait le sujet corrigé) pour l'examen de l'Ecole normale: suite à une série coups de fils à droite et à gauche, on l'a laissée tranquille...

- Le risque d'être soi-même sanctionné pour avoir sanctionné un « intouchable »

« Un inspecteur à Tahoua a été affecté parce qu'il avait sanctionné un contractuel pour incompétence » (inspecteur du primaire, notes d'entretien MY)

« L'autre problème aussi de la féminisation, ce sont des femmes des patrons qu'on amène dans les centres proches, qui ne travaillent pas et à qui on ne peut pas donner des ordres. On ne peut rien contre ça parce que, si tu ne fais pas attention, tu vas te créer des problèmes pour rien, parce que si tu touches à la femme d'un politicien ou de quelqu'un qui est puissant, c'est toi qui va quitter » (infirmier, major de CSI, notes d'entretien de A.H.)

- Une morale de la charité et de la pitié (il faut pardonner)
- Une morale de la « honte » (il ne faut pas passer aux yeux de tous pour un « sans-cœur », un « méchant »)
- Les règles de bienséance et de déférence (envers des aînés ou des personnes « respectables »)

« La plupart [des sages-femmes titulaires] sont respectées (craintes parfois) et désignées par des titres qui évoquent une certaine déférence : le personnel subalterne, les stagiaires, les bénévoles et les jeunes en général les appellent "maman" ou "tanti" (tante) ou encore les vouvoient ; les médecins et autres techniciens supérieurs les appellent "grande sœur", *umar gida* (madame) ou encore *hajija* (en référence au pèlerinage à la Mecque). Ces marques de respect et de distinction impliquent que l'on ne s'adresse pas à elles comme à de simples collègues. Elles ont un statut [social] d'aînées auxquelles on s'abstient de faire des reproches, surtout de manière ouverte, et on ne donne pas d'ordre. On sollicite leur bienveillante collaboration de la manière la plus polie possible. C'est dire que l'on ne doit pas les déranger dans leur sommeil ou dans leur prière ou encore au cours de leurs pauses causeries ou déjeuner » (Moumouni & Souley, 204 : 20).

- L'absence de culture managériale (on ne connaît pas les principes élémentaires de la gestion d'une équipe)
- Les « combines généralisées » (qui font que le sanctionné éventuel en sait trop long sur le sanctionneur potentiel), etc.

« Les écarts des supérieurs hiérarchiques obligés de faire appel à des intermédiaires subalternes pour se réserver une chambre d'hospitalisation pour la bagatelle [rapports sexuels], se faire livrer de la viande en provenance des cuisines ou utiliser des matériels de l'Hôpital à des fins personnelles, les empêchent d'exercer leur pouvoir avec toute la rigueur théorique de leur position hiérarchique lorsque ces mêmes subalternes sont pris à manipuler les règles » (Hahonou 2002).

- Les syndicats, qui sont également de puissants freins aux sanctions.

NORMES PRATIQUES DANS L'ÉDUCATION ET LA SANTÉ

« Dès que je suis informé, je vais voir le major ou le directeur pour tenter de calmer l'affaire afin que l'agent ne soit pas sanctionné, qu'il soit pardonné » (délégué du personnel à l'hôpital) » (Moumouni & Souley, 2004 : 69).

Lorsqu'un certain nombre d'agents de santé ont été emprisonnés suite aux importants détournements de fonds de l'affaire GAVI (vaccinations), les principaux syndicats du secteur de la santé dont le SYMPHAMED et le SUSAS, ont déclenché des mouvements de contestation pour faire libérer leurs collègues.

- Parfois aussi, le manque de personnel, qui incite à éviter les sanctions, faute de remplaçants.

« Même si on licencie un enseignant pour faute grave, nous ne sommes pas sûrs d'avoir quelqu'un pour le remplacer » (un proviseur)

« Si vous dites que vous allez sanctionner un agent pour une faute, ça va tomber sur vous ou bien l'agent trouve une décision pour quitter. Dès que tu menaces quelqu'un, il va à Niamey et il revient avec une affectation, quand c'est un agent de l'Etat, un titulaire comme on dit. Si c'est un contractuel, il abandonne le poste et s'en va. Il arrête carrément de travailler et vous ne pouvez rien faire. Il va dans un autre district trouver un contrat, c'est tout » (communicateur dans un hôpital de district, notes d'entretien de A.H.)

L'une des conséquences les plus négatives de l'impunité est qu'elle induit l'absence d'obligation de résultats et bloque les tentatives d'amélioration du service

Les fautes professionnelles et les incompétences détectées lors des supervisions par les conseillers d'éducation ne débouchant sur aucune sanction, les comportements des enseignants ne changent pas.

« J'ai voulu instaurer un système de garde. Mais il y a une infirmière qui a refusé de se soumettre et qui est intouchable au niveau du CSI. C'est la fille du chef de canton Elle a refusé de faire la garde. J'ai dit qu'il faut qu'elle la fasse, parce que si elle ne fait pas les autres ne feront pas. Mais c'est moi qu'on fait partir ! Le règlement est toujours foulé aux pieds au Niger, si tu veux l'appliquer pour le bien de la population, c'est toi le fautif ! » (infirmier, major de CSI, notes de terrain A.H.)

Les absentéismes

L'absentéisme est partout déploré par les responsables de services, mais ceux-ci n'arrivent pas à y mettre fin. Un des problèmes est que les causes d'absentéismes sont multiples : l'absentéisme social et l'absentéisme

économique sont les plus connus, mais on peut y ajouter quatre autres formes d'absentéisme qu'on pourrait appeler respectivement l'absentéisme institutionnel, l'absentéisme de convenance personnelle, l'absentéisme maternel et l'absentéisme religieux¹⁷.

Il faut noter que toutes ces formes d'absentéisme retombent en dernière analyse sur l'usager, qui se heurte à des portes closes. En effet, la quasi-totalité du temps, aucun collègue n'est chargé de remplacer l'agent de santé ou l'enseignant manquant.

Il faut aussi remarquer que c'est un domaine où s'exprime souvent une nostalgie des « années Kountché » (dictature militaire), celui-ci étant crédité par la mémoire collective d'une grande vigilance sur les horaires de travail et la conscience professionnelle (avec de nombreuses anecdotes célèbres à l'appui). Inversement, on impute à la « démocratie » le laisser-aller qui se serait développé depuis les années 1990 (et son corollaire l'impunité)

L'absentéisme social

Nous avons déjà évoqué plus haut ce problème. Toutes les cérémonies familiales (baptêmes, mariages, décès) qui touchent la famille élargie, mais aussi le réseau (large) de connaissances de tout un chacun, sont considérées comme des obligations sociales auxquelles on ne peut se soustraire, et qui justifient de quitter le travail ou de s'y présenter avec quelques heures de retard.

¹⁷ Je dois à Mahaman Moha cette catégorie de l'absentéisme religieux

Les femmes, étant plus impliquées que les hommes dans les baptêmes et mariages, sont apparemment plus concernées encore que les hommes par cette forme d'absentéisme. La féminisation de certains métiers (comme la santé et l'éducation) est donc souvent perçue comme se faisant aux dépens des nécessités du service public.

L'absentéisme économique

La vente de pagnes, de bijoux, de parfums au sein des services par le personnel féminin est une activité connue de tous. « Elles [les femmes fonctionnaires] font plus de commerce qu'elles ne travaillent, le plus clair de leur temps » (agent de la direction de l'éducation de base, cité in Lasdel 2003).

« A B., il existe un réseau entre des infirmières et sages-femmes et un imprimeur. Ces dernières reçoivent des stocks de carnets qu'elles vendent au moment des consultations. Cette activité n'est pas prévue » (Souley, 2002).

Il s'agit parfois, pour des enjeux plus importants et à des postes plus élevés, de véritables abandons de postes.

« Le cas le plus flagrant est celui du médecin d'un pavillon de médecine à qui ses collaborateurs et les malades reprochent d'avoir de fait abandonné son service. Il paraît qu'il lui arrive de passer plusieurs jours sans se présenter dans son service, mettant ainsi les malades et le personnel soignant dans une mauvaise posture : « Les malades ou leurs accompagnants nous harcèlent souvent parce qu'ils ne voient jamais le médecin. Certains finissent par abandonner le service et se remettre à Dieu. Je trouve cela inacceptable dans un hôpital de référence comme le nôtre » (infirmière) (...) Il semble que l'intéressé dispose d'un cabinet médical qui explique de tels agissements » (Moumouni & Souley, 2004 : 66).

L'absentéisme institutionnel

L'Etat et les institutions de l'Etat montrent d'une certaine façon le mauvais exemple, car étant paradoxalement à l'origine de certaines formes importantes d'absentéisme.

L'une concerne les réunions, séminaires, missions et formations, qui se multiplient.

Hahonou (2002) évoque « les missions diverses qui rendent inopérants certains services pendant une période prolongée : « il y a un (médecin) nigérien en formation en France... en chirurgie thoracique, mais d'ici son retour, il restera que des os blancs sous quelques mètres de terre » (un interne à propos d'un malade nécessitant une intervention)

Les JNV (journées nationales de vaccination) sont ainsi connues pour désorganiser chaque année de façon importante la délivrance des services de santé de premier niveau.

Une autre concerne le paiement des salaires. Les contractuels de l'éducation quittent leur poste chaque fin de mois (théoriquement, mais en fait, compte tenu des retards, n'importe quelle semaine quand la rumeur dit que les pécules arrivent), car ils ne sont payés qu'au chef-lieu de département ou de région. Mais ils ne savent pas quel jour exactement et peuvent attendre plusieurs jours. Parfois ils ne sont pas même payés.

« Vous arrivez au mauvais moment, c'est la fin du mois, tout le monde est parti chercher son salaire » (DDES Kollo)

Les grèves fréquentes des agents de santé et des enseignants relèvent aussi de l'absentéisme institutionnel. En particulier les grèves des contractuels en raison du non-paiement des salaires scandent les années scolaires.

Il n'y aurait pas eu plus de 4 mois de cours sur 9 mois prévus en 2016 (conseiller pédagogique, notes d'entretien AB)

Une forme politique de l'absentéisme institutionnel doit aussi être notée : la participation, sur les heures de travail, des militants et cadres des partis politiques aux activités de leur parti.

L'absentéisme de convenance personnelle

Nous appelons ainsi les comportements de nombreux personnels, qui rognent délibérément sur leurs heures ou leurs journées de travail, soit qu'ils arrivent régulièrement en retard, ou partent systématiquement en avance, soit

qu'ils s'accordent des journées de repos indues, ou refusent de prendre des gardes.

Dans les CSI urbains, c'est une pratique systématique.

« Les sages-femmes s'arrangent pour arrêter les activités (de CPN uniquement) - ayant débuté vers 9 heures - à 10 heures. Cela, quand on ne sort pas d'une grève de deux ou plusieurs jours qui aurait "accumulé" le nombre des patientes. Dans ce cas de figure, les sages-femmes se voient forcées de prolonger leurs consultations jusqu'à 11 heures. Les patientes qui ont la malchance de venir après cette heure sont le plus souvent refoulées. Même quand elles sont acceptées, on assiste à une "consultation - éclair" menée de bout en bout dans une atmosphère de grande crispation » ((Moussa, 2003 : 374)

« Le service commence partout, à l'exception des gardes et des permanences, au plus tôt, vers 9 heures le matin et vers 16 heures l'après-midi. Il s'achève le matin dans les environs de 11 heures et l'après-midi à 17 heures et demie au plus tard. Cela nous amène à un maximum de 4 heures de travail par jour soit 20 heures par semaine, au lieu de 40 heures légales » (Souley 2003 : 131)

Mais cela arrive aussi en milieu rural.

« A la maternité [d'un hôpital de district rural], les sages-femmes ne prennent pas la garde. Il semble qu'une tentative par le chef CSI de les amener à la faire ait échoué. La première sage-femme a refusé de faire la garde en disant qu'elle est seule avec ses enfants qui sont trop petits pour qu'elle les laisse la nuit (son mari est enseignant contractuel à Niamey). C'est pourquoi la seconde a aussi refusé de la faire même si elle est logée dans l'enceinte du CSI. Au final, ce sont les infirmières et les matrones qui assurent la garde à la maternité » (Diarra, 2012 : 18).

Et c'est également vrai dans des services de référence.

« Quand il y a les étudiants, les autres agents profitent pour s'absenter et nous laisser tout le boulot » (un étudiant faisant fonction d'interne, maternité centrale, cité in Moumouni & Souley, 2004)

Dans l'éducation, beaucoup de contractuels sont inscrits en faculté à Niamey pour des études supérieures,

Ceux qui sont affectés dans des villages enclavés font la prise de service puis disparaissent, où s'absentent plusieurs semaines chaque trimestre.

Beaucoup de chefs d'établissement scolaires dans les villages se plaignent ainsi des absences excessives des « contractuels » de l'éducation (cf. ci-dessous)

Dans le village de N. : « Les enseignants sont très peu concernés par la vie du village (...) Ils restent entre eux après le travail, partent à Niamey dès que possible (avec un absentéisme « informel » important, en particulier chez les « volontaires de l'éducation ») » (Olivier de Sardan, 2005)

Il en est de même avec nombre d'agents de santé communautaires de santé.

« C'est dans le rang des agents de santé communautaire formés à travers le « programme spécial » et qui ont été, en quelque sorte, parachutés dans les villages que l'on compte le plus d'absentéisme, certains abandonnant carrément leur poste. Autrement dit, dans leur cas, le problème du manque de ressources humaines se traduit plutôt par l'absentéisme ou l'abandon du poste » (Diarra, 2011 : 19).

L'importance numérique des agents n'ayant pas rejoint leur poste (mains néanmoins payés), ou s'octroyant eux-mêmes de généreuses absences, mériterait d'être évaluée par des méthodes quantitatives rigoureuses.

L'absentéisme maternel

Les congés de maternité sont reconnus par la loi, et il est donc abusif, d'une certaine façon, de parler à ce sujet d'absentéisme. Mais le nombre élevé de ces congés (à mettre en rapport avec le taux de natalité élevé) et la féminisation des métiers de la santé et de l'éducation (en particulier dans la capitale) pose incontestablement un problème de gestion des ressources humaines.

« Tous les enseignants veulent venir à Niamey surtout les femmes. Nous sommes débordés. Les motifs étaient des raisons de santé, le regroupement familial, les femmes des forces de défense et de sécurité, les syndicalistes, et ceux qui avaient des relations au niveau des ministères, des syndicats, des inspections... Mais en réalité, comme ce sont des femmes, il y a un fort taux d'absentéisme pour diverses causes : problèmes de transport, problèmes familiaux... Mais ce sont surtout les contraintes liées à la maternité qui font en sorte que de nombreuses femmes ne

vont pas au travail. Pour les cessations de travail pour cause de grossesse, je reçois au moins 10 demandes par jour. Donc on peut relativiser en parlant de sureffectifs à Niamey parce que le nombre des femmes qui partent en congés de maternité est si important qu'il équilibre la balance... » (cadre de la direction régionale de l'éducation primaire, Niamey, notes d'entretien A.B.)

La condition maternelle implique évidemment des contraintes bien au-delà des seuls congés de maternité. Et, parfois, la frontière est difficile à tracer entre les motifs légitimes et les « abus »

« Les consultations prénatales, les maladies liées à la grossesse, la nourrice ou la bonne qui n'est pas venue, un des enfants qui est malade...tels sont les prétextes avancés par les femmes enseignantes pour justifier leurs absences ou leurs retards... C'est difficile pour un responsable de sanctionner pour les raisons que j'ai citées. Et surtout si le responsable est une femme... Ce sont des problèmes réels que les femmes en général vivent au quotidien, nous sommes obligées d'en tenir compte et d'essayer d'atténuer la tendance en tenant compte de toutes ces contraintes pour faire fonctionner les écoles » (inspectrice de l'enseignement primaire, Niamey, notes d'entretien A.B.)

L'absentéisme religieux

Le Niger est un pays à 95% musulman, où l'islam confrérique soufi autrefois dominant est de plus en plus concurrencé par le salafisme, et diverses formes de surenchères islamistes. Toute absence pour cause religieuse est donc de plus en plus légitime. Il s'agit bien sûr des prières quotidiennes de l'après-midi qui prennent désormais place pendant le temps de travail (*zuhur* autour de 14.00 et *asr* autour de 16.00¹⁸, parfois étendues à des prières surrogatoires le matin pour les plus pieux. Il s'agit aussi du pèlerinage à la Mecque, qui s'est largement « démocratisé » et qui n'est pas compté sur les vacances mais pris sur le temps de travail. Enfin, en période de jeûne (Ramadan), tous les services fonctionnent au ralenti dès la mi-journée, voire s'arrêtent.

¹⁸ Sous le régime militaire du Président Kountché, il était interdit de quitter son travail pour la prière, libre à chacun de rattraper durant son temps libre.

Les cumuls

Beaucoup d'agents de santé et beaucoup d'enseignants du secondaire cumulent leur emploi public avec divers emplois privés, ce qui est officiellement interdit (sauf avec l'autorisation de la hiérarchie, mais celle-ci n'est jamais demandée), et qui, surtout, se fait aux dépens de l'emploi public (moins de temps et/ou d'investissement personnel sont consacrés à ce dernier, faute souvent, il faut le rappeler, de perspective de carrière).

De nombreux enseignants travaillent aux champs, conduisent des motos-taxis (*kabu-kabu*), font les répétiteurs à domicile (souvent avec leurs propres élèves), ou enseignent dans des établissements privés. Ils sont plus motivés dans le privé, car ils ont leurs salaires régulièrement et même peuvent avoir des avances.

« Ce n'est pas difficile de recruter les contractuels dans le privé, ils ont fait 3 mois sans pécule, ils sont bon marché » (in Abdoutan)

De nombreux agents de santé, en ville, travaillent dans des cabinets infirmiers ou des cliniques privées, faisant parfois double journée.

La fuite des cerveaux

Elle se fait à de multiples niveaux, tant dans la santé que dans l'enseignement. Ces deux métiers, en effet, sont de moins en moins considérés comme ayant des perspectives intéressantes de carrières, on y entre de moins en moins souvent par « vocation » ou au nom d'une éthique du service public, mais ce sont plutôt des métiers d'attente ou de repli, en espérant trouver mieux ailleurs.

On peut distinguer la fuite externe (hors de l'éducation ou de la santé) et la fuite interne (au sein de l'éducation, mais « loin de la craie » ; au sein de la santé, mais loin des tâches cliniques).

Fuite externe

Selon les niveaux, les destinations sont très différentes. Pour les cadres supérieurs, les institutions internationales, les agences de coopération, les ONGs ou les cabinets de consultants sont les cibles privilégiées. La fonction publique est ainsi en permanence délestée de ses meilleurs éléments (ceux qui ont été repérés par les bailleurs de fonds). Les carrières politiques constituent aussi des parcours privilégiés.

Pour les agents de terrain, la situation est différente selon les domaines. Dans l'éducation, on cherche à aller vers d'autres services publics (en particulier la gendarmerie, ou la garde nationale...) où les salaires sont réguliers et plus élevés. Dans la santé, le secteur privé ou les ONGs médicales sont les destinations préférées

Fuite interne

Celle-ci s'opère d'abord vers les Ministères

« Vous parlez qualité ! Mais tous les bons maîtres que j'ai vus sont au Ministère » (un chauffeur)

Un autre parcours de sortie du terrain passe par les postes syndicaux. Ceux-ci permettent en effet d'être déchargé de service (partiellement officiellement mais souvent totalement de fait).

Enfin, il reste la possibilité d'être affecté à des postes purement administratifs.

On constate diverses affectations d'enseignants en fin de carrière à des fonctions improductives (et parfois quasi fictives), mais « loin de la craie », comme informaticiens, responsables statisticiens, chefs matériel, bibliothécaires ; ils occupent souvent ces postes sans formation et souvent sans les moyens nécessaires (bibliothèques sans livres, service informatique sans ordinateur...)

« Il n'y a pas d'activités concrètes que je pratique depuis mon arrivée le 3 mars 2014, j'occupe seulement un bureau. Je travaille ici seulement pour mon mémoire de master » (responsable adjoint de formation continue dans une direction départementale de l'enseignement primaire, notes d'entretien S.B.)

Liste indicative de normes pratiques relatives à la gestion des personnels

On peut, à l'issue de cette analyse, proposer un bilan sous forme d'une liste de normes pratiques implicites, *de facto*, de l'ordre du « tout se passe comme si... ». Ces normes pratiques ne sont bien sûr jamais énoncées publiquement en tant que telles, contrairement aux normes officielles (explicites dans les règlements, les procédures et les formations) et aux normes sociales (explicites dans l'éducation familiale ou religieuse et les interactions sociales publiques). Rappelons qu'elles ne concernent que la gestion des personnels, et sont similaires dans l'éducation et la santé.

- Il faut récompenser les meilleurs militants et les notables du parti par des nominations à des postes du haut en bas de l'administration
- L'appartenance politique est un critère majeur pour les affectations
- Obtenir des postes pour ses protégés est un signe de réussite sociale
- On ne peut refuser une faveur à un proche ou à une personne puissante
- Il est normal de faire des cadeaux aux supérieurs dont on veut s'attirer les bonnes grâces
- Rejeter une intervention est un signe de méchanceté
- Les postes s'évaluent en fonction des avantages financiers collatéraux (licites ou illicites) auxquels ils permettent d'accéder, ou des avantages familiaux qu'ils procurent
- Toute intervention pour accéder au poste qu'on souhaite est normale

NORMES PRATIQUES DANS L'ÉDUCATION ET LA SANTÉ

- Les affectations à des postes ne prennent pas en compte les moyens réels de travail accordés à ce poste
- Les mesures annoncées par un Président sont préparées après l'annonce et non avant
- Être embauché par un projet, une ONG, une OI, est un objectif central pour un fonctionnaire
- Devenir ministre ou membre d'un cabinet ministériel ou présidentiel est une ambition qui passe avant toute ambition professionnelle
- Il est normal que beaucoup de tâches soient effectuées par des bénévoles, stagiaires ou appelés du service civique (nommés familièrement « civicarts »)
- Il est normal que les personnels bénévoles soient rétribués par des petits cadeaux
- Il est normal d'être indulgents avec des aînés
- L'assistance aux formations est surtout motivée par les per-diem distribués
- Pour une nomination, les considérations politiques passent avant les exigences professionnelles du métier de l'Etat qu'exerce le nommé
- Sanctionner un subordonner est source de réprobation et de problèmes qu'il vaut mieux éviter
- Remplir ses obligations sociales passe avant les obligations professionnelles
- Il faut se méfier de ses adjoints ou de ses subordonnés trop actifs
- Déléguer, c'est s'attirer des problèmes
- Le travail en équipe comporte trop de risques et de contraintes
- Il faut éviter les conflits et ne pas se mêler des affaires des autres
- Un bon chef partage et redistribue les ressources
- La présence au travail n'exige pas le respect des horaires officiels pour ceux qui y sont assujettis
- Il n'y a pas lieu de prévoir un remplacement si on s'absente
- Il est normal de cumuler deux emplois (y compris pour les personnels qui n'en ont théoriquement pas le droit)

- Toute fonction administrative est une promotion, préférable aux tâches opérationnelles
- Être recruté par une institution des Nations Unies, une agence de coopération, un « projet » ou une ONG internationale est l'ambition de tout cadre
- Accepter d'affecter un subordonné en fonction d'une recommandation venant d'une personne importante est nécessaire pour garder son poste

NORMES PRATIQUES DANS L'ÉDUCATION ET LA SANTÉ

LES NORMES PRATIQUES SPÉCIFIQUES À LA SANTÉ ET LES NŒUDS CRITIQUES

Certaines normes pratiques sont par contre intégralement liées à leurs contextes professionnels respectifs et ne peuvent en être détachées.

En raison de ruptures de stocks pour des causes diverses, certains médicaments ne sont pas disponibles dans les formations sanitaires. Les personnels de santé proposent alors aux patients de les leur vendre, à titre privé. Ils se les sont procurés de multiples façons : en détournant certains médicaments de la pharmacie de la formation sanitaire ou en les achetant auprès des réseaux de vente informels (dits « pharmacies par terre »), alimentés par des grossistes informels établis dans le grand marché de Niamey.

Autrement dit, ces normes pratiques sont enchâssées dans des cultures professionnelles spécifiques aux différents métiers de l'Etat. La santé est un métier particulièrement spécialisé, encadré par de très nombreuses normes, procédures et contraintes techniques. Les normes pratiques spécifiques qui s'affranchissent en partie de ces normes, procédures et contraintes techniques sont donc particulièrement nombreuses et diversifiées. Nous nous concentrerons ici sur celles qui ont des effets particulièrement significatifs sur la délivrance de la santé aux usagers, autrement dit celles qui concernent des « nœuds critiques ».

Des nœuds critiques spécifiques à chaque métier de l'Etat

Parmi les multiples normes pratiques inhérentes à chaque métier de l'Etat, certaines concernent en effet des étapes stratégiques dans les processus professionnels et la délivrance des services publics. L'existence de ces normes pratiques pose alors des problèmes de fond, puisqu'elles mettent en cause l'efficacité même de ces processus et peuvent entraîner des dysfonctionnements majeurs.

Nous appellerons « nœuds critiques » ces types de problèmes stratégiques propres à chaque corps de l'Etat, à chaque administration, à chaque service, où s'entrelacent les comportements professionnels des agents et les contraintes de leurs contextes de travail, de telle façon que se constituent des goulots d'étranglement menaçant gravement la délivrance du service public¹⁹.

Face au « désert médical » nigérien à l'intérieur du pays, aux causes multiples, les affectations administratives de médecins dans les chefs-lieux de commune sont une réponse incohérente et largement inefficace à ce nœud critique, où se conjuguent l'interventionnisme généralisé, la pénurie d'infrastructures rurales, et l'absence d'incitations ou de contraintes pour exercer en brousse (cf ci-dessous).

Chaque nœud critique constitue un révélateur des innombrables errements, contradictions et incohérences dans la gestion des politiques publique et des ressources humaines des diverses professions de l'Etat, ainsi que de la méconnaissance des contextes réels et des normes pratiques par les divers intervenants (Etat, ONGs, bailleurs de fonds, organismes internationaux).

Nous allons prendre ici appui sur une série d'études de cas pour illustrer comment diverses normes pratiques sont impliquées dans des nœuds critiques. Un premier ensemble d'études de cas concernera les maternités. Elles permettront d'esquisser les contours d'une culture professionnelle des sages-femmes largement basée sur les normes pratiques. Une étude de cas assez différente portera sur la création et l'installation par le Ministère de la santé de postes de médecins ruraux au niveau de chaque commune du pays. Elle

¹⁹ Nassirou Bako Arifari (2007) avait déjà utilisé ce concept de « nœud » dans un sens voisin, pour désigner une cristallisation de problèmes au sein d'un service public, propice à l'intervention d'un médiateur..

permettra de mettre en évidence les incohérences des politiques de santé au Niger (et ailleurs) et leur ignorance des contextes pragmatiques.

Les maternités : normes pratiques, nœuds critiques et culture professionnelle

Rappelons que le Niger est un des pays du monde où la mortalité maternelle est la plus importante au monde. Malgré des améliorations notables depuis une vingtaine d'années, on reste encore très loin de l'atteinte des objectifs du Millénaire.

Cette mortalité maternelle ne concerne pas uniquement les femmes qui n'ont pas accès à des maternités, essentiellement dans des zones isolées en milieu rural. Elle concerne aussi les femmes ayant recours aux formations sanitaires pour les consultations prénatales et l'accouchement. *Autrement dit, une partie non négligeable de la mortalité maternelle est imputable à des dysfonctionnements du système de santé, et aux nœuds critiques qui y prennent place. Or, de façon générale, les réformes visant à éliminer ces dysfonctionnements sont inadaptées aux contextes professionnels réels et sont « contournées » par les normes pratiques routinières des agents.*

Nous allons examiner une série de quatre nœuds critiques typiques des maternités au Niger : (a) les consultations prénatales, qui devraient permettre de dépister les grossesses à risques, et de les prévenir ou de les orienter si nécessaire vers un centre de référence; (b) le monitoring des accouchements dans les maternités de premier niveau, qui devrait permettre, en cas d'accouchement dystocique une évacuation en urgence vers un centre de référence équipé d'un plateau chirurgical ; (c) la suppression de la barrière financière pour les évacuations, afin de ne pas différer celles-ci faute de

ressources disponibles pour payer l'évacuation et la césarienne ; (d) la délivrance d'ocytociques

Le monitoring de l'accouchement : la question du partogramme

Le partogramme est un outil simple et standardisé, qui est présenté comme fondamental dans la lutte contre la mortalité maternelle en Afrique. Toutes les écoles de santé des pays africains initient leurs élèves à l'usage du partogramme. De nombreuses formations à son sujet sont dispensées en outre aux sages-femmes déjà en activité.

Et pourtant, dans la majorité des cas, au Niger (mais aussi dans les pays voisins) le partogramme n'est pas rempli pendant le travail, mais après, souvent à la fin du service, en reportant des chiffres standards. Lorsqu'une sage-femme décide de référer, c'est en général sur la base de son seul jugement, et non sur la base d'un partogramme. Elle remplit alors celui-ci avant l'évacuation (il doit être joint au dossier), en prenant soin d'y indiquer de « bonnes données » (factices, mais standardisées) justifiant la référence.

Certes il existe des sages-femmes qui remplissent les partogrammes pendant le travail, et s'en servent comme guide. Mais elles sont, selon les multiples entretiens menés par les chercheurs du LASDEL auprès de sages-femmes, une très petite minorité²⁰. La « norme pratique » suivie par la plupart des sages-femmes est de ne remplir le partogramme qu'après l'accouchement

Dans les colloques et séminaires, dans les publications officielles, dans les rapports des organisations internationales ou des ONG qui interviennent

²⁰ D'autres chercheurs, eux aussi travaillant avec des méthodes qualitatives et en Afrique de l'Ouest, ont constaté le non-remplissage des partogrammes pendant le travail : cf. Jaffré 2009 ; 2012.

dans le domaine de l'accouchement, rien n'est dit sur les usages effectifs du partogramme dans les centres de santé et les maternités de premier niveau. Autrement dit, tout le monde parle et agit comme si les partogrammes étaient utilisés de façon fiable et routinière. Comme s'il n'y avait pas de problème quant aux usages du partogramme. Comme si le « modèle » du partogramme était un modèle efficace.

Pourquoi les sages-femmes nigériennes ne remplissent-elles pas les partogrammes pendant le travail ? Diverses explications ont été recueillies auprès des sages-femmes elles-mêmes lors de nos enquêtes : la surcharge de travail est la principale : « avec plusieurs accouchements simultanés, le temps manquerait pour remplir le partogramme »... Cette justification est couramment énoncée par les intéressées, mais une telle situation ne se présente fréquemment que dans de rares maternités, ce qui rend l'argument assez contestable dans la grande majorité des cas. Le primat accordé à l'expérience (et au 'flair' qui en découle) est un autre facteur explicatif, plus crédible. On peut aussi citer une faible culture de l'écriture chez les sages-femmes, et une répugnance ('reluctance') profonde face aux tâches 'bureaucratiques' ; une éthique professionnelle souvent défailante ; une sous-traitance des accouchements aux matrones, aux stagiaires, ou aux filles de salle ; et l'absence ou la non fonctionnalité des instruments (tensiomètre, thermomètre) nécessaires à la prise des variables²¹. Enfin, le fait que les partogrammes soient un outil d'évaluation lors des supervisions a un effet pervers²² : ceci incite à écrire les « bonnes données », autrement dit des données standards, plutôt que les données réelles (qui pourraient signaler des défaillances de la sage-femme).

²¹ Souley 2001, 2003; Moussa 2003, 2004.

²² Olivier de Sardan & Bako Arifari 2011.

Toutes ces raisons renvoient, d'une façon ou d'une autre, aux contextes professionnels locaux, qui « contournent » le modèle proposé.

Le partogramme est un instrument qui relève en fait de *l'ingénierie sociale* (et non de l'ingénierie bio-médicale comme une molécule ou un vaccin), comme un très grand nombre des éléments qui constituent une politique nationale ou internationale de santé. Autrement dit, son usage et son efficacité dépendent essentiellement de la façon dont il est mis en œuvre (ou non) par un système de santé et en particulier par les 'frontline workers'. Tout dépend *in fine*, du comportement des sages-femmes, de leurs motivations, de leur compétence, de leur culture professionnelle, de leurs 'normes pratiques'. D'autre part, bien d'autres acteurs interviennent dans la diffusion et dans la mise en œuvre (ou non) du partogramme : les directrices de maternité (et le type de leadership qu'elles exercent), les équipes-cadres de districts sanitaires (et leur mode de supervision), les formateurs en partogrammes, la hiérarchie sanitaire du système de santé national, les organisations internationales et les ONG travaillant dans le domaine de la santé maternelle. Même si les sages-femmes sont les premières concernées, le non usage du partogramme pendant l'accouchement est la résultante des comportements de toutes ces catégories d'acteurs.

Pour les experts internationaux (et nationaux) qui l'ont mis au point et l'ont diffusé à travers le monde, le partogramme est pourtant un instrument très simple, à la portée de tout agent de santé, et utilisable dans des contextes peu équipés en matériels : c'est ce qui en fait sa valeur postulée pour les systèmes de santé fragiles des LMIC, par contraste avec le monitoring informatisé sophistiqué des salles d'accouchements des pays du Nord. Sa simplicité est en outre au service de plusieurs fonctions : suivi de l'accouchement, aide à la décision (référence), partage de l'information entre professionnels de santé,

outil d'évaluation des personnels, et même document médico-légal en cas de décès. D'une certaine façon, il a tout du « mécanisme miracle » vu d'un bureau. Un nouveau partogramme a fait récemment son apparition: plus complet que le précédent, et donc complexe, il n'est pas mieux rempli – au contraire – que son prédécesseur !

La standardisation du partogramme (les agents de santé suivent des formations ad-hoc, et reçoivent de leur Ministère, ou de l'UNICEF, ou d'ONG internationales, des formulaires pré-imprimés) et son internationalisation font du partogramme un « modèle voyageur » typique, parmi tant d'autres. La santé maternelle ne manque pas de « modèles voyageurs »²³. Certains de ces modèles sont, vu du terrain, plutôt des échecs (au Niger en tout cas), comme la PTME ou la CPN-R, les autres ont des résultats plus ou moins mitigés dont le bilan reste à faire, comme la GATPA.

La santé est un domaine où la standardisation et l'internationalisation des interventions, des politiques ou des procédures sont particulièrement développées. Cette standardisation internationale a certes des justifications économiques ou managériales mais elle repose aussi sur une croyance en l'efficacité intrinsèque des « modèles voyageurs » dans la lutte contre les maladies (dont on peut trouver une des origines dans la lutte contre les grandes endémies) et sur une « protocolisation » croissante des soins²⁴. Elle est largement due au poids des grandes organisations internationales qui financent

²³ Olivier de Sardan, Diarra & Moha 2017

²⁴ La protocolisation est indissociable de bureaucratisation de la santé (et de l'ensemble des services publics : Hibou (2012). Pour une analyse des processus de standardisation dans la santé et de leurs limites, cf. Timmermans & Berg 1997.

et diffusent ces modèles voyageurs (cf. ci-dessous) ²⁵. Mais les autorités sanitaires nationales ou les ONGs médicales y contribuent aussi.

Les consultations pré-natales

Prenons un nouvel exemple. Les consultations pré-natales (CPN) effectuées dans les centres de santé de premier niveau par les sages-femmes dans les pays d'Afrique de l'Ouest, inspirées d'un modèle européen ancien du début du 20^{ème} siècle, sont considérées comme un élément clé de la lutte contre la mortalité maternelle²⁶. Mais le modèle classique tel qu'il est mis en œuvre depuis longtemps au Niger et dans les pays voisins souffre de diverses insuffisances et « shortcomings ». Expéditives et bâclées, les CPN ne remplissent pas leur fonction principale, qui est permettre de détecter les grossesses à risques, afin de les prévenir ou de prévoir un accouchement dans une formation sanitaire équipée pour les accouchements dystociques (Prual, Toure, Huguet & Laurent 2000). Un nouveau modèle voyageur de CPN a donc été « inventé », et adopté par l'OMS au début des années 2000 (WHO 2002), et a été diffusé largement en Afrique : la consultation pré-natale recentrée (CPN-R). Elle repose en particulier sur un formulaire pré-imprimé, qui comporte toute une série d'items à renseigner et à cocher scrupuleusement, permettant ainsi à une sage-femme, en suivant à la lettre l'imprimé, de procéder à toute la batterie d'opérations requises pour une CPN-R efficace et personnalisée (observations, examens, questions, explications). Sur la base des réponses à une première série de questions et d'observations, il y a bifurcation

²⁵ OMS, UNICEF, Fonds mondial, Fondation Bill Gates...

²⁶ Nous nous appuyons ici sur les travaux menés par le LASDEL dans le cadre du programme « Les problèmes négligés des systèmes de santé en Afrique » (financement CRDI), en particulier l'opération de recherche portant sur les sages-femmes au Niger sous la responsabilité d'Aïssa Diarra, mais aussi l'opération de recherche portant sur les supervisions, sous la responsabilité de Mahaman Moha.

entre deux types de dossiers, l'un pour les grossesses sans risques spécifiques (*basic components*) qui seront suivies selon un protocole standard, l'autre pour les grossesses à risque (*specialized components*) qui bénéficieront d'un suivi particulier. C'est donc un mécanisme dont le principe est le même que celui du partogramme (un auto-monitorage guidé par des supports à remplir par écrit), mais qui repose sur des dispositifs plus complexes (items beaucoup plus nombreux, examens biologiques, dialogue soutenu avec les parturientes, deux types de dossiers, etc.). L'argumentaire de promotion est du même type que pour le partogramme : c'est un outil simple adapté aux conditions frustrées des pays à faibles revenus²⁷. Mais une fois encore les contextes de mise en œuvre ont démenti le scénario des experts.

Le problème de la gestion du temps s'est posé très vite, dès l'arrivée des CPN-R, au Niger comme dans d'autres pays africains (von Both & al. 2006 ; Conrad & al. 2012). En effet, 40 minutes (selon l'OMS) est le temps minimal permettant de remplir tous les items du formulaire lors de la première visite. Or les CPN, qui duraient jusque-là en moyenne moins de 15 minutes, étaient déjà particulièrement suivies par les femmes enceintes, et les queues se sont donc allongées, d'autant plus que, dans la plupart des formations sanitaires nigériennes, seulement deux matinées y sont consacrées (de 9 heures à 12 heures), souvent avec une seule sage-femme dédiée à cette activité, ce qui pose évidemment le problème de l'organisation routinière des activités dans les centres de santé intégrés (CSI) et du faible temps de travail effectif de nombreux personnels de santé. On peut ajouter la forte réticence et le malaise des sages-femmes face aux tâches bureaucratiques et à l'écriture. Dans de telles

²⁷ « FANC is the best approach for resource-limited countries where health professionals are few and health infrastructures are limited » (Health Education and Training Team for Africa 2011).

conditions, passer d'une dizaine de minutes de CPN à 45 minutes de CPN-R relève de la mission impossible. La plupart des sages-femmes ne font donc pas une véritable CPN-R, sauf lors du passage d'une équipe de supervision. Elles ne documentent pas de nombreux items, et/ou remplissent les fiches de façon standardisée. Certaines constantes sont rarement prises (comme la tension artérielle, le TV), le spéculum n'est pas utilisé (il est en général absent dans les maternités). Le plan d'accouchement et les complications possibles ne sont pas discutés.

La méconnaissance du problème que pose la durée d'une CPN-R, mais aussi la méconnaissance de l'organisation du travail dans les CSI et les maternités, la méconnaissance de la culture professionnelle réelle des sages-femmes, sont des causes directes de l'échec (au moins partiel) de la CPN-R. L'information sur la non délivrance effective de la CPN-R « remonte » rarement à travers les systèmes de supervision et de rapportage du Ministère de la santé et des programmes verticaux mis en place par les institutions internationales, et ne donne pas lieu à des rectifications. Personne, au sein de la hiérarchie sanitaire, ne pose le problème en public, même s'il est connu en privé. Il ne faut pas dévoiler les défauts du système de santé, il ne faut pas apparaître comme un « mauvais manager » aux yeux des organisations internationales qui financent les activités liées à la CPN-R, comme les supervisions et les formations. Les statistiques élogieuses qui circulent sur la CPN-R concernent principalement les formations (nombre de sessions de formation, nombre d'agents de santé formés, nombre de suivis post-formation), les activités de CPN-R déclarées réalisées (nombre de FANC effectuées, taux de couverture) ou les aspects logistiques et financiers (nombre de formulaires diffusés, taux d'exécution budgétaire). Elles ne concernent pas la qualité des FANC censées avoir été réalisées, et cachent, comme souvent, la réalité du terrain.

Le coût réel des accouchements

L'instauration au Niger de la gratuité des césariennes en 2006, à l'initiative du Président Tandja, mais sous pression de la Banque mondiale, a été unanimement saluée comme une mesure en faveur des femmes et un moyen d'améliorer les très mauvais scores du Niger concernant la mortalité maternelle, en enlevant la barrière financière pour les césariennes.

Celles-ci coûtent en effet entre 35.000 et 80.000 FCFA. Désormais, du fait de la politique de gratuité, ces sommes ne sont pas recouvrées auprès des patientes, mais sont remboursées par l'Etat aux formations sanitaires.

Toutefois, la barrière financière du coût de la césarienne n'est pas la seule qui freine l'accès à un plateau opératoire pour les accouchements dystociques. La disponibilité d'ambulance pour les références, la disponibilité de personnels qualifiés (anesthésiste et chirurgien), la disponibilité de sang, et le coût de l'évacuation sont d'autres causes de retards à l'origine de décès. Or seuls certains de ces défis ont été relevés (distribution d'ambulances par le programme spécial du président, formation de chirurgiens de district). Le manque de sang reste un problème épineux. Mais surtout le coût de l'évacuation (essence, perdiem du chauffeur et des gardes nationaux devant nécessairement l'accompagner) n'a pas fait l'objet de mesures quelconques et reste à la charge des familles des patientes.

Or, ce coût peut atteindre, voire dépasser dans les régions les plus reculées, le coût de la césarienne elle-même. Trouver une telle somme dans l'urgence est particulièrement difficile dans les villages.

Face à ce problème, une mesure « venue d'en bas », à l'initiative d'un district sanitaire, a vite fait tâche d'huile, adoptée par la plupart des districts,

sans aucune intervention du Ministère : créer une caisse solidaire pour financer les évacuations, en l'alimentant par un léger prélèvement (100 FCFA, appelé « centime additionnel ») sur toutes les consultations. Ce système a commencé bien fonctionner. Mais le Ministère est intervenu pour l'interdire, au motif que ce prélèvement contredisait la politique de gratuité des soins pour les enfants et les femmes enceintes (près de la moitié des consultations dans les CSI)²⁸

L'usage des occytociques

La délivrance d'occytociques (utérotoniques qui accélèrent les contractions) pendant le travail est normalement limitée à des indications très précises, car elle comporte des risques de rupture utérine et de souffrance foetale. Mais les sages-femmes les utilisent abondamment, car elles les vendent aux parturientes pour « faciliter » et accélérer l'accouchement.

Il s'agit souvent d'un « cocktail » (par exemple une ampoule de Spasfon, une demi-ampoule de Syntocinon et une ampoule de Butyl), pour lequel la parturiente doit payer autour de 4.000 FCFA.

Extrait du carnet de note d'une élève sage-femme, stagiaire, pendant la nuit du 2 au 3 mai, dans une maternité de Niamey : « (...) A 5 heures 30, accouchement de Mme A d'un enfant de sexe féminin, né vivant, à terme. Cinq minutes après nous observons une vente, par la sage-femme, de synto [produit accélérant les contractions] à une femme en travail. En fait c'est le reste du synto acheté par une autre patiente. Après avoir reçu l'argent du produit, elle place la perfusion à la femme. Il est à remarquer que la sage-femme s'est réveillée uniquement parce qu'elle voulait vendre son synto » (rapport de A. Souley, Niamey, cité in Jaffré & Olivier de Sardan, 2003 : 63).

Aujourd'hui les ocytociques sont systématiquement préconisés par l'OMS après le travail (GATPA), pour l'expulsion du placenta. Cette consigne semble assez généralement respectée, ce qui est un succès indéniable de GATPA. Mais la chaîne de froid n'est pas toujours respectée, et les sages-

²⁸ Cf. Diarra 2012.

femmes les surdosent fréquemment en pensant ainsi compenser ce qu'ils auraient perdu en efficacité.

La culture professionnelle des sages-femmes au Niger

On peut maintenant proposer une liste (dans le désordre) de toute une série de normes pratiques qui caractérisent la profession de sage-femme au Niger.²⁹ Les formulations sont bien sûr de notre responsabilité (elles ont en effet pour caractéristique de ne jamais être exprimées publiquement comme telles et de rester le plus souvent cantonnée dans l'implicite), mais nous avons rencontré de façon répétée chacune d'entre elles sur nos terrains d'enquête au Niger depuis 15 ans, à travers de multiples observations, études de cas et entretiens privés.

- une sage-femme est plus compétente en matière d'accouchement qu'un médecin de santé publique et sait mieux ce qu'il faut faire
- la gestion d'un accouchement est une question d'expérience et de flair
- la maternité est un espace qui est « appartient » aux sages-femmes, pas aux parturientes
- les accouchements eutociques (sans problèmes) peuvent être délégués aux matrones, stagiaires, aides-sages-femmes ou filles de salles
- les femmes de brousse et les jeunes parturientes sont ignorantes et impatientes
- les femmes qui un « faux travail » (dilatation insuffisante) dérangent le service et il faut les renvoyer chez elles si possible

²⁹ Ces normes ont été entre autres confirmées par les professionnels de santé réunis à l'occasion de deux sessions de l'Ecole professionnelle du LASDEL en direction des personnels de santé maternelle, tenues à Niamey en octobre 2015 et octobre 2018.

NORMES PRATIQUES DANS L'ÉDUCATION ET LA SANTÉ

- quand une femme en travail ne « pousse » pas assez, il faut l'obliger à le faire par tous les moyens (insultes, rudoiments, ou menace de référer sont légitimes : c'est pour son bien)
- une parturiente « recommandée » mérite de l'attention et des égards qu'on n'a pas besoin d'accorder aux parturientes anonymes
- les tâches bureaucratiques sont des corvées inutilement chronophages
- sanctionner une sage-femme ne se fait pas, ce serait faire preuve de méchanceté
- il est normal d'arriver vers 9 heures au travail et d'en partir vers 13 heures
- il est normal de ne pas venir au travail pour aller à une cérémonie sociale (baptême, mariage ou décès d'un proche, mais aussi d'une simple connaissance)
- la recherche de gains « informels » aux dépens des parturientes (ventes de produits, tarification d'actes gratuits, etc.) est normale
- il faut partir aussi souvent que possible en formation continue indépendamment du contenu (pour recevoir des per-diem et améliorer son CV)
- pour obtenir des affectations intéressantes il faut à recourir à des interventions de connaissances haut placées
- toute tâche supplémentaire doit faire l'objet d'une prime
- tout financement venant des bailleurs de fonds est une occasion de « prendre sa part » au passage
- chacun doit gérer ses activités sans se mêler de celles des autres
- les supports doivent être remplis avec les données standards, peu importe les données réelles
- les réunions d'équipes (staff) sont des pertes de temps
- dans ces réunions, on ne doit pas pointer les défaillances individuelles
- si du petit matériel manque, on attend que la hiérarchie le remplace

- face aux ruptures récurrentes de certains produits, il faut se « débrouiller » pour fabriquer si possible un ersatz³⁰
- une femme qui accouche dans une maternité rurale amène du savon pour la sage-femme.

une femme qui accouche dans une maternité urbaine amène en outre de l'eau de javel ou l'argent correspondant

Rappelons que ces normes pratiques restent tacites, latentes, et ne sont jamais énoncées publiquement en tant que telles. Mais elles sont au cœur des routines des maternités nigériennes. Elles constituent le socle, plus ou moins caché, de la culture professionnelle des sages-femmes et des agents obstétricaux. Elles régulent la réaction des sages-femmes face à un modèle voyageur et expliquent le plus souvent l'échec, partiel ou total, de ce dernier.

Le cas des médecins communaux (la médicalisation des CSI)

« Il faut reconnaître que la médicalisation, il faut la revoir, ce n'est pas bien étudiée. Parce qu'il y a des médecins qu'on a amené dans des CSI où ils sont inutiles, moins efficaces qu'un infirmier expérimenté. Un médecin sans laboratoire pour des analyses vaut moins qu'un infirmier expérimenté » (ancien Ministre de la santé, notes d'entretien A.H.)

Une politique publique de santé récente, inédite au Niger, a consisté dans le recrutement et l'affectation à l'intérieur du pays d'environ 300 médecins, en septembre 2011.³¹ Il faut savoir en effet que l'essentiel des tâches médicales au niveau des CSI était jusque-là assuré par des personnels paramédicaux (infirmiers et sages-femmes) qui ont donc un rôle de diagnostic

³⁰ Par exemple les sages-femmes utilisent du sérum salé à la place du solvant pour faire le test PTME ou font un collyre pour les nouveau-nés avec un mélange de bétadine et de sérum salé (50% de chaque solution)

³¹ Nous nous appuyons ici sur les résultats de l'opération de recherche portant sur les supervisions, sous la responsabilité de Mahaman Moha, dans le cadre du programme « Les problèmes négligés des systèmes de santé en Afrique » financé par le CRDI.

et de prescription. Les seuls médecins présents en milieu rural étaient les médecins chefs de district, très pris par leurs tâches bureaucratiques (la plupart ont ainsi abandonné toute activité clinique régulière), et leurs adjoints (effectuant, eux, des activités cliniques en tant que médecins chefs des hôpitaux de district).

La plupart des membres des équipes cadres de district et des directions régionales, ainsi qu'une partie des cadres du Ministère, sont de même des paramédicaux (outre les infirmiers et sages-femmes, il faut y ajouter des statisticiens, des agents d'hygiène et d'assainissement, des communicateurs). Ceux-ci peuvent donc se trouver amenés à superviser ou à être les supérieurs hiérarchiques de médecins, ce qui n'est pas sans poser de problèmes, d'autant plus que les esprits de corps et les rivalités corporatistes entre médecins et paramédicaux sont forts.

Comme la politique sectorielle d'exemption de paiement (pour les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et les césariennes), l'affectation de médecins en milieu rural est une politique qui était quant à son principe nécessaire, attendue, et qui fait l'unanimité sur ses objectifs. Mais comme la politique sectorielle d'exemption de paiement, elle a été conçue et mise en œuvre de façon tellement incohérente, contradictoire, précipitée et inadaptée aux contextes concrets qu'elle a eu de nombreux effets pervers, et a abouti bien souvent à des échecs sur le terrain. Ce « nœud critique » est un révélateur impitoyable de la déplorable gestion des ressources humaines et de l'impréparation des politiques publiques dans le secteur de la santé.

Un comité, au niveau du Ministère de la santé, préparait assez logiquement depuis plusieurs mois une série de mesures en vue d'installer progressivement des médecins dans des CSI, en coopération avec les équipes

cadres de district, et en collaboration avec l'ONG Santé Sud qui a une longue expérience en matière d'installation de « médecins de campagne » en Afrique (par exemple au Mali).

Mais, après une décision soudaine du Président de la République de recruter dans la fonction publique les médecins sans emploi pour les déployer à travers le pays, le Ministère de la santé, en charge de la mise en forme et de la mise en œuvre de cette décision, a décidé, sans se soucier des travaux préparatoires antérieurs, d'affecter systématiquement, à l'échelle de tout le pays, et immédiatement, un médecin dans le CSI de chaque chef-lieu de commune. C'était une mesure administrative uniforme et centralisée, qui a été prise sans tenir aucun compte des situations locales, sans consultation ni des directions régionales et des équipes-cadres de district sur leurs besoins en ressources humaines et les sites où un médecin leur serait le plus utile, ni des comités de santé ou des autorités municipales quant aux modalités de leur intégration locale. Il n'a été prévu ou mis en œuvre aucune préparation quant aux infrastructures et équipements nécessaires pour accueillir un médecin dans un village...

Ce « court-circuitage » délibéré des équipes-cadres de district, qui constituent pourtant l'échelon opérationnel du système de santé, le seul en contact permanent avec le terrain, n'a rien d'exceptionnel. C'est une pratique habituelle du Ministère de la santé, en particulier dans le domaine très sensible et stratégique des affectations. Celles-ci sont théoriquement déconcentrées : le Ministère déploie des personnels dans une région sanitaire, et il incombe à la direction régionale de les répartir selon les besoins ; à son tour celle-ci les affecte à chaque district, à charge pour l'équipe cadre de nommer les infirmiers dans tel ou tel CSI de son choix. Mais l'interventionnisme permanent dans les affectations au sein de l'administration nigérienne se déploie particulièrement

dans le domaine de la santé, et on voit pleuvoir des arrêtés d'affectation émanant directement du Ministère.

La politique d'affectation des médecins ruraux a poussé à l'extrême cette habitude de court-circuitage, qui s'est aussi manifestée par une absence totale de consultation des communes et comités de santé, en contradiction avec la politique de décentralisation suivie depuis 2004, qui donnait des compétences aux maires et aux COGES en matière de santé (cf. ci-dessous).

Impréparation et paye

L'impréparation qui a caractérisée ces affectations purement bureaucratiques a produit de nombreux effets pervers.

Aucune préparation des médecins

A peine recrutés dans la fonction publique sur la base d'un contrat qui leur imposait de rester sur leur lieu d'affectation pour une durée minimum de 3 ans, les médecins ont été déployés dans les CSI des chefs-lieux de commune. Pour la plupart fraîchement sortis de la Faculté, ayant fait leurs études en ville et leurs stages en hôpital, ils se sont vus tout à coup parachutés dans des bourgs ou des villages éloignés, dans un milieu pour eux totalement inconnu, sans formation, ni information... La plupart pensaient qu'ils allaient travailler dans des hôpitaux de district, mais ils se sont retrouvés, chacun, médecin isolé dans un CSI de village...

Leur statut exact, leur cahier des charges et les modalités de leur collaboration avec le personnel infirmier qui se trouvait déjà sur place n'ont en rien été définis : étaient-ils des encadreurs, prenaient-ils la fonction du major, devaient-ils développer des activités nouvelles ? Le paquet minimum d'activités

et la liste de médicaments autorisés à être prescrits au niveau du CSI (prévus pour des infirmiers) n'ont pas également été révisés

Absence d'infrastructure d'accueil

Rien n'ayant été prévu pour le logement des médecins communaux, ceux-ci ont dû se débrouiller (mais les maisons en bon état sont rarissimes). L'alimentation en eau et en électricité fait parfois défaut. Souvent, on a dû chasser le major du CSI (les majors bénéficient en effet fréquemment d'un logement de fonction sommaire sur le lieu de travail) pour y loger le médecin...

Absence d'infrastructure de travail

Les CSI, construits sur des plans standards, n'avaient évidemment aucun bureau disponible pour le médecin. Ils ne comportent pas de salle d'hospitalisation. Il n'y a pas non au niveau des CSI de laboratoire pour les examens biologiques élémentaires qui sont pourtant la base de la compétence des médecins.

Non prise en compte des besoins locaux en personnel

On a constaté divers cas d'affectations particulièrement absurdes d'un médecin communal. Parfois, le CSI n'est qu'une case de santé nouvellement transformée en CSI réduit, ou il s'agit d'un CSI de type 1 dépourvu d'une maternité. Parfois il s'agit d'un CSI au personnel déjà suffisant avec un major très compétent à sa tête, alors qu'un autre village de la commune, plus peuplé que le chef-lieu de commune et marché important, est démuné...

Le résultat : désertions et absentéismes

Le bilan, après deux ans, est assez négatif, bien qu'il existe diverses exceptions réussies. Le Ministère, on s'en doute, ne communique pas sur cette question, et il est impossible de trouver des chiffres fiables sur le nombre de médecins qui se sont désistés, d'autant que les abandons de poste sont loin d'être toujours déclarés officiellement.

A titre d'indication, l'enquête de Moha a montré que dans le district de Dosso seuls 3 médecins affectés sur 11 sont encore en poste.

Cette même enquête a permis à Mahaman Moha de distinguer 3 catégories de médecins : ceux qui ont déserté, ceux qui sont officiellement restés mais se caractérisent par leur absentéisme, et ceux qui se sont intégrés (les moins nombreux).

Les déserteurs

Certains ont refusé dès le départ de rejoindre leur poste quand ils ont appris qu'ils avaient été nommés dans tel ou tel village reculé, et ils ont rompu leur contrat. D'autres ont fait le voyage mais sont vite repartis, démoralisés par les conditions de vie et de travail qu'ils sont trouvées sur place.

Les épisodiques

Ceux-là jouent le jeu en apparence, mais disparaissent le plus souvent possible. Dans les cas extrêmes, qui ne sont pas si rares, le médecin habite en ville, au loin, et n'est présent dans le CSI qu'un ou deux jours par semaine. Cet « absentéisme résidentiel » (Moha) repose sur des horaires « auto-aménagés » et une coupure entre lieu de résidence et lieu de travail qui fait que le médecin « s'auto-dispense » de gardes et d'astreintes (cf. le cas d'un médecin communal dans le district de Boboye qui vit à Niamey, à 100 km de distance).

Mais les médecins communaux ne sont pas les premiers à utiliser cette stratégie : ils ont été précédés depuis longtemps par des sages-femmes dont les époux sont en ville et qui soit y habitent aussi, soit y reviennent bien plus souvent que ce que les horaires officiels autorisent. Le problème bien connu des sages-femmes refusant de vivre en brousse parce qu'elles ont des conjoints fonctionnaires urbains (souvent hauts fonctionnaires)³², et qu'elles sont habituées à un mode de vie urbain, s'est donc étendu désormais aux médecins dès lors que ceux-ci sont affectés « en brousse ».

Les intégrés

Ils constituent une minorité. Abandonnés à eux-mêmes comme les autres médecins affectés en milieu rural, ils ont décidé de jouer le jeu, et de se débrouiller sur place. Ne bénéficiant d'aucun appui du Ministère, ils ont souvent cherché des appuis locaux, du côté des maires, des chefs ou des notables.

Ils ne sont certes pas tous réformateurs, mais c'est parmi eux qu'on trouve des réformateurs, ceux justement sur lesquels une réforme du service public devrait s'appuyer (cf. ci-dessous, à propos des « réformateurs de la ligne de front »).

³² Cf. Jaffré & Prual 1993.

NORMES PRATIQUES DANS L'ÉDUCATION ET LA SANTÉ

LES NORMES PRATIQUES SPÉCIFIQUES À L'ÉDUCATION ET LES NŒUDS CRITIQUES

« Ce n'est pas de baisse de niveau qu'il faut parler mais plutôt de perte de niveau tellement tout est à terre » (enseignant du primaire titulaire, notes d'entretien A.D.)

« C'est le niveau même des élèves qui est très inquiétant. Ils ne comprennent quasiment pas ce que nous leur enseignons. Certains ne comprennent même pas le français, surtout entre la 6^{ème} et la 4^{ème} » (enseignant CES, notes d'entretien A.B.)

La très mauvaise qualité de l'enseignement délivré est le problème n°1, trop longtemps masqué par des considérations essentiellement quantitatives (nombre d'écoles construites, nombre d'enfants scolarisés, etc...), du fait des indicateurs eux-mêmes exclusivement quantitatifs retenus au niveau mondial. Il est vrai aussi que la forte pression démographique (un taux d'accroissement de 3% par an) pousse à privilégier les approches quantitatives.

« Le Niger a fait le choix de la quantité et non de la qualité » (un professeur de français de collège, notes d'entretien S.B.)

« Je préfère avoir peu d'enfants scolarisés qui savent lire et écrire que tous les enfants du département scolarisés mais qui ne savent ni lire ni écrire ! » (enseignante magasinnière, notes d'entretien A.B.)

« L'Etat ne veut plus de la qualité mais plutôt de la quantité. En moins de 10 ans, le taux de brut de scolarisation est passé d'environ 60% à plus de 95% en 2012. Certains avancent même le taux de 97%. Comment voulez-vous, dans de telles conditions, attendre des résultats satisfaisants avec des enseignants qui n'ont aucun repère, aucune vocation et aucune perspective de carrière ? C'est l'Etat du Niger qui est responsable de la décadence de l'école nigérienne. Il faut qu'il arrête d'accepter les yeux fermés les injonctions des soi-disant partenaires de l'éducation » (instituteur retraité, notes d'entretien A.B.)

Cette mauvaise qualité de l'enseignement renvoie à la fois aux comportements des enseignants et à la politique éducative suivie par l'Etat et les institutions internationales. Dans les deux cas les normes pratiques sont centrales. Nous nous focaliserons sur quatre nœuds critiques, relatifs directement ou indirectement à la qualité de l'enseignement : les Ecoles

normales d'instituteurs (ENI); les multiples combines, tricheries et arrangements (*adyara*); le problème des contractuels; et la faillite des supervisions, évaluations et rapports routiniers.

Bien sûr il y d'autres nœuds critiques que nous ne développerons pas ici : par exemple le découpage du champ éducatif en 4 Ministères³³, pour des raisons relevant du clientélisme politique (pouvoir distribuer des postes de Ministres à des politiciens amis ou alliés); ou encore la non application de la LOSEN (loi d'orientation du système éducatif nigérien), et en particulier des mécanismes de contrôle de la qualité...

La formation des enseignants et les écoles normales d'instituteurs (ENI)

« Aujourd'hui la formation dans les écoles normales est tellement dévalorisée qu'elle est proposée aux personnes qui ont échoué dans leurs études : « *Comme tu as échoué partout, il faut aller faire l'école normale pour devenir enseignant, c'est mieux que de chômer* » (conseiller pédagogique, notes d'entretien A.B.)

En ce qui concerne l'enseignement secondaire (CES, complexes d'enseignement secondaire) la majorité des enseignants ne sont pas passés par une formation professionnelle, et ont été recrutés sur diplôme (bac, licence), souvent après avoir effectué leur service civique dans l'enseignement.

Par contre, pour l'enseignement primaire, les ENI sont le maillon stratégique essentiel de la formation des instituteurs, et sont censées être les garantes de la qualité de l'enseignement. Pourtant, entre 2006 et 2008, la durée de la formation dans les écoles normales pour les futurs instituteurs de la fonction publique, qui était auparavant de trois ans, puis de deux ans, a été

³³ Ministère de l'enseignement primaire, de l'alphabétisation, de la promotion des langues nationales et de l'éducation civique; Ministère de l'enseignement secondaire; Ministère des enseignements professionnels et techniques; Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.

ramenée à un an, dans le souci d'atteindre l'objectif fixé par le projet Education III de la Banque mondiale qui visait à former entre 450 et 750 enseignants par an (ce qui s'est fait évidemment aux dépens de la qualité de la formation !). Les élèves sont recrutés sur concours au niveau du BEPC pour les instituteurs adjoints, et du baccalauréat pour les instituteurs.

A partir de 2007 les écoles normales sont devenues des établissements publics à caractère administratif, leur accordant une autonomie de gestion, entre autres afin de générer des ressources supplémentaires pour faire face aux charges de fonctionnement que l'Etat a de plus en plus du mal à supporter. De fait, l'accès n'est plus limité à ceux qui ont réussi le concours d'entrée mais il est ouvert à tout titulaire du BEPC ou du bac qui peut payer des frais d'inscriptions à titre privé, ce qui entraîne des admissions d'élèves instituteurs de faible niveau.

Des candidats ayant échoué au concours sont revenus s'inscrire à l'ENI à titre privé...

Pour le concours d'entrée, l'Etat fixe désormais un nombre de candidats à admettre, quel que soit leur niveau

« Par exemple, si cette année on a besoin de former 5.000 enseignants, pour avoir ce nombre il faut repêcher même les candidats qui ont 3/20, la conséquence c'est que les élèves maîtres n'auront pas le niveau pour pouvoir apprendre et pouvoir enseigner » (ancien enseignant d'Ecole normale, notes d'entretien A.H. et S.B.)

Quant aux examens de fin de formation, tout le monde est admis.

« En 2012, les résultats de nos examens étaient de 60% de réussite. Le Ministère a réagi pour dire que les résultats ne correspondaient pas à ce qu'ils attendent. L'année suivante le taux de réussite a été de presque 100%, mais c'est juste pour plaire au Ministère qu'on a fait ce taux » (ancien enseignant d'Ecole normale, notes d'entretien A.H. et S.B.)

Néanmoins, on doit signaler une tentative de redressement depuis deux ans, puisque le taux d'échec tourne autour de 40%.

Une autre décision néfaste a été la fin de l'obligation décennale, c'est-à-dire de l'exigence, pour tout élève des ENI, de rester enseignant 10 ans dans le service public après sa formation. Cette obligation permettait d'affecter les enseignants à l'intérieur du pays. Désormais, tout enseignant mécontent de son affectation peut quitter du jour au lendemain le service public.

Une mauvaise formation dans les ENI

De l'avis général, la formation délivrée dans les ENI est de mauvaise qualité, pour diverses raisons. Les enseignants des ENI manquent eux-mêmes de compétences. Ils découvrent les programmes en même temps que leurs élèves.

Un autre problème majeur concerne les stages. Le stage des élèves instituteurs dans des classes, auprès d'enseignants confirmés, a toujours été un élément clé de leur formation. Pourtant, ce stage de 3 mois a été ramené en 45 jours en fin d'année, ce qui témoigne clairement du peu d'intérêt du Ministère concerné à l'époque pour la qualité de l'enseignement. Diverses stratégies de faveurs ou de corruption se déploient autour des stages

Certains ne font pas le stage, s'ils ont des « bonnes relations », mais on leur donne quand même de bonnes notes

Une formation permanente délaissée

Comme la formation initiale, la formation permanente témoigne du désintérêt de l'Etat relativement à la qualité des enseignants.

Les CAPED (cellules d'animation pédagogique) ont été intégrées dans le PDDE (programme décennal de développement de l'éducation au Niger 1992 -2012) et ont bénéficié du soutien de l'Etat, afin d'être organisés et

financés au niveau des écoles et des secteurs pédagogiques (regroupement de plusieurs écoles sous la responsabilité d'un conseiller pédagogique). Mais ce dispositif stratégique de formation permanente a perdu de fait tout financement de l'Etat, devenu incapable de respecter ses engagements relatifs aux CAPED, et les CAPED ont de fait disparu.

Certaines réactions positives (stratégies palliatives) à la disparition des CAPED, au niveau local, doivent être signalées : il s'agit de l'organisation, à l'initiative d'enseignants, de directeurs d'écoles ou de conseillers pédagogiques, de « mini CAPED », autrement dit de réunions pédagogiques, au niveau d'un établissement ou d'une commune, financés avec les moyens du bord (par exemple des cotisations, ou un appui de la municipalité ; cf. ci-dessous).

Les formations sont, dans l'enseignement comme ailleurs, soumis à la norme pratique des per-diems, devenus la motivation principale pour les participants.

« Sans per-diems pas de formation au Niger, c'est grave ! J'en connais des formations qui ont été boycottées pour absence de per-diems » (enseignant de CES, notes d'entretien A.B.)

Les multiples combines, tricheries et « arrangements »

Un autre nœud critique porte sur les multiples négociations informelles, contraires aux lois et à la déontologie de l'éducation nationale, qui interviennent en permanence, et relèvent pour l'essentiel de ce qu'on appelle ordinairement « corruption », souvent euphémisée en langue haoussa sous le nom de *adyara*, « arrangements ». La palette de ces pratiques est large. Le plus souvent, bien qu'elles soient largement connues, elles ne sont pas dénoncées, et les éventuelles (et très rares) enquêtes des inspections sont étouffées.

Les réintégrations dans le public

Les élèves exclus ou redoublants du public sont inscrits dans un autre établissement public ou dans le privé pour pouvoir réintégrer à nouveau le public. Cette pratique est qualifiée de « transfert ».

« Les transferts du privé au public sont devenus monnaie courante ces dernières années. Ils sont de deux types : un transfert « négocié » où on donne de l'argent à celui qui va le faire, et un autre où c'est une autorité publique qui va donner l'ordre et dans ce cas si l'agent ne le fait pas il peut perdre sa place » (proviseur collège privé, notes d'entretien A.H.)

Ces transferts abusifs se font de trois manières, qui peuvent être plus ou moins cumulées : soit par le biais de l'intervention de cadres de l'éducation haut placés, soit par corruption, soit par des faux.

« Il y a une fraude massive sur les transferts des élèves. En 2016 il y a eu 56 cas de faux transferts de Kollo à Niamey » (proviseur collège privé)

Une affaire du même ordre, plus massive, qui a été rendue publique, est intervenue à Tchadoua :

Selon le récit du maire, le proviseur du collège de sa commune, qui était aussi l'ancien maire, avait organisé avec la complicité du censeur et de certains professeurs un système lucratif de réinsertion massive dans l'école publique (près de 500 cas) d'élèves autrefois exclus auxquels il garantissait de ne plus redoubler et de réussir les examens. Des enseignants qui avaient dénoncé cette pratique ont été écartés de la surveillance et la correction des épreuves du brevet et du bac : « puisque c'était des recrutements avec promesse de réussite, ceux qui ne sont pas du système n'allaient jamais accepter de laisser les élèves tricher, et donc les enseignants qui étaient contre le système ont été écartés » (maire, notes de terrain A.H et A.B.).

Falsifications des bulletins

Celle-ci est largement pratiquée, par divers acteurs

- Par les élèves pour montrer à leurs parents

« La moyenne sur le bulletin n'est pas un signe que l'enfant travaille bien, parce que les enfants trichent avant d'amener les bulletins, ils falsifient les bulletins » (proviseur collège privé, notes d'entretien A.H.)

- Par les familles et les élèves pour entrer dans une nouvelle école ou pour bénéficier de bourses ou d'orientations
- Par des enseignants soudoyés par des parents

Beaucoup de bulletins avec blanco !!! « Durant mon service à Gaya, un enseignant a lui-même modifié un bulletin, l'élève avait eu 4/20, et il modifie la note pour lui donner 14/20. C'est dans la case réservée à l'appréciation de l'enseignant qu'on l'a remarqué, il a 14/20 mais l'appréciation est 'médiocre', il y a une contradiction. L'enseignant était interpellé verbalement par tout le monde mais par la suite rien n'a été poursuivi. C'est fréquent de voir un élève négocier avec le professeur responsable de sa classe pour les notes » (professeur de CEG, notes d'entretien S.B.)

Paiements pour maintiens ou passages

En ce cas, fréquent, des parents payent un enseignant ou un directeur pour que leur enfant soit maintenu dans l'établissement (alors qu'il devrait être exclu) ou pour faire admettre leur enfant en classe supérieure (alors qu'il devrait redoubler).

Les relations avec le privé

La direction de l'enseignement privé au Ministère (DEPRI) est connue comme un lieu de « mangement », c'est-à-dire de corruption. Certains promoteurs d'écoles privées « achètent » ainsi des autorisations des établissements scolaires.

Beaucoup d'enseignants du public travaillent aussi dans des écoles privées, où ils sont payés à l'heure, le plus souvent sans être déclarés et sans payer d'impôt.

« Les enseignants que nous recrutons sont dans le public, en majorité des contractuels, sur 29 enseignants seulement 2 sont permanents, ce n'est pas difficile

de recruter des contractuels du public, ils ont fait 3 mois sans pécule, ils sont bon marché » (proviseur de collège privé, in notes d'entretien A.H.)

Tricheries lors des examens et achats de diplômes

« Il y a des fraudes à tous les concours au Niger, les examens sont truqués... » (professeur de français au collège, notes d'entretien S.B.)

Certains surveillants, par « bonté », lâcheté ou complaisance, ne dénoncent pas les candidats qui trichent, d'autres acceptent de l'argent pour fermer les yeux. L'usage du téléphone pour tricher se généralise.

« A l'Ecole normale, il y a des enseignants qu'on appelle *yan Ajanna* (les enfants du Paradis) parce qu'ils permettent aux élèves de faire tout ce qu'ils veulent [tricher] au cours des examens. Un jour, quand je surveillais un examen, les élèves m'ont dit : 'celui qui a surveillé hier était bon, il faut que vous soyez bon aussi' » (ancien enseignant d'Ecole normale, notes d'entretien A.H. et S.B.)

Mais il y a aussi l'achat de diplôme auprès des enseignants qui corrigent les copies ou auprès des administratifs qui recensent les notes

Selon un proviseur et un censeur, le BEPC se négocierait à 50.000 FCFA, le baccalauréat à 150.000 FCFA

« La corruption est ancrée dans nos mœurs à tous les niveaux. C'est le comportement typique des Nigériens. La corruption a gangrené le système éducatif avec les faux diplômes » (un cadre du Ministère de l'agriculture, notes d'entretien AH)

« On l'habitude de voir des vendeuses de mangues avoir le BEPC ! Ce sont des cas que nous connaissons » (proviseur de collège, notes d'entretien AD)

En 2010 une enquête de la HALCIA a permis d'identifier 20 enseignants dans le seul centre d'examen de Kollo qui avaient vendu des diplômes. En mars 2017 le Ministre de l'éducation a annoncé au Parlement avoir repéré plus de 300 enseignants détenteurs de faux diplômes (baccalauréat ou brevet).

Le commerçant Zakey, célèbre au Niger pour ses pratiques corruptives, aurait amorcé la circulation massive de faux diplômes dans la zone de Ouallam en distribuant de faux brevets à ses partisans afin qu'ils puissent candidater aux

élections locales (depuis 2010, la possession d'un brevet est une condition pour avoir le droit de se présenter aux élections locales). Par la suite, ceux qui n'avaient pas été élus ont utilisés, bientôt suivis par d'autres, ces faux diplômes pour être recrutés comme enseignants contractuels (un cadre de la HALCIA, notes d'entretien O.S.)

Embauche d'enseignants fictifs ou sans diplômes

Cette pratique concerne surtout les contractuels de l'éducation, recrutés au niveau de des directions régionales. Celles-ci demandent parfois aux inspecteurs de procéder eux-mêmes au remplacement d'enseignants contractuels démissionnaires. Certains inspecteurs ont alors embauché des parents sans diplôme, ou avec le diplôme de quelqu'un d'autre.

Le problème des contractuels

« Concernant le recrutement direct des contractuels à la fonction publique, je trouve que c'est une grosse erreur que le gouvernement fait. Comment peut-on recruter dans un secteur aussi stratégique que l'éducation un nombre aussi important d'enseignants sans aucune formation, sans éthique et sans morale professionnelle ? Si le secteur éducatif est dans l'état dans lequel il est, c'est en grande partie à cause des départs volontaires, des départs forcés à la retraite pour les enseignants qui ont plus de 30 ans de service et leur remplacement par des contractuels » (inspectrice de l'enseignement primaire, notes d'entretien A.B.)

Le département de Kollo compte 974 enseignants contractuels pour 272 titulaires.

« Depuis la rentrée, toute la journée les contractuels sont sous les arbres, ils n'enseignent pas » (gardien d'école primaire, notes d'entretien A.H.)

L'Etat du Niger, sur proposition de la Banque mondiale, a créé en septembre 1998 le système de volontariat de l'éducation. Le recrutement des volontaires, destinés à servir principalement dans l'enseignement primaire, mais aussi dans le secondaire, se fait à travers un test ouvert aux jeunes Nigériens sans emploi, âgés de 18 à 35 ans, titulaires de l'un des diplômes suivants : BEPC (brevet d'études du premier cycle), CFEEN (certificat de fin d'études de l'école normale) ou baccalauréat.

Sous la pression du syndicat des volontaires de l'éducation, demandant l'intégration à la fonction publique nigérienne, le système du volontariat fut abrogé pour être remplacé par le système du contrat en 2003. Le mode de recrutement restait le même mais les pécules devenaient des salaires et passaient de 35.000 FCFA à 40.000 FCFA. Aujourd'hui, suite à de nombreuses grèves, ils vont de 75.000 FCFA (primaire) à 100.000 FCFA (secondaire). Près de 4.000 contractuels sont recrutés chaque année.

Les contractuels ne sont pas intégrés à la fonction publique, mais bénéficient d'une inscription à la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) et d'une pension retraite. Les contractuels sont recrutés au niveau des directions régionales, qui les affectent dans les départements, lesquels les affectent dans les écoles.

Ils enseignent directement sans passer par les écoles normales, mais reçoivent, après quatre années de service, une formation de 45 jours sanctionnée d'un diplôme.

Environ 80 % du total des effectifs enseignants du primaire sont des contractuels,³⁴. Cette conséquence à long terme des mesures d'ajustement structurel de la fin des années 80, amplifiées par la politique des gouvernements nigériens successifs, a abouti à ce que chaque mois les contractuels du primaire coûtent aujourd'hui 5 milliards à l'Etat.

³⁴ 59.000 contractuels sur 73.000 enseignants. Ils sont payés à partir de 75.000 FCFA par mois, la moitié de ce que touche un enseignant titulaire débutant.

Niveau catastrophique

« On confie une classe à un enseignant qui n'a aucune notion de base, aucun motivation » (enseignant du primaire, syndicaliste, in notes d'entretien S.B.)

Ces enseignants contractuels sont en général d'un faible ou très faible niveau. Ils sont recrutés localement, sans contrôle des compétences (le diplôme du BEPC, lui-même de faible niveau, est en outre souvent acheté), mais parfois sans diplôme ou avec de faux diplômes (cf. ci-dessus). Ils ne passent pas par une formation avant d'exercer.

En outre, du fait d'accords entre le gouvernement et les centrales syndicales, plusieurs milliers de contractuels ont été intégrés dans la fonction publique (ils ont bénéficié de numéros matricules) sans concours, sans bénéficier d'une formation, et sans que leur niveau figure parmi les critères de recrutement.

« Lors des accords de 2008 avec le gouvernement avait promis de recruter 12.000 contractuels à la fonction publique. Il faut préciser que les critères du recrutement à la fonction publique sont l'ancienneté, l'âge et la situation matrimoniale. Malheureusement, dans la pratique, les critères de recrutement ne sont pas respectés. D'autres critères ont été utilisés comme l'appartenance à des partis politique, les PAC... Le SYNACEB a officiellement protesté en se retirant de la commission chargée de proposer sur la base des dossiers les enseignants contractuels à recruter. Mieux, le SYNACEB avait même saisi la HALCIA mais en vain, il n'y a pas eu d'enquête. Le SYNACEB a finalement demandé à ses militants de refuser les matricules pour protester contre les fraudes et les magouilles. Mais cette action de lutte s'était finalement retournée contre le SYNACEB parce que d'autres syndicats comme le SNEN ou la centrale CPRASE ont accepté les matricules et le SYNACEB a été présenté comme un syndicat qui ne voulait pas que les contractuels aient des numéros matricules... » (secrétaire général du SYNACEB, notes d'entretien A.B.)

Le ministre de l'éducation primaire a déclaré publiquement en février 2017 que selon une enquête en sa possession 50% des élèves du cours préparatoire lisaient à peine une seule lettre de l'alphabet.

NORMES PRATIQUES DANS L'ÉDUCATION ET LA SANTÉ

Le PASEC (Programme sectoriel de l'éducation et de la formation 2014-2024) avait déjà fait état de ce que selon « un rapport d'Etat sur le système éducatif national du Niger (RESEN) qui a été publié en 2010 (...) les résultats des tests PASEC et DESAS en fin de cycle de base montrent que les élèves ne maîtrisent en moyenne que moins de la moitié des contenus des programmes (...). En CM2 plus de 72% des élèves sont en dessous du seuil minimal en français »

Les tests de connaissance effectuée en juillet 2017 auprès de tous les contractuels du primaire ont été catastrophiques (cf. ci-dessous).

Toutefois, il y a des exceptions :

« La venue des contractuels n'est pas à l'origine de la baisse de niveau, sur le terrain beaucoup de contractuels sont mieux que les titulaires car certains ont un niveau universitaire et d'autres ont reçu une formation pédagogique à l'école normale » (conseiller pédagogique, notes d'entretien A.D.)

Grèves et absences

Rappelons (cf. ci-dessus) que les contractuels quittent leur école la dernière semaine de chaque mois pour toucher leur salaire au chef-lieu de département, mais parfois en vain. Il y a en effet des retards récurrents de paiement des personnels contractuels. Les arriérés atteignent souvent 2 à 3 mois, parfois 4. En conséquence, de nombreuses grèves se sont succédé. A eux seuls les contractuels ont fait plus de 4 mois de grève en 2016.

« Ils sont tout le temps en grève et ils constituent plus de 95% des enseignants dans le département de Ouallam » (directeur départemental de l'enseignement secondaire, notes d'entretien A.B.).

En dehors même des grèves, de nombreux contractuels ne font pas classe quand ils ont trop de retard. Ils restent « sous les arbres », non dans leur

classe. On évoque aussi la « règle de 8 » : si le 8 de chaque mois les contractuels ne sont pas payés, ils refusent d'enseigner, ce qui arrive souvent.

« Avec les 3 mois de salaires non payés, les contractuels viennent seulement s'asseoir à l'école, passer beaucoup de temps sans rien faire » (enseignant du primaire, syndicaliste, notes d'entretien S.B.)

Les contractuels sont aussi moins stables, et peuvent disparaître du jour au lendemain.

« Quand on envoie des contractuels dans des villages enclavés, ils ne partent pas ou ils partent faire leur prise de service et ils disparaissent » (chef du personnel, direction départementale des enseignements secondaires, notes d'entretien A.H.)

Doublons et enseignants fictifs

Quand les contractuels quittent l'éducation (par exemple pour entrer dans l'armée ou la police), leurs noms restent parfois sur les états de paiement au niveau du chef-lieu de région (qui les a recruté et affecté) : ils continuent alors à toucher leur salaire d'enseignant, ou bien quelqu'un touche pour eux ce salaire sans qu'ils soient eux-mêmes au courant.

Il en est de même si un contractuel est transféré dans une autre région : il reste parfois aussi payé dans son ancienne région. La HALCIA a fait suspendre tous les enseignants « doublons » : mais ceci est contesté par les syndicats dans la mesure où parfois (souvent ?) les enseignants concernés ne sont pas au courant et ne touchent pas eux-mêmes leur ancien salaire, qui va dans la poche d'administratifs ou d'inspecteurs.

La pratique des doublons implique souvent des complicités dans la chaîne de paiement, de faux émargements, et même une rétrocession éventuelle à la hiérarchie. Ce sont ces doublons qui expliquent entre autres le chiffre de

quelques 3.000 enseignants fictifs, révélé par une enquête approfondie de la HALCIA menée en 2016.

Supervisions, évaluations et rapportage : une faillite

Supervisions

Dans les textes (PDDE), 72 visites de classes sont prévues par an et par secteur pédagogique, quel que soit le nombre d'écoles (9 visites de classes par mois). La réalité est très différente : parfois 2 seulement ! Chaque enseignant devrait être visité deux fois par an, beaucoup ne l'ont pas été depuis plusieurs années.

« Puisqu'il n'y a pratiquement personne pour nous évaluer et nous corriger, on navigue à vue comme on dit... Personnellement, cela fait 3 ans que je suis dans ce CES et je n'ai jamais été évalué » (enseignant, notes d'entretien A.B.)

Les écoles et les classes à superviser sont averties d'avance du passage de l'équipe d'encadrement.

Rapports

Les rapports annuels des établissements devraient arriver en fin d'année scolaire pour permettre de définir les besoins en enseignants et infrastructures pour l'année suivante ; mais ils arrivent en début d'année suivante, et donc ne permettent aucune prévision !

Evaluations

Les diverses réformes ne sont jamais évaluées.

LA CORRUPTION AU SEIN DES NORMES PRATIQUES

Nous n'avons pas, jusqu'ici, focalisé notre analyse sur la seule corruption. Néanmoins de nombreux comportements que nous avons évoqués relèvent clairement de ce qu'on appelle habituellement « corruption », comme la partie ci-dessus sur « *les multiples combines, tricheries et arrangements* » au sein de l'éducation nationale, laquelle pourrait donner lieu à une liste très similaire dans la santé (divers exemples ont d'ailleurs été cités à propos de la santé maternelle).

La corruption (au sens large) est devenue systémique au Niger, en ce qu'elle est désormais généralisée (du haut en bas de l'Etat, et du côté des fonctionnaires comme du côté des citoyens et usagers) et banalisée (elle fait partie des routines quotidiennes)³⁵. Payer un agent de l'Etat soit pour qu'il fournisse le service légal qu'il est censé effectuer gratuitement, soit pour qu'il fournisse un service illégal, faire de fausses missions ou de fausses factures, recevoir des « commissions » de commerçants à qui on a procuré un marché ; percevoir un ou deux mois de salaire de quelqu'un qu'on recrute ou à qui on procure une affectation favorable : ce sont des comportements qui n'étonnent plus personne, même si nombreux sont ceux qui le déplorent³⁶.

³⁵ Une étude socio-anthropologique approfondie sur la « petite corruption » a été menée au Niger, au Bénin et au Sénégal, de 1998 à 2000, sur financement de la Commission européenne et de la Coopération suisse, avec la participation active des chercheurs du LASDEL (cf. Tidjani Alou, 2001, 2002, 2005, 2007 ; Bako Arifari, 2007b ; Olivier de Sardan, Bako Arifari & Moumouni, 2007 ; Blundo & Olivier de Sardan, eds, 2007).

³⁶ Pour une analyse comparative des formes de « petite corruption » au Bénin, Niger et Sénégal et la distinction entre « sept formes élémentaires de la corruption », cf. Blundo & Olivier de Sardan, 2007.

Des frontières brouillées

Mais, en fait, les frontières entre la corruption et d'autres types de comportements non observants, comme l'interventionnisme, le favoritisme, le népotisme le clientélisme ou le cumul de deux fonctions (privé et public), sont très poreuses ou brouillées et particulièrement difficiles à tracer d'un point de vue empirique, comme des études précédentes menées au Niger (mais aussi au Bénin et au Sénégal) l'ont montré (voir Blundo & Olivier de Sardan 2007).

Prenons quatre exemples entre mille de ces frontières brouillées.

La vente de médicaments

Le commerce de médicaments, mais aussi d'autres produits exigés par le système de santé, est généralisé depuis longtemps parmi les agents de santé et les personnels auxiliaires

« [Dans] le bureau "fétiche" du major, il entreposerait entre autres des médicaments représentant des reliquats des dotations antérieures et qu'il gère à sa guise. En effet, ces médicaments sont soit vendus aux malades anonymes, soit gracieusement servis aux PAC (parents, amis et connaissances). La stratégie adoptée avec les premiers consiste dans un premier temps à leur délivrer systématiquement une ordonnance à l'issue de la consultation, puis leur proposer par la suite les produits prescrits afin dit-on de leur éviter le long trajet pour la pharmacie du coin (...). Il est aidé dans ce commerce illicite par le gardien ou le manœuvre du centre » (Moussa, 2003 : 369)

Ces ventes constituent un comportement clairement non observant, grâce auquel les soignants obtiennent des bénéfices indus. Mais s'agit-il de « corruption » ? Certes ils ne devraient pas vendre eux-mêmes des médicaments, mais qui lèsent-ils ? Le très prospère circuit pharmaceutique n'est pas vraiment menacé et ne portera jamais plainte ! Les soignants légitiment d'ailleurs cette pratique par le fait qu'elle rend service aux patients, qui sinon devraient aller au loin trouver une pharmacie ouverte. Si

l'on considère maintenant comment les soignants se procurent ces médicaments, on découvre cinq filières de statut très différent³⁷ : les dons de délégués médicaux ou de médecins, l'achat direct en pharmacie, l'achat dans le circuit informel (grossistes du grand marché), la récupération de reliquats de produits administrés aux clients, et le détournement des médicaments dont dispose la formation sanitaire. Il est difficile de qualifier les trois premières filières de délits (encore moins de corruption), la quatrième est à la limite et la cinquième seule relève du larcin.

Les épiziotomies abusives

Une forme d'extorsion « cachée » est la pratique abusive des épiziotomies dans les maternités. Mais elle est très difficile à détecter et à isoler d'autres motifs d'épiziotomies. Nécessaires parfois pour permettre un accouchement difficile par voie basse, les épiziotomies sont souvent pratiquées de façon excessive, pour deux raisons majeures, la facilité et la cupidité. Pour le premier motif (la facilité), il s'agit de raccourcir le travail et d'éviter à la sage-femme d'avoir à recourir à des manœuvres plus délicates³⁸. Pour le second motif (la cupidité), on cherche une source de revenu en vendant « informellement » le fil de la suture aux parturientes. Les deux motifs s'entremêlent, et en outre se combinent à des cas où l'épiziotomie est bel et bien nécessaire.

³⁷ Cf. Souley 2001

³⁸ C'est ce motif qui est à l'origine de pratiques identiques (recours excessif à l'épiziotomie) relevées récemment en France, et dénoncées comme des maltraitances. Par contre aucune recherche de gain n'est impliquée, contrairement au cas du Niger et des pays voisins.

Les cours particuliers

Il est fréquent que les enseignants jouent aussi le rôle de répétiteurs en dehors de leurs heures de travail dans le public. Les cours particuliers sont très répandus, et il s'agit d'une ressource complémentaire significative pour nombre d'enseignants. Mais lorsque ces cours sont donnés auprès d'un enfant que le maître ou le professeur a dans sa propre classe, il est sous-entendu que ce dernier bénéficiera d'une indulgence particulière pour les notes, ou que l'enseignant le fera travailler à l'avance sur les sujets qu'il donnera en classe pour les contrôles, voir même qu'il lui fournira l'intitulé .

La question des « cadeaux »

Les cadeaux de la part des usagers sont considérés, surtout par les agents de l'Etat qui en bénéficient, comme des actes légitimes, émanant de la « culture traditionnelle ».

« Je ne pense pas s'il faut appeler corruption un cadeau fait à un infirmier par un usager qui sort satisfait d'une prestation médicale » (infirmier, hôpital Niamey).

Mais pour les usagers, il s'agit bien souvent de cadeaux forcés ou extorqués.

« Voilà quatre jours que mon fils traîne un pansement qui devrait être en principe renouvelé tous les deux jours mais il n'en est rien parce que nous n'avons pas de quoi donner aux infirmiers (*lokotoro izey*) qui s'attendent à une gratification. À côté, je remarque la manière dont ils s'occupent convenablement de notre voisin de chambre. Son fils est commerçant et leur donne souvent de petites gratifications. C'est pourquoi ils s'occupent bien de son père » (un accompagnant, cité in Tidjani Alou 2002).

Entre ces deux versions, se situe une forme intermédiaire, où le cadeau vient récompenser une « faveur » qui s'écarte du protocole officiel.

« Les trois accompagnants sortent du véhicule et se dirigent vers le bureau du major de la B4. Ils avancent à pas hésitants, l'air un peu perdu et les visages fermés. Arrivés à l'entrée du bureau juste au moment de franchir la porte, ils sont interceptés par le manœuvre. Après quelques salutations d'usage comme s'il les connaissait de longue date, il se saisit de leur fiche de référence et les invite à l'attendre à quelques mètres de là. Puis, il va trouver l'infirmière de garde à qui il tend le papier. Cette dernière, la tête plongée dans un registre qu'elle a l'air de remplir soigneusement, pousse le papier d'un geste furtif en disant qu'il n'y a pas de lit disponible dans le pavillon. Le manœuvre ne désarme pas. Il continue au B1. Quelques blagues et des échanges de mots avec un infirmier trouvé sur les lieux, et le tour est gagné. Il se précipite alors dans un couloir et se saisit d'un brancard qu'il dirigea vers le véhicule à bord duquel le vieil homme est allongé. Il se fait aider par les trois accompagnants, eux-mêmes visiblement satisfaits. A quatre, ils transportent le malade jusqu'à son lit. Au moment de se retirer de la salle, le manœuvre est interpellé par un des accompagnants qui lui tend quelques billets et des pièces de monnaie. Sa première réaction est de retourner chez son complice à qui il présente son gain » (Moumouni & Souley, 2004)

XXX

C'est pour tenir compte de ces flous, de ces imbrications, de ces recouvrements, sans cesse présents dans les matériaux empiriques, que nous avons fait le choix délibéré d'insérer les pratiques habituellement qualifiées de corruptives dans un ensemble plus large de comportements non observants³⁹. Dans les analyses précédentes, les diverses « formes élémentaires de la corruption » sont enchâssées dans toute une gamme bien plus vaste de normes pratiques, parfois transgressives (comme la plupart des pratiques habituellement qualifiées de corruptives, mais pas toutes), parfois quasi-tolérées, parfois adaptatives, parfois palliatives.

Nous évoquerons néanmoins, pour finir, trois ensembles de pratiques très généralement qualifiées de corruptives, qui interviennent de façon importante dans la santé et l'éducation, et que nous n'avons pas mentionnées

³⁹ Ce choix permet aussi d'éviter de reprendre à notre compte les acceptions normatives lourdes que véhicule le terme de « corruption », utilisé pour dénoncer et stigmatiser les pratiques d'autrui dont on s'estime victime, alors qu'on justifie et légitime ces mêmes pratiques lorsqu'il s'agit de soi-même et qu'on en bénéficie.

jusqu'ici : l'attribution truquée de marchés publics, les fausses missions, et l'achat de postes.

Les marchés publics

Ce sont de grands sites de corruption dans l'éducation comme dans la santé, où les appels d'offre sont « arrangés » malgré les règles du jeu imposées par les bailleurs, où circulent les commissions et les rétro-commissions, et où souvent les prestations sont non conformes, inachevées ou fictives. Il s'agit des constructions et de réhabilitations de classes et d'établissements scolaires, des mobiliers, des fournitures scolaires, d'un côté ; des constructions de cases de santé, de CSI, d'hôpitaux, des matériels médicaux, des intrants, de l'autre côté.

Beaucoup de marchés de construction de classes ont été attribués à des fournisseurs amis incapables de les exécuter ; de nombreuses classes ne respectant pas les normes techniques ont été réceptionnées, elles s'effondrent à la première pluie ; des tables et bancs facturés n'arrivent jamais dans les établissements ; on déplace un même lot de matériel de site en site pour les réceptions ou les inaugurations (un cadre de la HALCIA, notes d'entretien O.S.)

L'interventionnisme souligné plus haut joue pour les achats, de façon permanente, afin de favoriser des commerçants « amis » ou « protégés », pour les remercier de services rendus, ou pour bénéficier de leur part d'une commission illicite ou de faveurs diverses.

Dans la plupart des cas, il s'agit pour l'agent public en charge de la passation des commandes de favoriser un fournisseur complice dont il sait qu'il lui donnera « sa part » (un « dessous-de-table »), et/ou un camarade de parti.

« Quand ils veulent donner le marché à quelqu'un, il est le seul informé et à charge pour lui de trouver les 3 pro-forma. Il s'arrange alors avec ses frères et ses amis qui vont servir de faux concurrents » (Mohamadou 2003 : 270).

On rencontre des entrepreneurs de BTP fictifs auxquels on donne des marchés de construction de classes. Ce sont généralement des militants du parti ou des PAC qui sont récompensés pour leurs engagements et auxquels on donne

l'opportunité de s'enrichir. Une fois le marché obtenu, le faux entrepreneur va chercher un prestataire à qui il va vendre le marché (entretien avec un cadre de la HALCIA, notes d'entretien A.B.)

La clause du « moins-disant » sert à favoriser un commerçant ami. Mais elle aboutit à une considérable dégradation du bien ou service fourni⁴⁰.

En cas de soumission d'offres par plusieurs commerçants non complices, les responsables du marché « communiquent à leur fournisseur les prix proposés par ses concurrents. Il lui suffit de proposer moins pour être retenu. Le principe du moins disant (même quand il est le plus mauvais) explique pourquoi le matériel fourni aux chercheurs est de très mauvaise qualité » (Mohamadou 2003 : 270).

Les « petits marchés », non soumis à appel d'offre⁴¹, sont source d'une « petite corruption » assez généralisée qui peut devenir au fil des jours importante : prestataires qui donnent une enveloppe à l'agent qui a passé commande et/ou à son chef (fournitures de bureau, petits matériels, intrants, organisation de séminaires), consultants qui rétrocèdent une commission au fonctionnaire (national, mais parfois aussi international) qui a passé commande, etc.

C'est pour cette raison que le Ministère de l'éducation continue à centraliser l'achat de fournitures scolaires, alors que la décentralisation voudrait que les commandes soient passées au niveau régional ou même local : « On dit qu'on a décentralisé l'éducation et on continue à acheter les livres, les cahiers et les bics à Niamey pour amener dans les régions ! Le niveau central traîne les pieds parce qu'il y a beaucoup d'enjeux, ça ne les arrange pas ! Ce sont des enjeux plus forts que les ministres eux même ! » (administrateur de l'éducation, Ministère de l'enseignement primaire, notes d'entretien A.H.)

Les passations de marché concentrent et combinent en fait tout un ensemble de pratiques illicites : fractionnements non justifiés, appels d'offre

⁴⁰ La mauvaise qualité des écoles et cases de santé construites dans le cadre de l'ancien Programme spécial du président en est une illustration bien connue.

⁴¹ La fragmentation des marchés pour rester en dessous du seuil nécessitant un appel d'offre est une pratique courante.

truqués, dessous-de-table, ententes entre fournisseurs, prête-noms, non-respect des normes, fausses facturations ou surfacturations, etc...

Les contrôles sont défailants (réception d'ouvrage bâclées ou complices) ou sont contournés par des mises en scènes.

« Souvent il y a un jeu de manipulation de stocks de fournitures scolaires... Pour tromper la vigilance des contrôleurs, le même stock est présenté dans plusieurs écoles... » (cadre de la HALCIA, notes d'entretien A.B.)

Deux des scandales de corruption les plus importants intervenus au Niger ces dernières années concernent l'éducation et dans la santé, en particulier les passations de marché : l'affaire MEBA (Ministère de l'éducation de base), et l'affaire Gavi (à propos des campagnes de vaccination financées par le fonds Gavi).

L'affaire MEBA

Entre 2002 et 2005, 4 milliards FCFA avaient été détournés sur les fonds du PDDE (programme décennal de développement de l'éducation) par deux ministres de l'éducation successifs. Ce scandale a été révélé dans le cadre de l'évaluation du PDDE par les PTF, qui ont dû menacer de suspendre leur financement pour que les coupables soient poursuivis.

L'affaire GAVI

Un audit international mené à propos des usages du fonds Gavi au Niger a révélé de même une vaste palette de trucages et détournements liés à la passation de marchés dans la santé.

« La passation des marchés révèle des cas anormaux de fractionnement des marchés, de surfacturations manifestes et d'utilisation de fournisseurs dont la domiciliation physique est difficile à établir » (Mission d'investigation Gavi, 2012 : 6)

« L'exploitation des fiches de réparation auprès du Garage administratif du Ministère de la Santé Publique (Garage SERPA) censé produire les devis et effectuer lesdites réparations laisse transparaître que des réparations présumées réalisées au cours de la période contrôlée pour FCFA 85 330 680 ne l'avaient pas été en réalité » (idem : 16)

« L'investigation réalisée a permis de relever qu'au lieu de motos YAMAHA DT 125 d'origine Japon, ce sont des motos d'origine chinoise de bas de gamme qui ont été livrées, à un prix unitaire moyen F CFA 2 100 000 alors que leur prix de marché relevé par nos soins et indiqué par la mercuriale officielle se situe entre F CFA 350 000 et 400 000. Le taux moyen de surfacturation relevé dans ce cas s'élève à 517%. Par ailleurs, en examinant les documents de livraison de trois des fournisseurs, nous avons relevé que le bordereau de livraison fourni par chacun a les mêmes similitudes et caractéristiques (contenu, caractère, police, texte, taille), ce qui établit clairement qu'une simulation frauduleuse de mise en concurrence a été faite, le marché ayant en réalité été attribué à une seule personne se cachant derrière des prête-noms fictifs » (idem : 16)

« Pratique anticoncurrentielle : Cette pratique consiste en la participation à des ententes anticoncurrentielles entre fournisseurs et qui ont pour objet ou pour effet de restreindre le champ de la concurrence et/ou de fausser son libre jeu. Deux des fournisseurs qui ont fréquemment bénéficié des commandes ou des marchés à la DI, que nous avons rencontrés séparément, puis de manière conjointe, nous ont affirmé qu'ils s'étaient livrés à de telles pratiques » (idem : 17)

Les fausses missions et les faux salaires

La corruption liée aux faux ordres de mission, moins connue, est importante, et permet, par exemple aux responsables qui ont la position stratégique de signer les ordres de mission (directeurs régionaux par exemple) de faire des gains importants et rapides. Les per-diems sont en effet un enjeu important, et il est tentant d'en bénéficier sans même se déplacer.

Un directeur régional de la santé avait en deux ans construit plus d'une dizaine de villas. Une de ses sources d'argent était les ordres de mission : aucun de ses agents ne pouvait partir en mission dans la région sanitaire s'il ne mettait pas sur sa demande d'ordre de mission le nom du directeur comme étant aussi missionnaire ; bien sûr le directeur restait à son bureau et touchait les per-diem (enquête du LASDEL pour la CTB, notes d'entretien O.S.)

Les missions sur le terrain impliquent toutes des dépenses en carburant (et en réparations de véhicules). Il s'agit là aussi d'un site important de fraudes et de détournements. Il est tentant d'utiliser les bons d'essence pour des usages

personnels : c'est en fait une pratique totalement généralisée, et nombre de « petits cadeaux » quotidiens se font sous la forme de bons d'essence.

Le rapport Gavi (Mission d'investigation Gavi 2012: 20) décrit une « fraude systémique sur ces soi-disant achats de carburant »

Une autre catégorie de paiements frauduleux est constituée par les salaires versés par l'Etat à des personnes qui n'y ont aucun droit : anciens agents de l'Etat ayant quitté la fonction publique, ou résidant à l'étranger, agents décédés, agents n'effectuant plus leur services (comme certains enseignants à l'Université ou médecins hospitaliers), etc. ; on peut y ajouter certains salaires exorbitants versés de façon totalement injustifiée sans respecter la grille de la fonction publique.

Un cadre du Ministère de la santé publique estime ainsi à 45% le montant des salaires injustifiés payés chaque mois par l'Etat ; selon lui, la situation est même pire dans l'Education nationale. Il semblerait que certains responsables hiérarchiques ou agents des finances « prennent leur part » dans ce système (notes d'entretien O.S.).

Les achats de postes

Les affectations intéressantes s'achètent, comme s'achètent les recrutements et les promotions

« Lorsque j'étais médecin chef de district, puis directeur régional, j'ai vu et entendu des choses qu'il était difficile pour moi d'accepter si je ne les avais pas vécues. Pour être nommé à un poste, médecin chef de district par exemple, il faut donner un salaire ou un salaire sur deux ou la moitié de son salaire, le carburant n'en parlons même pas. Et même pour être chef de CSI. La corruption, les dessous de tables sont importants dans les affectations » (assistant technique au Ministère de la santé, notes d'entretien A.H.)

La directrice générale des ressources nous a raconté comment, « il y a quelques années », sa promotion comme médecin-chef de district, décidée par la direction régionale, n'a pas été confirmée par le Ministère parce qu'elle ne savait pas qu'elle aurait dû donner « une enveloppe » à un cadre du Ministère (notes d'entretien de A.H.).

Une pratique de corruption voisine concerne les départs en formation (qui sont très recherchés en raison des per-diem qu'ils procurent).

« Pour participer aux formations, il y a des districts où on dit qu'il faut donner un ou deux jours de per diem, c'est quand même beaucoup d'argent pour un agent de santé » (licencié en chirurgie obstétrical dans un districts, notes d'entretien de A.H.)

Les concours d'entrée dans la fonction publique, censés permettre des recrutements basés sur le mérite et non sur la corruption et sur les relations, sont eux-mêmes devenus des sites de corruption. Plusieurs concours (agents des finances, agents de la douane, agents de la santé) ont dû être annulés face à l'ampleur des fraudes, dénoncées par la presse et les syndicats, et d'une enquête de la HALCIA (cf. ci-dessous)

NORMES PRATIQUES DANS L'ÉDUCATION ET LA SANTÉ

LES RÉFORMES : DÉFIS ET PISTES

Le grand problème qu'on vit actuellement, c'est qu'il n'y a pas de réforme qui a abouti à un changement souhaité, aucune ! Il n'y a pas de politique, il n'y a pas de réflexion pour savoir où on voudrait aller, où on est où on va aller. Le problème, c'est qu'il n'y a pas de feuille de route, même pour l'ancien PDS, il n'y a pas de guide, pas de cadre de suivi qui fonctionne, aucune réflexion n'est faite dans ce sens. (responsable d'une agence de coopération, notes d'entretien A.H.)

Un diagnostic sans complaisance, y compris en ce qui concerne l'échec des réformes, mais un diagnostic fondé sur des données incontestables, tel que celui que nous dressons, est une première étape incontournable en vue de toute réforme réaliste et de toute amélioration effective de la qualité des services fournis aux usagers et aux citoyens. Il permet en effet d'éviter le piège des langues de bois, et de partir des contextes réels.

Notre objectif est, par ce diagnostic, de contribuer à ouvrir un débat au sein des milieux professionnels nigériens concernés, tant les agents de la ligne de front (infirmiers, sages-femmes, médecins hospitaliers ; instituteurs et professeurs de collèges) que les responsables à tous les échelons, sur les réformes indispensables pour améliorer la qualité du système d'enseignement et du système de santé et changer les comportements des enseignants et des soignants. Ce débat a été ouvert par le LASDEL depuis plusieurs années au Niger, avec un certain succès

Nous pensons que ces réformes ne peuvent venir de l'extérieur (institutions internationales, ONG éducatives et médicales, coopérations bilatérales, coopérations décentralisées, experts du Nord⁴²) mais doivent émaner des enseignants et des soignants nigériens les plus conscients et les plus

⁴² Ces institutions devraient appuyer des réformes émanant « de l'intérieur », alors que, aujourd'hui, ce sont elles qui proposent à l'Etat nigérien des réformes « de l'extérieur » ...

soucieux d'améliorer le système, à partir des contextes réels des classes et des formations sanitaires, sans se voiler la face sur la gravité de la situation.

Nous allons tenter d'avancer ici dans cette problématique des réformes en relevant trois défis majeurs pour toute réforme : le rôle ambigu des syndicats ; le rôle ambigu des usagers ; le rôle ambigu des partenaires au développement (les limites des « modèles voyageurs »). Nous terminerons en examinant trois pistes intéressantes de réformes, toutes trois issues d'acteurs nationaux et non pas liées à l'importation de « modèles voyageurs »: l'activité réformatrice émanant parfois du sommet de l'Etat, l'activité réformatrice potentielle potentiel des communes, et enfin l'activité réformatrice « invisible » émanant des personnels de la ligne de front.

Trois défis

On considère assez généralement que trois types d'institutions extérieures au pouvoir sont à même de peser en faveur de réformes visant à améliorer la qualité des soins ou la qualité de l'enseignement : les syndicats ; les usagers ; les partenaires au développement (institutions internationales et ONG). Mais ce n'est pas si simple : leur rôle est ambigu, parfois négatif.

Le rôle ambigu des syndicats

Les syndicats sont surtout connus au Niger pour leurs multiples grèves, qui témoignent de leur influence, en particulier parmi les enseignants et les personnels de santé. Ils sont aussi connus pour leur défense systématique des agents incriminés, que ce soit par la hiérarchie, par les usagers ou par la justice. Et ils sont enfin connus aussi pour être fortement politisés, et entrer facilement dans les calculs politiques du pouvoir ou de l'opposition.

« Il faut dire que pendant longtemps, au Niger, des syndicats ont été créés, instrumentalisés ou utilisés par les régimes au pouvoir ou les partis de l'opposition pour des combats politiques » (secrétaire général du SYNACEB, notes d'entretien A.B.)

Leur rôle est donc particulièrement ambigu. D'un côté, ils semblent incontournables pour réussir une réforme, car leur capacité de mobilisation et de blocage est forte. Et on peut déplorer à cet égard qu'ils soient peu ou pas consultés avant toute réforme et que les Ministères soient si peu soucieux de dialogue social. Mais en même temps ils apparaissent comme des forces plutôt conservatrices et corporatistes, plus intéressés par la défense tout azimut des agents que par l'amélioration de la qualité des services.

Les grèves qu'ils mènent sont souvent « dures », soit dans leurs modalités (grèves sans service minimum dans la santé, grève des médecins ou des spécialistes), soit dans leur durée et leur fréquence (grève scolaires). Les usagers sont donc fortement pénalisés, et la qualité des services tombe encore plus bas.

Pour beaucoup d'enseignants et de personnels de santé les syndicats sont autant comme des problèmes que des solutions. Mais il faut reconnaître que les multiples syndicats de l'éducation sont beaucoup plus déconsidérés que le syndicat principal de la santé (SUSAS), nettement moins ciblé par les critiques sur la corruption et la quête de privilèges.

« Ils sont créés comme les partis politiques. Les gens créent les syndicats pour être dans les centres urbains, prélever les cotisations et faire leurs prébendes » (professeur de collège, notes d'entretien S.B.)

Loin de défendre un recrutement basé sur la compétence, les syndicats d'enseignants sont devenus eux-mêmes un levier important de l'interventionnisme, en faveur de leurs cadres, de leurs militants, ou de leurs relations personnelles. On leur reproche leur politisation, on leur reproche de

défendre systématiquement les agents fautifs, on leur reproche d'obliger par la contrainte les personnels à faire la grève, on reproche à leurs dirigeants de rechercher des privilèges, de se construire une carrière de bureaucrates, d'avoir trop de pouvoir et d'en user à leur profit

« Ils choisissent parfois leurs enseignants, leurs proviseurs » (enseignant, notes d'entretien AB)

« Unions were often reported to accept bribes from political parties to call off a strike » (in Cummings & Ali Bako 2016 : 6)

« On ne peut pas affecter un syndicaliste, ils choisissent où ils veulent aller. Quand vous touchez un c'est la grève. Et ils s'arrangent pour être à Niamey » (ancien Ministre de la santé, notes d'entretien A.H.)

« Les inspecteurs ont peur d'affecter les contractuelles qui sont les copines des syndicalistes » (directeur d'école primaire, notes d'entretien Boubacar Amadou)

Il faut aussi mentionner la question du prélèvement syndical sur les pécules des contractuels de l'éducation. Les (faibles) salaires des contractuels sont appelés « pécules ». Or, les syndicats ont obtenu du Ministère que les cotisations syndicales soient prélevées « à la source » pour tous les agents (cette pratique est appelée « coupure des pécules »), et donc retirées des salaires pour leur être versées directement.

« Pour être sincère, presque tous les syndicats, surtout ceux des contractuels, font du prélèvement direct. Les dirigeants syndicaux s'arrangent avec les services de soldes pour couper directement les cotisations. Pour cela chaque syndicat dispose de la liste de ses militants qu'il transmet aux responsables des services de soldes » (instituteur syndicaliste, notes d'entretien A.B.)

Mais ce processus n'est pas sans profiter à certains.

« Beaucoup de gens mangent dans la chaîne » (secrétaire du SYNAES, in notes d'entretien A.H.)

« A cause des intérêts financiers, il y a une floraison de syndicats. Certains leaders syndicaux, en complicité avec le service de solde, prélèvent directement sur les salaires de leurs militants. Ces derniers se sont plaints de plusieurs coupures sur leurs salaires. Une enquête a été ouverte et certains leaders ont dû fuir le pays pour échapper à la justice... » (secrétaire général du SYNACEB, notes d'entretien A.B.)

Au nom de ce prélèvement, les syndicats se sont opposés à une initiative de type « palliatif » en vue de freiner l'absentéisme des contractuels.

Certains inspecteurs ont pris l'initiative d'aller chercher eux-mêmes les salaires des enseignants ruraux qui dépendent de leur circonscription et de les leur amener dans les villages (en prélevant 500 FCFA à chacun pour « frais de transport »), pour leur éviter des absences de plusieurs jours pour aller les chercher eux-mêmes au chef-lieu. Mais ceci a été « cassé » par les syndicats pour continuer à pratiquer leurs « coupures » ! (cadre du Ministère, notes d'entretien AH)

Le rôle ambigu des familles

La pression des usagers, par exemple à travers la mobilisation de la « société civile » est souvent mise en avant comme un facteur important pour inciter à des réformes. Malheureusement la situation au Niger n'incite pas beaucoup à l'optimisme à cet égard.

Dans l'éducation, beaucoup de familles ne jouent plus guère leur rôle d'accompagnement, selon les dires de nombreux enseignants et parents d'élèves, et sont au contraire souvent des sources d'extension de la corruption (faire passer leurs enfants à tout prix, réussir les examens à tout prix). Ce constat nous a été souvent énoncé : « on n'accepte plus l'échec scolaire, on ne valorise plus le travail ».

Du côté de la santé, les personnels disent que les usagers sont eux-mêmes des vecteurs de la corruption, car ce sont eux qui proposent de l'argent et veulent des faveurs.

Les associations de parents d'élèves et les associations de malades n'interviennent que pour leurs intérêts de petit groupe et de façon en quelque

sorte corporatiste : par exemple les associations de malades sont cantonnées sur telle ou telle pathologie et veulent des avantages pour leur propre catégorie (drépanocytaires, VIH-SIDA). Quant aux comités de gestion (CGDES pour le primaire ; COGES pour le secondaire ; COGES et COSA pour la santé) la plupart n'ont guère d'activités et ne s'occupent guère de la qualité de l'enseignement ou de la santé.

Le rôle ambigu des partenaires : les modèles voyageurs et les réformes incessantes

« Toutes les réformes sont faites par des gens qui ne connaissent pas le terrain » (proviseur collège privé, notes d'entretien A.H.)

« Le problème des politiques de santé au Niger, c'est qu'on imite beaucoup ce qui se fait ailleurs même si ça ne va pas aboutir à quelque chose. Il y a beaucoup de réformes que le Ministère de la santé a introduite juste pour se conformer aux règles internationales, pas parce que ce sont des choses que le système de santé nigérien nécessite ou a besoin. Et surtout pas des réformes adaptées au système de santé nigérien » (responsable d'une agence de coopération, note d'entretien A.H.)

Face à cette situation critiques des services publics, les bailleurs de fonds et les organisations internationales poussent aux réformes. Mais ce sont le plus souvent des réformes standardisées conçues par des experts internationaux et fondées sur des « mécanismes miracles » (*magic bullet, one size fits all*). Ces « modèles voyageurs »⁴³ ou ces « *blueprint models* »⁴⁴ concernent d'une part des techniques issues du *New public management*, aujourd'hui exportées au Niger comme dans toute l'Afrique, et qui relèvent de l'ingénierie sociale, pour tout ce qui concerne la gestion des ressources humaines : par exemple, après la « gestion axée sur les résultats » (GAR), la Banque mondiale, l'UNICEF et la Coopération belge promeuvent actuellement

⁴³ Cf. Rottenburg 2007 ; Olivier de Sardan, Diarra & Moha 2017 ; Olivier de Sardan 2018.

⁴⁴ Cf. Bierschenk 2014

au Niger le « paiement basé sur la performance » (PBF ou P4P). Il s’y ajoute l’« initiative à résultats rapides » (RRI), venue aussi des USA. D’autre part il y a une avalanche de réformes sectorielles, comme, dans le domaine de la santé, la réforme hospitalière, la réforme pharmaceutique, les exemptions de paiement⁴⁵, et les multiples réformes en santé maternelle qui ont été déjà évoquées (cf. ci-dessus). Toutes figurent sur l’agenda du Ministère et dans le plan de développement sanitaire (PDS), mais ont été introduites à l’initiative et avec l’appui des institutions internationales. Et enfin on constate d’innombrables réformes plus techniques, mais qui néanmoins ont des composantes importantes d’ingénierie sociale : dans la santé ce sont des protocoles ou des programmes diffusés par l’OMS (comme la consultation prénatale recentrée)⁴⁶ ou l’UNICEF (comme les pratiques familiales essentielles)⁴⁷. Dans l’éducation, il s’agit d’une succession de stratégies pédagogiques et de « nouveaux programmes » scolaires, déferlant sur des enseignants qui ne maîtrisaient déjà pas l’enseignement dit « traditionnel » (en vigueur jusque dans les années 1980), et sont dépassés par les réformes qui se superposent ensuite: PPO, pédagogie par objectifs ; APC, approche par les compétences ; APS, approches par les situations ; etc.

Les responsables politiques nigériens et les hauts cadres nationaux de la santé et de l’éducation jouent à fond le jeu des organisations internationales, et valident ou reprennent à leur compte les modèles voyageurs, quels qu’ils soient⁴⁸. Chaque Ministre veut faire sa réforme qui s’appuie le plus souvent sur

⁴⁵ Cf ; Olivier de Sardan & Ridde 2014

⁴⁶ Cf. Olivier de Sardan, Diarra & Moha 2017

⁴⁷ Cf. Hamani 2013

⁴⁸ C’est un reproche qui a été souvent fait par les cadres nigériens à l’encontre des responsables politiques, en citant par exemple le proverbe « à cheval donné on ne regarde pas les dents », qui a donné son titre au rapport du LASDEL sur la perception de l’aide internationale au Niger (Lavigne Delville et Abdelkader 2010)

un dispositif expert importé. Les modèles voyageurs sont ainsi au cœur des politiques de santé et des politiques éducatives nationales, lesquelles sont en outre bien souvent incohérentes, velléitaires, et dépourvues des moyens humains et matériels nécessaires à leur mise en œuvre.

« Toutes les réformes qu'on fait au Niger sont des politiques qui sont calquées sur ce qui a été fait ailleurs. On n'arrive pas à aller jusqu'au bout d'une réforme et on fait des allers-retours, on introduit une autre qui lui ressemble ou qui a plus de financement » (aide-chirurgien, hôpital de district, notes de terrain de A.H.)

En ce qui concerne la réforme des apprentissages de la lecture : « Ce nouveau programme qui va de la phrase à la lettre, c'est difficile et inaccessible aux enfants mais aussi aux maîtres et aux parents d'élèves qui suivent leurs enfants à la maison, qui connaissent la progression de la lettre à la syllabation puis à la phrase » (secrétaire d'école primaire, notes d'entretien A.H.)

En outre, les partenaires qui introduisent ces réformes à des échelles variées, chacun avec son propre agenda, ses propres protocoles, ses propres exigences, perturbent le déroulement quotidien des activités.

« On a aussi d'autres problèmes avec les partenaires, comme l'UNFPA, ils viennent quand ils veulent et veulent que les gens abandonnent ce qu'ils font, qui est planifié, pour se mettre à leur service. Quand ils viennent, on abandonne ce qu'on fait parce qu'ils sont venus avec la hiérarchie. Il y a d'autres ONG qui viennent pour faire le suivi de leurs activités et ils veulent être accompagnés par un membre de l'ECED. Il faut aller dans tel CSI ou tel autre, tout ça perturbe nos activités. Au niveau CSI, le problème que ça pose, c'est que tous les partenaires veulent intervenir au niveau des CSI et chacun veut un rapport pour son activité, c'est beaucoup de travail pour les responsables parce qu'ils doivent faire leurs rapports trimestriels pour le district aussi » (communicateur dans un hôpital de district, notes d'entretien de A.H.)

Pourtant, la mise en œuvre d'un modèle voyageur dans des contextes très éloignés de celui des pays occidentaux s'avère un défi majeur, dont on s'étonne qu'il soit à ce point sous-estimé. Contrairement à l'idée reçue dans le monde des experts en construction et diffusion de modèles, l'efficacité intrinsèque d'un modèle compte moins que les contextes de sa mise en œuvre, et plus particulièrement les routines et contraintes des personnels de santé et de l'éducation qui sont au contact des usagers. Ce sont ces « frontline workers »

qui vont « tester » le modèle proposé (et, en général, imposé par la hiérarchie sanitaire ou éducative), l'adapter à leurs conditions de travail et à leur culture professionnelle, et l'« accommoder » à leur manière, souvent en le contournant, le détournant ou le démantelant, parfois en l'ignorant ou en le boycottant *de facto*.

Trois pistes

Ces trois pistes relèvent toutes d'acteurs nationaux, et non d'institutions internationales. Elles s'inscrivent donc dans la perspective de promouvoir des « réformes de l'intérieur » qui nous semble devoir être privilégiée. Nous examinerons successivement certaines initiatives issues du sommet de l'Etat, puis diverses suggestions émanant de maires de communes, et enfin la question cruciale des réformateurs internes au système de santé et au système éducatif.

Les réformateurs d'en haut

Certaines pratiques réformatrices, peu fréquentes il est vrai, peuvent parfois venir du sommet de l'Etat. Elles sont donc de type « top-down », mais, à la différence des réformes importées par les organisations internationales, elles sont portées par un acteur national, à la tête d'une institution publique, et témoignent d'une réelle connaissance des contextes. Leurs limites sont doubles. Le porteur de réforme restera-t-il suffisamment longtemps à son poste pour piloter une mise en œuvre dans la durée ? Bénéficiera-t-il d'un véritable appui politique ? Dans les cas présentés ci-dessous, nous n'avons pas encore la réponse.

Deux cas de figure se présentent au Niger en ce moment. D'un côté une attitude nouvelle des Ministres en charge de l'éducation et en charge de la santé, de l'autre côté deux institutions ad-hoc (HALCIA et HCME)

développant une activité réformatrice sous la direction active de leur responsable et de l'équipe qu'il a formé.

L'actuelle activité réformatrice des Ministres de l'enseignement primaire et de la santé

Un élément nouveau est apparu récemment. Pour la première fois un Ministre nigérien (le Ministre de l'enseignement primaire Daouda Marthé) a reconnu publiquement la situation catastrophique du domaine dont il a la charge.

« Il est urgent d'agir pour sauver le système éducatif nigérien dont le sort est très préoccupant (...) S'appuyant sur les résultats de plusieurs études, le ministre fait remarquer que cette situation a pour principale cause le niveau très bas de certains enseignants et leur manque de qualification. Environ 11,5% des 72.000 enseignants qui dispensent des cours dans les écoles primaires du Niger seraient d'un niveau très mauvais, selon une conclusion reposant sur des études internationale, nationale et locale menées relativement à la qualité de l'enseignement au Niger » (« Point de presse du ministre en charge de l'enseignement primaire sur le problème de la qualité de l'enseignement au Niger : M. Daouda Marthé tire la sonnette d'alarme et annonce des mesures », Souley Moutari, ONEP, mars 2017)

Jusqu'à-là, et quels que soient les partis au pouvoir, la langue de bois des politiques s'évertuait à nier les problèmes, en particulier dans les secteurs de l'éducation et de la santé, et à traiter toute critique dans la presse comme un complot de l'opposition, et tout diagnostic scientifique sans complaisance comme un coup bas porté au pays (car risquant de détourner les financements extérieurs et la « rente du développement »)⁴⁹. Toute évocation de la mauvaise qualité des services délivrés était bannie, seuls les indicateurs quantitatifs positifs étaient retenus (nombre d'écoles ou de cases de santé construites).

⁴⁹ Le LASDEL a ainsi été accusé, à la suite d'une recherche montrant les conséquences négatives de la mise en œuvre de la politique de gratuité ciblée des soins, d'inciter les bailleurs de fonds à supprimer leur aide... (cf. Olivier de Sardan 2014)

Certes, en matière de corruption en général, l'existence de celle-ci avait fini par être admise dans certains discours publics, au plus haut sommet de l'Etat. Mais les quelques mesures prises ont en général tourné court, ou n'ont pas été à la mesure de l'enjeu.

Dans le cas de l'actuel Ministre de l'éducation primaire, les mots ont commencé à être suivis d'actes, ce qui n'a pas été sans susciter une vive opposition des syndicats. Le Ministre a en effet décidé de procéder à un test de connaissances pour l'ensemble des contractuels du pays (mais seulement dans l'enseignement primaire), basés sur des questions très simples de niveau CE2 à CM2. Ses résultats ont été sans appel.

56.444 enseignants ont été évalués sur les 61.747 inscrits. 18.947 ont eu la moyenne soit 33%, 26.676 ont eu entre 5/20 et 9,99/20 soit 47,3%, 11.466 ont eu entre 1/20 et 5,99/20 soit 20,3%, 567 enseignants ont eu entre 0,12/20 et 0,99/20. Le Ministre a en outre révélé que les enseignants qui n'ont pas été formés sont plus performants que ceux qui ont suivi une formation dans les écoles normales...

Pour le SYNACEB, qui regroupe la majorité des contractuels, cette évaluation n'était qu'un moyen déguisé de licencier des personnels contractuels pour diminuer la charge de l'Etat, et la question de la qualité n'est qu'un prétexte⁵⁰. Les deux syndicats (SYNACEB et CAUSE) ont appelé les contractuels à refuser de passer les tests, sous prétexte que l'enseignant ne soit pas être évalué sur la base d'un test de compétence (de type examen), mais sur la base de la façon dont il fait la classe (cf. statut de la fonction publique). Malgré le fait que ce soit en période de vacances scolaires, et divers problèmes d'organisation, le test a eu lieu dans tout le pays (avec une seconde session pour ceux qui n'avaient pas participé à la première), et les contractuels qui ont

⁵⁰ « Niger. Mounkaïla Harouna : un syndicaliste dans le tempête », Le Point Afrique, 29 :03/2017

refusé de passer le test ont été immédiatement radiés. Ceux qui ont obtenu moins de 3 sur 20 ont dû quitter les écoles et doivent être recasés dans des centres d'apprentissage. Vu le manque d'enseignants, tous ceux qui ont eu plus de 3/20 ont été maintenus (et non, comme prévu, seulement ceux qui avaient plus de 8/20), mais ceux qui ont eu entre 3/20 et 5/20 devront suivre des sessions de formation (dont toutefois on ne sait pas la forme ni le contenu). Un toilettage complet des enseignants doit être effectué.

« Chaque enseignant devra déposer un dossier composé de ses pièces d'état civil, ses diplômes et son arrêté d'engagement. Tous ceux qui ne sont pas en règle seront remerciés ou poursuivis par la justice selon les cas. » (cadre du ministère de l'enseignement primaire, notes d'entretien A.B.)

Etant donné le nombre de contractuels exclus ou enlevés de tâches d'enseignement (près de 40% dans la région de Tillabéri) un effectif important de nouveaux contractuels doit impérativement être recruté. En fait l'ampleur des sur-effectifs en ville devrait théoriquement permettre, avec leur redéploiement dans les écoles rurales, de régler le problème. Mais comment affecter en brousse des femmes dont le mari est en ville, ou des enseignants qui bénéficient de hautes protections ?

Il est évidemment trop tôt pour tirer des leçons et un bilan d'une telle réforme « par en haut ». Une perspective optimiste espèrera que de nouvelles mesures s'enchaîneront en vue d'améliorer significativement la qualité de l'éducation. Une perspective pessimiste craindra que le soufflet retombe et que le Ministre se fatigue ou qu'il soit remplacé.

Quant aux Ministres de la santé successifs depuis quelques années, ils se sont attaqués en particulier au problème du redéploiement des professionnels de santé à l'intérieur du pays. Nous avons déjà analysé plus haut le cas peu concluant des médecins communaux. Une autre tentative a porté récemment sur l'affectation autoritaire de spécialistes (déjà recrutés et en poste dans la

capitale, contrairement aux médecins communaux qui avaient été recrutés spécialement pour être affectés à l'intérieur).

Avant son arrivée, des régions comme Diffa, Agadez, Dosso et même Zinder, avaient seulement un seul gynécologue ou au plus deux. Voyez le besoin ! Alors qu'à Niamey, rien qu'au CHR Poudrière, il y'avait 17 gynécologues. Ils ont seulement deux bureaux et il y en a qui ne travaillent qu'une seule fois par semaine, ils passent leur temps dans les cliniques.

La première chose que le ministre a demandé c'est de lui faire un état des besoins réels de Niamey, MIG, CHR, HHN, CHU, etc., il a dit que tout le surplus sera redéployé à l'intérieur. Alors on les a réunis tous ici, les gynécologues de Niamey, on leur a dit de s'entendre entre eux pour nous proposer des solutions d'affectation, parce qu'après une semaine, on va affecter les gens et ils vont partir. On leur a demandé de se répartir eux-mêmes, sinon on va se charger de ça. On leur a donné une semaine. Après une semaine, on a appliqué, ça a fait le tollé que vous savez dans les médias, mais ça été fait quand même.

Mais je ne dis pas qu'il ne fait pas de *bara bara (favoritisme)*, mais quand même, lui, il a essayé de résister aux pressions et d'appliquer les décisions. On a fait la même chose pour les chirurgiens, on a envoyé 5 à 6 dans chaque centre régional pour avoir des tours de garde. » (conseiller technique au Ministère de la santé, notes d'entretien A.H.)

Comme dans l'éducation, cette mesure s'est heurtée à l'opposition syndicale, plus exactement au syndicat des médecins spécialistes (SMES). On peut se demander si ce redéploiement, nécessaire et non contestable en son principe, a été mis en œuvre dans de bonne condition et sera pérenne. On retrouve en effet dans cette tentative certains des problèmes déjà rencontrés pour les médecins communaux : pas de préparation de l'accueil dans les sites d'affectation (en particulier pas d'équipes et des plateau techniques non fonctionnels, ce qui empêche les spécialistes de pratiquer) et une conjugaison inquiétante de démissions, de retour en ville et d'absentéisme.

Par ailleurs, tout récemment, le Ministre a fermé quatorze établissements de santé privé, ainsi que des pharmacies vendant des médicaments importés illégalement, mettant ainsi fin à des décades d'impunité et de complaisance dans ce domaine.

Il faudra évidemment du temps pour évaluer si toutes ces mesures ministérielles inaugurent de nouvelles politiques de santé et d'éducation sur le long terme, ou si elles ne sont que des tentatives sans lendemain, comme beaucoup de réformes ministérielles avant elles.

L'actuelle activité réformatrice de la HALCIA et du HCME

C'est la HALCIA qui a révélé officiellement l'ampleur des pratiques corruptives dans l'enseignement, que ce soit les passations de marchés, les faux diplômes, les réintégrations abusives dans le public, les pécules de contractuels fictifs ou l'achat d'affectations. La mission d'évaluation conjointe menée par le ministère et la HALCIA dans toutes les régions du Niger pour « assainir le secteur éducatif ». a décelé plus de 300 enseignants détenteurs de faux diplômes ; 157 contractuels détenteurs de faux diplômes ont déserté pour ne pas être arrêtés... Cette mission s'est heurtée à divers obstacles.

« Il faut dire que l'enquête n'a pas été facile parce qu'elle a fait face à la réticence des administrateurs du système éducatif à donner les bonnes informations. » (cadre de la HALCIA, notes d'entretien A.B.)

« Des enseignants et leurs complices avaient été arrêtés et écroués mais finalement les enseignants impliqués ont été réintégrés dans le circuit de l'enseignement... » (idem)

En fait la HALCIA n'a jamais eu les moyens d'approfondir ses enquêtes, et moins encore de leur donner une suite judiciaire, qui n'était pas dans son mandat. Toutefois son président (qui vient d'être démis, en raison, dit la rumeur, de ses contacts avec des membres de l'opposition) a obtenu le vote d'une loi (non encore effective) obligeant les procureurs à ouvrir une information judiciaire pour tout dossier d'infraction transmis par la HALCIA

Du côté de la santé, la HALCIA est moins intervenue, mais elle a néanmoins obtenu l'annulation d'un concours de recrutement, pour lequel de

multiples interventions en faveur de protégés de hauts responsables politiques avaient engendré des fraudes multiples. Certains candidats admis n'avaient même pas composé.

Elle a aussi obtenu la fermeture de certaines pharmacies suite à son enquête sur la vente de médicaments de contrebande et l'existence de fausses autorisations d'importation.

Néanmoins la HALCIA n'est pas dotée des moyens nécessaires pour mener des investigations approfondies. Rattachée à la Présidence de la République, elle a vu son budget passer de 1 milliard de FCFA lors de sa création à 300 millions actuellement, au moment où les fonds alloués à la seule sécurité du Président ont été portés à 8 milliards.

Quant au HCME, il a en particulier installé des « cercles de modernisation » (inspirés des cercles de qualité japonais) dans les Ministères de l'éducation et de la santé. Il appuie le Ministère de la santé pour élaborer des fiches de fonction à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, et a organisé pour les hauts cadres une formation au « team-building ». Il a créé un concours du meilleur manager pour les enseignants dépendant des quatre Ministères concernés, dont les résultats n'ont pas été contestés (ce qui est surprenant au Niger). Il a enfin impulsé un service public ambulancier pour les zones nomades, qui inclut l'enseignement et la santé, et qui appuie l'installation et le suivi d'agents de santé et d'enseignants dans les sites reculés.

Mais ces innovations se heurtent aux habitudes acquises (aux normes pratiques en vigueur), comme la course aux per-diem.

« Ils ne courent qu'après l'argent » (cadre du HCME, notes d'entretien O.S.)

NORMES PRATIQUES DANS L'ÉDUCATION ET LA SANTÉ

Les formations et les réunions en vue d'améliorer le fonctionnement des services ou de mettre fin aux pratiques illicites suscitent l'approbation des participants, mais ensuite, dans la routine des services, rien ne change.

« A chaud, les gens sont contents, ils s'engagent. Vous tournez le dos, ils oublient » (cadre du HCME, notes d'entretien O.S.)

La HLCIA et le HCME sont manifestement des institutions réformatrices, sans doute les seules au plus haut niveau de l'administration. Mais leurs capacités d'intervention et leurs moyens restent très limités, et elles se heurtent à de nombreuses résistances larvées au sein des Ministères comme au sein de la classe politique.

Plus généralement, deux menaces pèsent sur toutes les réformes venant d'en-haut:

- Toutes les difficultés sont au niveau de la mise en œuvre, quelle que soit l'excellence apparente des intentions affichée et des mesures décidées. Or le suivi de la mise en œuvre est extrêmement défaillant au Niger

- Les responsables politiques et les cadres de la fonction publique ne sont pas véritablement motivés et impliqués pour des réformes profondes du système éducatif et du système de santé : ils n'y envoient jamais leurs propres enfants².

Le rôle potentiel des communes

Dans le contexte de la décentralisation, de nouvelles compétences ont été déléguées aux communes en matière de santé et d'éducation. Pour la santé, les communes ont désormais la charge de la construction, de l'entretien, et de la gestion des cases de santé, des centres de santé intégrés (CSI) et des hôpitaux de district. Pour l'éducation, elles ont en charge la construction et

l'entretien des écoles primaires, l'équipement des infrastructures scolaires, l'acquisition et la gestion des fournitures scolaires, l'élaboration de la carte scolaire et le recrutement et la gestion des enseignants contractuels.⁵¹

Mais ces nouvelles compétences, en particulier la gestion des centres de santé et le recrutement et la gestion des contractuels, qui sont les compétences principales, et constituent deux nœuds critique, ne sont pas vraiment mises en œuvre, à la fois parce que les hiérarchies sanitaires et éducatives gardent leurs prérogatives, et à la fois parce que ces compétences sont mal connues, et peu appropriées par les acteurs concernés (maires et secrétaires généraux des communes en particulier).

Néanmoins certaines mesures d'appui sont prises un peu partout, au niveau de ce qu'on pourrait appeler les compétences secondaires, pour construire des classes ou des murs, acheter quelques fournitures scolaires, équiper les centres de santé, ou payer leurs gardiens⁵²

La commune de Kollo fournit diverses aides pour l'éducation : carburant (pour le chef secteur), perdiems des réunions des CGDES, acheminement de matériels didactiques, achats de matériels (tables, bancs, tableaux et chevalets). Mais la somme de 50 millions pour l'éducation prévue dans le budget annuel de la commune n'est pas exécutée ;

Mais, pour l'essentiel, les communes restent peu impliquées dans la santé et l'éducation. Les matériels scolaires sont le plus souvent commandés par les directions régionales (ce sont des opportunités de corruption) et non au niveau communal. Les maires ne signent pas les PV de réception de travaux pour des écoles ou des centres de santé. Les maires ne sont pas informés des

⁵¹ Décrets du 26 janvier 2016

⁵² Sur la question des rapports entre collectivités locales et santé : cf. Oumarou 2015

« projets » qui interviennent dans leur commune sur l'éducation et la santé. Des classes ou des cases de santé sont implantées sans qu'ils soient au courant.

Les mairies n'ont pas de droit de regard sur les affectations, que ce soit celles des contractuels (pourtant recrutés au niveau du département) ou celles des fonctionnaires. Ils ne sont pas consultés pour les évaluer.

Certains maires ne s'intéressent à l'école ou à la santé que s'il y a un « projet », avec quelque chose à « manger »... Par contre, d'autres s'y investissent plus significativement. Un indicateur de cet intérêt est le cas des sessions de formation pour les maîtres (dites « mini CAPED »). Autrefois, les CAPED (cellules d'animation pédagogique) étaient financées par l'Etat, et réunissaient les maîtres régulièrement pour des sessions de mise à niveau et de formation continue. L'Etat a cessé de les financer : c'est un signe caractéristique du peu d'intérêt de l'Etat pour la qualité de l'éducation, car les CAPED étaient un des rares outils disponibles et efficaces permettant d'améliorer la compétence des maîtres. Certains enseignants, conseillers pédagogiques ou inspecteurs ont depuis cet abandon pris l'initiative de relancer de « mini-CAPED » au niveau local, avec le soutien de maires compréhensifs pour payer les déplacements.

Lors de séminaires organisés par le LASDEL en 2009, 2010 et 2011 avec une quarantaine de maires des communes où nous avons fait des enquêtes depuis une quinzaine d'années, nous avons été frappés de l'intérêt que portaient ces maires à l'éducation et à la santé. Or tous déploraient d'être laissés de côté par les services concernés, et de ne pas avoir les moyens d'intervenir plus efficacement. Dans les débats, les maires sont apparus comme très soucieux d'améliorer la qualité des prestations scolaires et sanitaires

locales, en se plaçant clairement du côté de leurs administrés face aux professionnels de santé et aux enseignants

Nous savons donc décidé d'organiser les 9 et 10 mai 2017 dans le cadre du programme « Practical norms » un atelier avec des maires que nous estimions être d'orientation réformatrice, atelier portant spécifiquement sur la santé et sur l'éducation (une journée sur chaque thème), afin de leur présenter notre diagnostic (sur lequel ils ont unanimement exprimé leur accord) et surtout de recueillir leurs suggestions, que nous présentons ci-dessous.

Il nous semble clair qu'une implication plus forte des communes dans les domaines de l'éducation et de la santé est une piste très sérieuse pour des réformes efficaces

Propositions issues de l'atelier « Mairies et éducation »

Niveau local

- Effort d'accueil des enseignants par la population et la mairie (logement, conditions de travail, entraide...)
- Prix d'excellence annuel pour le meilleur enseignant de la commune
- Renforcer les liens enseignants/communes
- Formation sur place des enseignants ; financer des mini-CAPED, cofinancer ou préfinancer les CAPED ; financer des visites de classes par les conseillers et les inspecteurs avec comptes-rendus à la mairie
- Recruter des enseignants contractuels sur le budget communal
- Tests de recrutement pour les contractuels dans les communes dotées d'inspections
- Cérémonies de validation des connaissances (élèves) et prix d'excellence
- Travailler régulièrement avec CGDES et COGES
- Dynamiser les fédérations communales des CGDES et COGES
- Etablir un cadre de concertation communal annuel ou semestriel avec les enseignants et les CGDES/COGES

NORMES PRATIQUES DANS L'ÉDUCATION ET LA SANTÉ

- Convocation par le maire des enseignants absentéistes (sur la base de rapports des inspecteurs ou de contrôles par la mairie)
- Agir dans le cadre des « compétences générales » pour élargir la marge de manœuvre des maires ; par exemple faire appliquer l'article 21 du statut de la fonction publique sur l'abandon de poste
- Refuser les sureffectifs auprès des inspecteurs
- Exiger les rapports de visites de classes auprès de l'inspecteur
- Droit de faire partir un directeur défaillant
- Travailler sur la parité filles-garçons
- Construire des classes en banco amélioré (semi-dur)
- Mobiliser les ressortissants sur l'école

Niveau moyen

- Forums régionaux de l'éducation (annuels)
- Réhabiliter et activer les comités régionaux de discipline
- Visites de classes effectives avec contrôle des cahiers de préparations

Niveau national

- Mise à jour des textes, application stricte des textes
- Dépolitisation des nominations et affectations
- Renforcement des capacités des maîtres (ENI, CAPED, autres formations)
- Réhabilitation et respect de la carte scolaire
- Soit revenir à l'orientation vers les ENI des meilleurs élèves, à la place des concours, soit mettre en place des concours rigoureux et contrôlés
- Indemnités incitatives pour les enseignants « loin du goudron » et dans les zones difficiles
- Trouver une solution au problème de l'incapacité de nombreux maîtres à appliquer les nouveaux programmes qui demandent des compétences qu'ils n'ont pas (cf. les apprentissages de la lecture)
- Donner une compétence aux maires en matière de recrutement et d'évaluation des maîtres ou des directeurs
- Réformer la formation des ENI qui doivent être un lieu de formation obligatoire pour tous ; respect des 6 mois de stage
- Transférer aux communes des ressources en même temps que des compétences

- Nécessité d'une volonté politique réformatrice ferme au sommet (et dans la durée)
- Allocation de 100 millions d'investissement par commune pour l'éducation sur la base de dossiers ; système de péréquations éventuels
- Financements réguliers et à temps des CAPED par l'Etat
- Suivi de la mise en œuvre du « Paquet minimum d'activités centrées sur la qualité » développé par les Ministères
-

Propositions faites aux maires par le Haut-commissaire à la modernisation de l'Etat

- « Ne pas attendre pour faire des bons plats que le mari donne plus d'argent pour les condiments » !
- Convaincre les élus
- Mobiliser les ressortissants, par exemple pour les CAPED

Propositions issues de l'atelier « Mairies et santé »

Niveau local

- Faire un cahier des charges pour les CSI en termes d'accueil des usagers
- Prix du meilleur soignant de la commune
- Etat semestriel de la présence des personnels de santé, impliquant les élus (faisant ressortir les non-prises de fonction, les retards et les absentéismes) ; ce bilan serait communiqué au district et au Ministère, mais pourrait aussi être rendu public
- Convocation par le maire des personnels de santé à problèmes (accueil, absences, retards...)
- Effort d'accueil des médecins par la population et la mairie (logement, conditions de travail, entraide...)
- Augmenter les prévisions budgétaires pour la santé et prévoir une ligne « réponse à des épidémies » dans le budget communal
- Nommer un vice-maire comme responsable de la santé
- Veiller à la représentation de la mairie dans les COGES
- Présidence effective des COSAN par les maires

- Rendre les COGES fonctionnels, développer des formations à leur intention (renforcement des capacités)
- Prévoir un cadre de concertation annuel ou bi-annuel entre la commune et les personnels de santé, y inclus le médecin communal
- Exiger des « projets » et ONG intervenant dans la commune en matière de santé une implication réelle de la commune et un droit de regard tout au long du projet ; obligation d'une revue annuelle entre le conseil municipal et les projets et ONG
- Obligation d'impliquer la mairie dans la réception et la distribution des dons de matériels et d'intrants effectués par des ressortissants, des associations des ONG ou des organisations internationales

Niveau intermédiaire et national

- Les médecins affectés dans une commune doivent cumuler des tâches précises de consultation (permanences publiques) et des tâches de supervision des personnels de santé de la commune
- Rendre accessible à tous la documentation des districts et des régions sanitaires
- Mettre sur pied des observatoires régionaux de la santé (incluant des élus, des membres des COSAN, des personnels de santé, et des chercheurs)
- Mettre sur pied une fédération nationale des COGES ou COSAN
- Accorder aux maires un droit de regard sur les affectations des personnels de santé dans la commune
- Accorder aux maires un rôle dans l'évaluation des personnels de santé de leur commune
- Diffuser auprès des mairies les textes relatifs aux compétences des communes en matière de santé
- Associer les maires à l'élaboration de la carte sanitaire et des planifications en santé

Les réformateurs de la ligne de front

Un premier exemple portera sur une structure de référence (un hôpital régional). Nous développerons ensuite la piste de réformes partant des normes pratiques (en modifier certaines, en introduire d'autres) en nous appuyant sur le cas des maternités. Enfin, nous présenterons les résultats d'un séminaire tenu

avec des personnels de santé réunis pour une session de formation par le LASDEL

Une expérience à investiguer : le cas des dossiers à l'hôpital régional de Tahoua

Un processus d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients a été mené à l'hôpital régional de Tahoua à partir de 2013. Une étude menée par le LASDEL (Hamani 2016) a signalé cette initiative locale intéressante centrée sur la production et la tenue de dossiers médicaux. En effet, ce CHR, où jusque-là les dossiers dans les services étaient quasi inexistantes ou très mal tenus, a amélioré significativement ses résultats (baisse du taux de décès dans les premières 24 heures de 17% à 3,2%). Le directeur a entrepris la création d'un dossier médical unique, non pas importé mais conçu sur place par une équipe d'infirmiers et de médecins, avec un suivi mensuel opéré par l'équipe, sans véritables ressources additionnelles. En outre :

« Nous avons élaboré un document de normes de prise en charge les plus courantes. Ces normes étaient contextualisées et adoptées de façon consensuelle avec l'équipe » (Assoumana 2017)

Cette expérience mériterait des investigations supplémentaires. Mais elle nous oriente déjà vers une piste de solutions alternatives aux modèles voyageurs importés, émanant au contraire des contextes locaux, élaborées par les personnels de santé de la ligne de front.

Le cas d'une sage-femme réformatrice : modifier les normes pratiques

Nous avons rencontré parfois des sages-femmes ou des gynécologues « réformatrices », qui tentent d'améliorer la qualité des services de santé, à partir des contextes réels, à partir des problèmes du terrain, sans appliquer pour autant intégralement les interventions standardisées, loin d'une logique de

l'observance stricte des modèles voyageurs. Leurs initiatives sont discrètes, éparpillées, en général quasi invisibles, et méritent d'être connues et documentées.

A titre d'exemple, nous évoquerons une étude de cas qui porte sur une directrice de maternité « réformatrice » au Niger ⁵³. Sur trois points elle a réussi à modifier les normes pratiques des personnels dans sa maternité, sans toutefois recourir aux normes officielles (et en restant toujours dans un écart avec celles-ci)

Les retards

L'horaire officiel de travail des agents de santé est de 7.30 à 16.30 avec une heure de pause déjeuner. Mais les sages-femmes arrivent vers 9 heures et partent vers 13 heures (sauf lorsqu'elles sont de garde). Pour tenter de faire respecter les horaires, le Ministère a récemment tenté une intervention : il oblige les formations sanitaires à tenir un cahier de présence, avec une ligne rouge à 8 heures. On ne s'étonnera pas de ce que, partout, les personnels continuent à arriver comme d'habitude vers 9 heures, mais reportent sur le cahier une heure d'arrivée fictive antérieure à 8 heures. La directrice de la maternité Salam⁵⁴ n'utilise pas le cahier officiel, elle sait qu'il est inutile. Par contre, elle arrive elle-même à 8 heures, et fait alors le tour de tous les services, pour saluer les personnels, qui se sentent donc obligés d'être présents . La directrice, parce qu'elle donne elle-même l'exemple, et grâce à un contrôle « soft », fait mieux que la mesure bureaucratique imposée officiellement par le

⁵³ Enquête de Maman Sani Souley Issoufou, dans le cadre d'un mémoire de master d'anthropologie de la santé de l'Université Abdou Moumouni, et du programme de recherche "Les problèmes négligés du système de santé au Niger" financé par le CRDI

⁵⁴ Le nom a été modifié

Ministère, mais sans respecter les normes officielles (début à 7.30, tenue du cahier)

Les hémorragies

L'hémorragie post-partum est le plus souvent liée à une faute de la sage-femme en charge de l'accouchement. Mais, au Niger, personne n'utilise les sanctions légales prévues pour les fautes professionnelles. Cette impunité est une norme pratique généralisée dans toute la fonction publique. La directrice de la maternité Salam n'utilise pas non plus les sanctions légales (les normes officielles). Mais elle a « inventé » une sanction locale (une norme pratique qu'elle a imposée) : en cas d'hémorragie, la sage-femme doit accompagner elle-même la parturiente jusqu'au centre de référence. Pour la sage-femme en cause ce sera une perte de temps (et d'argent) et, pire, une honte : les agents du centre de référence savent qu'il y a eu faute si on leur amène une hémorragie, et voient la fautive face à eux...

Les paiements informels

On peut estimer à environ 10 dollars par accouchement l'argent que les sages-femmes (et les autres personnels des maternités) gagnent en moyenne avec les paiements « informels » qu'elles exigent des parturientes (vente d'ocytocine, de sérum, de fil de suture, de gants, etc...). La directrice de la maternité Salam n'a pas tenté de supprimer ces « prélèvements » (ce qui serait peu réaliste), mais de les réduire. Elle a réuni son personnel, en donnant un plafond de 5 dollars à ne pas dépasser.

On a donc ici un exemple de réformes locales, partant des normes pratiques pour en modifier certaines, sans pour autant tenter de faire appliquer les normes officielles, qui actuellement non seulement sont inappliquées

(revanche des contextes), mais sans doute inapplicables (en l'absence d'une réforme radicale de la fonction publique et de l'Etat).

Mais il faut souligner que cette directrice, soutenue initialement par l'ECD en place lors de sa prise de fonction, a été ensuite marginalisée et abandonnée par une nouvelle ECD. Mais, après une période de découragement, elle a continué son action réformatrice en inventant comme nouvelle sanction l'application du règlement sur les gardes. En effet, la loi accorde 24 heures de repos pour 24 heures de garde. Mais l'usage partout au Niger est de donner 48 heures de repos pour 24 heures de garde (c'est une norme pratique quasi officialisée). Elle oblige donc les sages-femmes fautives à ne prendre, après 24 heures de garde, que le repos légal de 24 heures...

Il existe bien sûr au Niger – comme dans tous les pays - d'autres sages-femmes réformatrices que la directrice de la maternité Salam. Certes, elles constituent une minorité invisible, mais pourquoi ne pas tenter de les mettre en réseau, et de s'appuyer sur elles pour définir diverses pistes d'amélioration des maternités ? C'est ce que tente un programme de recherche-action du LASDEL⁵⁵ dont le volet central porte sur la recherche et la documentation de réformes locales, et de « pockets of effectiveness »⁵⁶ internes au système de santé maternelle, autrement dit d'innovations formelles ou informelles ayant permis des changements de comportement en faveur d'une meilleure qualité des soins. Autour d'une douzaine de sages-femmes « réformatrices », il s'agira, sur la base de leur expérience dans le « real world setting », et de leur connaissance des normes pratiques en usage, de définir des actions

⁵⁵ Ce programme, intitulé « Santé maternelle et adolescente en Afrique de l'Ouest. Pour des réformes à faible coûts enracinées dans la réalité » concerne le Bénin et le Niger, et est financé par le CRDI

⁵⁶ Il existe divers travaux intéressants sur les poches d'efficacité (« pockets of effectiveness ») dans les LMIC : cf. Crook 2010 ; Leonard 2010 ; Roll 2014.

expérimentales qu'elles mettront elles-mêmes en œuvre dans quelques maternités, avec pour objectif ultérieur de servir de points d'appui à des « coalitions réformatrices » locales et régionales dans le domaine de la santé maternelle, avec pour objectif d'améliorer pas à pas la culture professionnelle des sages-femmes nigériennes (basée sur les normes pratiques qu'elle suivent). Cela signifie affronter des réalités quotidiennes très concrètes : que faire du partogramme, si on part de la réalité du terrain ? Le modifier, l'abandonner, le remplacer (et par quoi ?) ? Des réponses pertinentes ne peuvent être trouvées que par des experts de terrain, autrement dits les réformateurs de la « ligne de front » et non pas des experts de bureau.

Des propositions de réformes partant des réalités

Dans cette perspective, nous avons, lors de la deuxième session de l'Ecole professionnelle du LASDEL en direction des personnels de santé, réunissant une vingtaine de sages-femmes, médecins, infirmiers, tenu un séminaire sur deux jours (3-4 novembre 2017) autour des normes pratiques dans la santé, en particulier la santé maternelle, avec des travaux de groupe ayant pour consigne de partir de réalités locales et des nœuds critiques afin d'imaginer des réformes réalistes partant du terrain au Niger, et faisables à faibles coûts (sans dépendre de l'aide extérieure)

Les nœuds critiques

On a constaté une convergence significative des stagiaires dans l'identification des principaux nœuds critiques spécifiques au système de santé maternelle, et devant faire l'objet, quant aux solutions à apporter, de réflexions innovantes, enracinées dans le terrain : leurs diagnostics de praticiens de la ligne de front met l'accent sur les difficultés du « monde réel » de la santé au

Niger, et pose donc des « problèmes concrets » différents des « problèmes abstraits » de l'épidémiologie.

- *Les longues files d'attente des femmes à la porte des formations sanitaires* (comment réorganiser le travail quotidien et hebdomadaire pour offrir plus de temps de consultation ? comment minimiser les attentes - numéros ou rendez-vous ?)
- *La très faible ponctualité des personnels de santé* (comment diminuer les diverses formes de retards et d'absentéisme ?)
- *Le « rançonnement » (racket) des patientes et les paiements informels* (comment diminuer ou supprimer les sommes prélevées indument par les personnels aux dépens des patientes ?)
- *Les absences des personnels dues aux départs en formation, en séminaire, en réunion, en missions, etc...* (comment assurer une continuité du service et un intérim quand un agent est en déplacement ?)
- *La perte de repères déontologiques chez les personnels et la fin des « vocations »* (comment réinstaurer une morale du service public ?)
- *Le manque d'hygiène dans les formations sanitaires* (comment instaurer un respect de règles d'asepsie minimales ?)
- *Le non remplissage des supports* (comment assurer un monitoring simple et une traçabilité minimale ?)
- *Le favoritisme, le clientélisme et l'égoïsme dans le choix des personnels envoyés en formation* (comment éviter que les chefs

hiérarchiques ne s'accaparent les formations ou ne les donnent à leurs favoris, comment faire pour que la compétence et l'intérêt du service soient des critères prioritaires ?)

- *L'absence de suivi des personnes hospitalisées* (comment s'assurer que tous les soins nécessaires soient fournis aux moments nécessaires ?)
- *La rémunération des personnels bénévoles nombreux dans les formations sanitaires* (comment leur fournir un minimum de ressources, afin qu'ils ne les prélèvent pas sur les patients ?)
- *La disparition et la maintenance défailante du petit matériel nécessaire à la prise des constantes* (comment entretenir ou réparer les tensiomètres, thermomètres, ou balances ?)
- *Les failles de la référence (informations nécessaires non fournies) et l'absence de contre référence* (comment instaurer un dialogue professionnel pertinent entre les personnels qui réfèrent et ceux du centre de référence ?)
- *L'absence de sanction* (comment instaurer un système de sanctions réalistes et efficaces ?)
- *L'interdiction de fait de l'accouchement traditionnel accroupi* (comment convaincre les personnels de santé de l'accepter, et dans quelles conditions ?)
- *La non-coordination des partenaires intervenant chacun de son côté avec ses propres procédures* (comment enclencher une coordination et imposer le respect de règles communes ?)

Tous ces nœuds critiques soulèvent des problèmes qui pour l'essentiel peuvent trouver des solutions locales sans perfusion extérieure. Mais il faut mentionner un problème central, sans cesse évoqué, qui ne peut trouver, lui, qu'une solution nationale, et qui est au cœur des politiques de santé, et plus généralement des politiques publiques : la question des affectations, complètement polluée par l'interventionnisme politique, le clientélisme, et la corruption⁵⁷.

Vers des solutions locales

Du côté des solutions locales, un certain nombre de pistes sont apparues comme récurrentes dans les propositions des participants :

- La nécessité d'une concertation avec les personnels de santé, interne aux services, avant toute réorganisation, toute modification des procédures, toute introduction d'un nouveau support, toute instauration de règles du jeu nouvelles (par exemple sur la question des « rançonnements » ou le choix de ceux qui partent en formation). Cette stratégie contraste avec la réalité habituelle des formations sanitaires (mais aussi du Ministère de la santé et des organisations internationales), où la verticalité, l'imposition de changements décidés ailleurs, et les injonctions « top down » sont hégémoniques
- La nécessité d'un dialogue avec les usagers et avec les populations, qui doivent avoir leur mot à dire et que les personnels de santé doivent écouter. Il reste à trouver par quels

⁵⁷ Cf. Schaaf & Freedman 2013; Sheikh & al. 2015

canaux innovants ce dialogue doit passer, car la « participation communautaire » ne saurait se limiter ni aux COGES (bien souvent réduit à leur président et à leur trésorier), ni à des assemblées générales convoquées par des bailleurs de fonds, ni encore moins à faire des briques pour le mur du dispensaire...

- Le rôle décisif d'un leadership basé sur l'exemple. Une directrice de maternité, un major de CSI, un directeur d'hôpital de district, un chef de service, tous doivent à la fois être des gestionnaires de ressources humaines et des exemples à suivre. La réalité en est bien loin le plus souvent.
- Un coaching et un mentorat de proximité, sur les lieux de travail, ce qui contraste avec les sessions de formation à l'extérieur et avec les supervisions verticales
- L'invention de sanctions adaptées aux problèmes concrets et tenant compte des normes pratiques des personnels, loin des réglementations officielles inappliquées et inapplicables.
- La délivrance de récompenses symboliques aux personnels délivrant des soins de meilleure qualité. A la différence des indicateurs très complexes et des dispositifs particulièrement onéreux du paiement à la performance, la reconnaissance par la hiérarchie et les pairs de la compétence et du sérieux d'un agent ne mobilise que des moyens locaux (témoignage public, tableau d'honneur hebdomadaire ou mensuel, réception à la mairie, méchoui, etc...) et constitue une source importante de motivation, comme l'attestent nos enquêtes
- La responsabilisation d'un agent pour des tâches transversales. Beaucoup de nœuds critiques dans une formation sanitaire

peuvent être dénoués par un simple contrôle et suivi de proximité, délégués à un agent en sus de son travail habituel : l'hygiène, le remplissage des supports, la maintenance du petit matériel, la référence et la contre-référence, etc. Aujourd'hui, un chef de service, souvent débordé, est incapable d'effectuer seul ce suivi.

- L'instauration d'une polyvalence au niveau des personnels généralistes de premier recours. Cette polyvalence permet d'assurer une rotation de tâches, d'éviter certaines routines, de remplacer les absents, et de mettre sur pied une réorganisation du travail au service des usagers

La proposition de réforme la plus élaborée, sans appel à des fonds extérieurs, a porté sur le petit matériel. Il s'agit de mesures très simples, adaptées aux contextes locaux, mais qui actuellement ne sont pas en vigueur. La tenue d'un inventaire régulier du petit matériel, pour éviter les détournements et repérer les pannes, est une première mesure. Une seconde consiste en des fiches de décharge pour les prêts entre personnels ou entre services. On doit aussi prévoir l'intégration d'un ouvrier polyvalent dans les équipes de supervisions afin de procéder à des réparations sur place ou d'emmener en atelier les matériels défectueux. Une mesure particulièrement innovante porte sur la constitution d'un stock de dépannage au niveau de l'équipe cadre de district pour remplacer immédiatement les matériels défectueux en attendant qu'ils soient réparés.

CONCLUSION. PARTIR DES NORMES PRATIQUES, POUR INDUIRE DES CHANGEMENTS : À LA QUÊTE DES INNOVATIONS ET DES RÉFORMATEURS DE L'INTÉRIEUR

Nous proposons en conclusion de multiplier des actions expérimentales autour de « réformateurs de l'intérieur », reposant sur une stratégie alternative : partir des normes pratiques, pour induire un changement progressif de celles-ci, plutôt que d'importer encore et toujours de nouvelles normes officielles standardisées, au fil des interventions qui se succèdent et s'empilent sans guère modifier les comportements routiniers et sans perspectives crédibles d'appropriation et de pérennisation.

Parmi les normes pratiques qui régulent le quotidien des écoles et des formations sanitaires, lesquelles peuvent être amendées, modifiées, améliorées, ou même valorisées ? Lesquelles doivent être et peuvent être abandonnées, et comment, au profit de quelles autres ? Comment peut-on introduire de meilleures normes pratiques, et les routiniser ou les institutionnaliser ?

Cette perspective privilégie le « sur mesure » plutôt que le « prêt-à-porter ». Mais en outre, les normes pratiques peuvent aussi être parfois positives, innovantes. Elles ne sont pas toujours au service de stratégies opportunistes, conformistes ou égoïstes, et peuvent au contraire permettre de se « débrouiller », de « bricoler » des solutions, d'inventer des pratiques « palliatives », de développer des « *coping strategies* » dans l'intérêt des

usagers, de gérer la pénurie ou la démotivation des collègues, de tenter des formes adaptées de leadership...

Nos recherches depuis 20 ans au cœur du système de santé et du système éducatif au Niger nous ont amené à rencontrer divers professionnels réformateurs, sur la ligne de front du service à l'utilisateur. Ce sont des « exceptions admirables », qui tentent, sans grands moyens, sans publicité, sans soutien, parfois même contre leur hiérarchie d'améliorer le fonctionnement quotidien des écoles ou des centres de santé. Pour le faire, ils « bricolent ». Ils inventent des solutions locales. Ils mettent en place de nouvelles normes pratiques, ou infléchissent celles qui sont en place. Ils ne respectent pas pour autant scrupuleusement la vaste panoplie des normes officielles. Leurs « bonnes pratiques » ne sont pas des bonnes pratiques de bons élèves des organisations internationales, ce sont des innovations et des improvisations avant tout adaptées aux contextes réels de travail. Elles restent le plus souvent invisibles aux yeux des experts.

Les rendre visibles, documenter ces multiples réformes discrètes, cela nous semble une tâche prioritaire pour la recherche anthropologique, et constituer un premier pas vers une approche nouvelle de cette question cruciale : comment améliorer la qualité de l'éducation et la qualité des soins, dans des services publics qui ont vocation à s'adresser à la majorité de la population (en particulier les plus vulnérables), alors que les élites ont depuis longtemps déserté ces services publics ?

Références

Anders, G. 2010 *In the shadow of good governance. An ethnography of civil reform in Africa*. Leiden: Brill

Assoumana H.2018 « Mise en place d'un processus d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients au Centre hospitalier régional de Tahoua, Niger ». *Health 4 Africa*, July 20

Bako Arifari, N. 2007a « La médiation socio-anthropologique entre savoir et action. Plaidoyer pour un métier d'intermédiaire en action publique ». In Bierschenk, Blundo, Jaffré & Tidjani Alou (eds)

Bako Arifari, N. 2007b « 'Ce n'est pas les papiers qu'on mange !'. La corruption dans les transports, la douane et les corps de contrôle ». In Blundo & Olivier de Sardan (eds)

Bierschenk, T. & Olivier de Sardan, J.P. (eds) 2014 *States at Work. The Dynamics of African Bureaucracies*. Leyden: Brill

Bierschenk, T. , Blundo, G., Jaffré, Y. & Tidjani Alou, M. (eds) 2007 *Une anthropologie entre rigueur et engagement. Essais autour de l'oeuvre de Jean-Pierre Olivier de Sardan*. Paris: Karthala

Bierschenk, T.2014 « From the anthropology of development to the anthropology of global social engineering ». *Zeitschrift für Ethnologie*,139 (1):73-98

Blundo, G. & Olivier de Sardan, J.P. (eds) 2007 *Etat et corruption en Afrique. Une anthropologie comparative des relations entre fonctionnaires et usagers (Bénin, Niger, Sénégal)*. Paris: Karthala

Blundo, G. & Olivier de Sardan, J.P.2007 « La corruption quotidienne en Afrique de l'Ouest ». In Blundo & Olivier de Sardan (eds)

Blundo, G. 2011 « ' Comme un ballon de foot'. La gestion quotidienne des ressources humaines dans les services forestiers en Afrique de l'Ouest ». In Schareika, Spies, & Le Meur (eds)

Blundo, G. 2014 « Le roi n'est pas un parent. Les multiples redevabilités au sein de l'État postcolonial en Afrique ». In Haag & Lemieux (eds)

Blundo, G. 2014 « Seeing like a State Agent: The Ethnography of Reform in Senegal's Forestry Services ». In Bierschenk & Olivier de Sardan (eds)

Blundo, G. 2015 « The King is not a kinsman. Multiple accountabilities and practical norms in West African bureaucracies ». In de Herdt & Olivier de Sardan (eds)

Bonnet, D. & Jaffré, Y. (eds) 2003 *Les maladies de passage : transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*. Paris: Karthala

Britan, G. & Cohen, R. (eds) 1980 *Hierarchy and society: anthropological perspectives on bureaucracy*. Philadelphia: Institute for the Study of Human Issue

Caremel, J.F. 2016 « Problèmes de déploiement des ressources humaines de santé au Niger. Contraintes, solutions à l'oeuvre et nouvelles pistes d'actions ». Niamey: LASDEL

Conrad, P. & al. 2012 « Compliance with focused antenatal care services: do health workers in rural Burkina Faso, Uganda and Tanzania perform all ANC procedures ». *Tropical Medicine & International Health*, 17(3), 300-307.

Crook, R. 2010 « Rethinking civil service reform in Africa: 'islands of effectiveness' and organisational commitment ». *Commonwealth and Comparative Politics*, 48 (4) : 479-504

Cummings, C. & Ali Bako, T. 2016 « L'action collective dans la gestion du déploiement des enseignants au Niger ». ODI report

De Herdt, T. & Olivier de Sardan, J.P. (eds) 2015 *Real Governance and Practical Norms in Sub-Saharan Africa. The game of the rules*. London: Routledge

Diarra, A. & Moumouni, A. 2007a « Les visites à domicile auprès des PvVIH à Niamey (approche socio-anthropologique) ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 54

Diarra, A. & Moumouni, A. 2007b « L'appui alimentaire aux PvVIH à Niamey (approche socio-anthropologique) ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 55

Diarra, A. & Moumouni, A. 2008 « Les personnels de santé face au SIDA et à la prise en charge des PvVIH à Niamey. Transformation ou reproduction des représentations et pratiques habituelles ? ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 62

Diarra, A. & Ousseini, A. 2015 « The strategies of front-line health workers in the context of user fee exemption in Niger ». *BMC Health Service Research*, 15 (Suppl 3)

Diarra, A. 2011a « La mise en œuvre de la politique d'exemption de paiement dans les districts sanitaires ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 96

Diarra, A. 2012b « La mise en œuvre locale de l'exemption des paiements des soins au Niger ». *Afrique Contemporaine*, 243: 77-109

Diarra, A. 2012c « La prise en charge de l'accouchement dans trois communes au Niger : Say, Balleyara et Guidan Roumji ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 101

Haag, P. & Lemieux, C. (eds) 2014 *Faire des sciences sociales* (vol 1 Critiquer). Paris: Editions de l'EHESS

Hahonou, E. & Souley, A. 2004 « Les associations cantonales dans le Tagazar et le Tondikandia ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 24

Hahonou, E. 2002 « Les urgences à l'hôpital de Niamey ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 5

Hamani, O. 2013a « Les Pratiques Familiales Essentielles (PFE) au Niger. Socio-anthropologie d'une intervention à base communautaire ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 104

Health Education and Training Team for Africa 2011 « Antenatal care module. Chapter 13: Providing focused antenatal care ». Ethiopian Health Extension Programme - The Open University.

Hibou, B. 2012 *La bureaucratisation du monde à l'ère néo-libérale*. Paris: La Découverte

Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J.P. (eds) 1999 *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris: PUF

Jaffré, Y. & 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

Jaffré, Y. & Prual, A. 1993 « Le corps des sages femmes, entre identités professionnelle et sociale ». *Sciences Sociales et Santé*, 11 (2): 63-80

Jaffré, Y. 2012 « Towards an anthropology of public health priorities: maternal mortality in four obstetric emergency services ». *Social Anthropology*, 20 (1): 3-18

Jaffré, Y., avec Diallo, Y., Vasseur P. & Grenier-Torrès, C. 2009 *La bataille des femmes. Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*. Descartes, Les Éditions Faustroll

Lavigne Delville, P. et Abdlekader, A. 2010 « 'A cheval donné on ne regarde pas les dents'. Les mécanismes et les impacts de l'aide vus par des praticiens nigériens ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 83

Leonard, D. 2010 « Pockets of effective agencies in weak governance states: Where are they likely and why does it matter? ». *Public Administration and Development* 30 (2): 91-101

Mission d'investigation Gavi 2012 « Rapport d'investigation ». Niamey

Moha, M. 2011 « 'Même la nourriture, on se fatigue de la manger, à plus forte raison le médicament...' ». Les PvVIH et les médicaments au Niger ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 94

Mohamadou, A. 2003 « Les pouvoirs locaux à Birnin Lalle ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 16

Moumouni, A. & Souley, A. 2004 « La Maternité Issaka Gazoby et l'Hopital National de Niamey ». *Etudes et Travaux du LASDEL* (Niamey), 19

Moussa, H. 2003 « Niamey: le complexe sanitaire de Boukoki ». In Jaffré & Olivier de Sardan (eds)

Moussa, H. 2004 « La pratique de la planification familiale en milieu rural : cas du district de Kollo ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 2

Olivier de Sardan, J.P. 2004 « Etat, bureaucratie et gouvernance en Afrique de l'Ouest francophone. Un diagnostic empirique, une perspective historique ». *Politique Africaine*, 96: 139-162

Olivier de Sardan J.P. & Ridde, V.(eds) 2014 *Une politique publique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*. Paris: Karthala

Olivier de Sardan, J.P. & Bako Arifari, N. 2011 « La référence obstétricale au Bénin, Etude socio-anthropologique ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 97

Olivier de Sardan, J.P. & Ridde, V. 2011 « Une comparaison provisoire des politiques d'exemption de paiement dans trois pays sahéliens (Burkina Faso, Mali, Niger) ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 89

Olivier de Sardan, J.P. 2001 « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest ». *Autrepart*, 20: 61-73

Olivier de Sardan, J.P. 2014 « Les exemptions de paiement : controverses et malentendus autour d'une recherche. Les chercheurs et le débat citoyen ». In Olivier de Sardan & Ridde (eds)

Olivier de Sardan, J.P. 2015 « Practical norms: informal regulations within public bureaucracies (in Africa and beyond). In De Herdt & Olivier de Sardan (eds)

Olivier de Sardan, J.P. 2018 « Miracle mechanisms, travelling models and the revenge of the contexts. » Cash transfer programmes: a textbook case ». In Olivier de Sardan & Piccoli (eds)

Olivier de Sardan, J.P., Bako Arifari, N. & Moumouni, A. 2007 « La corruption dans le domaine de la santé ». In Blundo & Olivier de Sardan (eds)

Olivier de Sardan, J.P., Diarra, A. & Moha, M. 2017 « Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health ». *Health Research Policy and Systems*, 15 (suppt 1) : 60 (DOI: 10.1186/s12961-017-0213-9)

Olivier de Sardan, J.P., Diarra, A. & Moumouni, A. 2006 « La prise en charge des PvVIH et l'observance des ARV à Niamey (approche socio-anthropologique) ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 45

Olivier de Sardan, J.P., Moumouni, A., Souley, A. 2001 « 'L'accouchement, c'est la guerre'. Grossesse et accouchement en milieu rural nigérien ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 1

Oumarou, A. 2015 « Les collectivités territoriales dans la fourniture du service de santé au Niger, une analyse à partir des communes de Dosso, Tibiri, Kargui-Bangou et Liboré ». Niamey: rapport LASDEL

Ousseini, A. 2011 « Une politique publique de santé au Niger. La mise en place d'exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 91

Pruhal, A., Toure, A., Huguet, D., & Laurent, Y. 2000 « The quality of risk factor screening during antenatal consultations in Niger ». *Health Policy and Planning*, 15(1), 11-16.

Roll, M. (ed) 2014 *The Politics of Public Sector Performance: Pockets of Effectiveness in Developing Countries*. London: Routledge

Rottenburg, R. 2007 *Far-fetched facts. A parable of development aid*. Cambridge: MIT Press

Schaaf, M. & Freedman, L. 2013 « Unmasking the open secret of posting and transfer practices in the health sector ». *Health Policy and Planning* <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czt091>.

Sheikh K., Freedman L., Ghaffar A., Marchal B., el-Jardali F., McCaffery J., Olivier de Sardan J.P., dal Poz Mario, F. Walter, Garimella S., Schaaf M. 2015 « Posting and transfer: key to fostering trust in government health services ». *Human Resources for Health*, 13:82 (DOI: 10.1186/s12960-015-0080-9)

Souley, A. 2001 « Interactions entre personnels de santé et usagers à Niamey ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 2

Tidjani Alou, M. 2001 « La justice au plus offrant. Les infortunes du système judiciaire en Afrique de l'Ouest (cas du Niger) ». *Politique Africaine*, 83: 59-78

Tidjani Alou, M. 2002 « La petite corruption au Niger ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 3

Tidjani Alou, M. 2005 « La corruption dans la justice au Bénin, au Niger et au Sénégal ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 39

Tidjani Alou, M. 2007 « La corruption dans le système judiciaire ». In Blundo & Olivier de Sardan (eds)

Timmermans, S. & Berg, M. 1997 *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia: Temple University Press

Von Both, C., Fle a, S., Makuwani, A., Mpembeni, R., & Jahn, A. 2006 «How much time do health services spend on antenatal care? Implications for the introduction of the focused antenatal care model in Tanzania ». *BMC Pregnancy and Childbirth*, 6(1), 1

World Health Organization 2002 « WHO antenatal care randomized trial: manual for the implementation of the new model ». Geneva: World Health Organization, 37

Ce rapport est issu du programme de recherche « Accountability through practical norms: civil service reform in Africa from below », Centre of African Studies, University of Edinburgh, financé par British Academy

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

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

Derniers numéros parus :

- N° 126 « Lutter contre les mariages précoces par l'autonomisation des filles », par A. Diarra, avec I. Traoré et B. Dicko (Mali), O. Hamani, N. Issaley et T. Ali Bako (Niger), A.M. Etorh et I. Tchitou (Togo) (2019)
- N° 125 « Le Programme Lisungi de transferts monétaires en République du Congo », par J.P. Olivier de Sardan, O. Hamani, O. Kaway Meya et K. Moussa (2018)
- N° 124 « Les dossiers médicaux au Niger », par O. Hamani (2015) parution 2019

