



UNIVERSITE ABDOU MOUMOUNI

Laboratoire d'Etude et de Recherche sur les Territoires
Sahélo-Sahariens : Aménagement et Développement

Revue scientifique thématique semestrielle
*E*nvironnement et *D*ynamique des *S*ociétés



N° 013

Décembre

2025

ISSN

1859 - 5146



Presse Universitaire
Niamey



UNIVERSITE ABDOU MOUMOUNI (NIGER)

Laboratoire d'Etude et de Recherche sur les Territoires
Sahélo-Sahariens : Aménagement et Développement

LERTESS - AD**Revue scientifique thématique semestrielle****E**nvironnement et **D**ynamique des **S**ociétés

FACTEUR D'IMPACT (SJIFactor.com)		INDEXATION EDS	
2023	4,866	 https://sjifactor.com/passport.php?id=23616	
2022	4,497	 https://universiteabdoumoumounideniamey.academia.edu/EnvironnementetDynamiquedesSoci%C3%A9t%C3%A9sEDS	
2021	4,09	 https://portal.issn.org/resource/ISSN/1859-5146	
2020	3,752	 https://orcid.org/0009-0006-0118-2004	

Photo de couverture: Piste rurale à travers les champs pendant la saison des pluies, Sud de la Région de Zinder, M.WAZIRI M. Zaneidou, 2023

MAQUETTE & PAO: Dr MAMAN WAZIRI MATO Zaneidou, LERTESS/AD, UAM - Niamey

N° 013**ISSN****1859-5146****DECEMBRE 2025**

Note aux auteurs

La revue « Environnement et Dynamique des Sociétés » du Laboratoire d'étude et de recherche sur les territoires sahélo-sahariens : aménagement, développement est une revue thématique semestrielle. Elle publie en français ou en anglais des articles originaux ou des ouvrages résultant des recherches effectuées dans l'école doctorale Lettres, Arts, Sciences de l'Homme et de la Société par des chercheurs extérieurs dans les domaines d'intérêt de la revue. Pour faciliter l'édition, les auteurs sont invités à suivre les recommandations suivantes :

- [1]. En principe aucun article ne doit occuper plus de 15 pages dans la revue, tout compris, sachant qu'une page de la revue contient environ 500 mots.
 - [2]. Le manuscrit doit être soumis en version numérique. L'article doit répondre à la structure suivante :
 - a) Pour un article qui est une contribution théorique et fondamentale : le titre (il doit être concis mais complet et précis), le nom et prénoms de l'auteur ou les noms et prénoms des auteurs suivis de son titre ou de leurs titres académiques ou professionnels, le nom de l'institution ou les noms des institutions d'appartenance de l'auteur ou des auteurs et son adresse ou leurs adresses (y compris les adresses mail). Le plan du texte doit répondre au schéma suivant : Introduction (justification du thème, problématique, hypothèses/objectifs scientifiques, approche), Développement articulé, Conclusion, Bibliographie.
 - b) Pour un article qui résulte d'une recherche de terrain : le titre (il doit être concis mais complet et précis), le nom et prénoms de l'auteur ou les noms et prénoms des auteurs suivis de son titre ou de leurs titres académiques ou professionnels, le nom de l'institution ou les noms des institutions d'appartenance de l'auteur ou des auteurs et son adresse ou leurs adresses (y compris les adresses mail). Le plan du texte doit répondre au schéma suivant : Introduction, Méthodologie, Résultats et Discussion, Conclusion, Bibliographie.
 - [3]. Le texte au format A4, doit être saisi en police Times New Roman, taille 12 pour le corps du texte et 14 pour les titres et avec un interligne de 1,5. Les articulations d'un article, à l'exception de l'introduction et de la conclusion et de la bibliographie doivent être titrées et numérotées par des chiffres (exemples : 1. 1.1. 1.2. ; 2. ; 2.1. ; 2.2.1. ; 2.2.2. ; 3. ; etc.).
 - [4]. Les auteurs peuvent envoyer leurs textes qui doivent être traités en Word sur PC par Internet à EDS : revueeds@gmail.com.
 - [5]. Tout article doit être accompagné d'un résumé n'excédant pas 200 mots avec indication des mots clés au maximum 5 en français et d'un Abstract et des Key words en anglais. Ces résumés doivent permettre au lecteur d'apprécier exactement l'intérêt de l'article, les problèmes posés, les méthodes employées et les résultats obtenus. Ils doivent être rédigés avec le plus grand soin, dans une langue claire.
 - [6]. Les illustrations qui doivent être pertinentes (photos, croquis, graphiques, cartes et tableaux) se limiteront au minimum nécessaire.
 - [7]. Les références bibliographiques : elles doivent être citées dans le texte de la manière suivante : (B. Yamba, 1975, p21). Lorsque la référence comporte plus de trois auteurs, seul le premier auteur sera mentionné suivi de : « et al. ». A la fin de l'article, les références constituant la bibliographie doivent être citées par ordre alphabétique croissant et de date pour un même auteur le tout numéroté. Pour chaque référence, inclure les noms complets de tous les auteurs. Une référence en ligne (Internet) est acceptable si elle s'avère fiable et crédible, on prend soin de mentionner le lien (la page web). Exemple : ANTHELME Fabien, BOISSIEU Dimitri, GIAZZI Franck et WAZIRI MATO Maman - (Page consultée le 30 mai 2011) *Dégradation des ressources végétales au contact des activités humaines et perspectives de conservation dans le massif de l'Air (Sahara, Niger)* - Vertigo, La revue électronique en sciences de l'environnement, Vol.7 no2, Adresse URL : <http://www.vertigo.uqam.ca/>.
- Exemples :
- ▽ **Pour un article de journal ou revue** : Nom (s) suivi du prénom (s) de l'auteur (s); la date de parution de l'article : le titre de l'article, le titre du périodique en italique et précédé de « in » ; le volume et le numéro de la première et de la dernière page de l'article. Exemple : BOUZOU MOUSSA Ibrahim, 2003 - Les loupes d'érosion, formes majeures de dégradation des terres de glaciés à sols indurés : Cas de Bogodjotou (Niger). In *Annales de l'Université Abdou Moumouni de Niamey*, Tome VII, pp. 220-228.
 - ▽ **Pour les ouvrages** : le nom de l'auteur précédé du prénom (s) ; la date de l'édition ; le titre complet de l'ouvrage en italique ; le nombre de volumes et le nombre total de page ; le nom de l'éditeur ; le lieu de l'édition. Exemple : KILANI Mondher et WAZIRI MATO Maman, 2000 - *Gomba Hausa : dynamique du changement dans un village sahélien du Niger*, éditions Payot, Lausanne, 175 pages.
 - ▽ **Pour un chapitre dans un ouvrage** : le nom de l'auteur précédé du prénom (s) ; la date de l'édition ; le titre complet du chapitre ; le titre de l'ouvrage en italique, le nom de l'éditeur entre parenthèse ; la maison d'édition ; le lieu de l'édition. Exemple : MOTCHO Henri Kokou, 2007 - Dynamique urbaine et intégration régionale en Afrique de l'Ouest. - In : *Les États-nations face à l'intégration régionale en Afrique de l'Ouest : le cas du Niger*, (WAZIRI MATO, éd.), Karthala, Paris, pp. 121-137.
 - ▽ **Pour un article d'acte de colloque** : le nom de l'auteur précédé du prénom (s) ; la date de l'édition ; le titre de l'article, titre du colloque précédé de in, le nom de la revue, le lieu d'édition, le volume et le numéro de la première et de la dernière page de l'article. Exemple : BOUZOU MOUSSA Ibrahim, 1998 - Dégradation des terres et pauvreté au Niger : cas du terroir villageois de Windé - Bago (Dallol Bosso Sud). In : *Actes du Colloque du Département de Géographie FLSH/UAM Niamey 4-6 juillet 1996. Urbanisation et pauvreté en Afrique de l'Ouest*. Annales de l'Université Abdou Moumouni de Niamey, n° Hors Série, pp.49-61.
 - ▽ **Pour une agence gouvernementale ou internationale considérée comme auteur** : Ministère de l'Aménagement du Territoire et du Développement Communautaire, 2006 - *Guide national d'élaboration d'un plan de développement communal*, Direction Générale du Développement Communautaire, 35 pages.
- [8]. Les notes : elles doivent être en bas de chaque page et mentionnées dans le texte par leur numéro respectif. La police est la même avec le texte mais de taille 10.
 - [9]. Les cartes, les graphiques et les figures : ils doivent être produits à l'échelle définitive avec des dimensions adaptées au format de la revue. Les titres sont placés en haut.
 - [10]. Les photographies : il faut fournir des tirages bien contrastés en couleurs ou en noir et blanc. Les titres sont placés en haut.
 - [11]. Les tableaux : ils sont numérotés en chiffre arabe et le titre doit être placé en bas.

UNIVERSITE ABDOU MOUMOUNI (NIGER)*Laboratoire d'Etude et de Recherche sur les Territoires Sahélo-Sahariens : Aménagement et Développement***Revue scientifique thématique semestrielle****Environnement et Dynamique des Sociétés****DIRECTEURS DE PUBLICATION****Directeur de publication** : Pr AMADOU Boureima**Directeur Adjoint de publication** : Pr WAZIRI MATO Maman**COMITE SCIENTIFIQUE**

Pr AMADOU Boureima, Université Abdou Moumouni, Niamey ; Pr BOUZOU MOUSSA Ibrahim, Université Abdou Moumouni, Niamey; Pr MOTCHO Kokou Henri, Université Abdou Moumouni, Niamey ; Pr ISSA DAOUDA Abdoul-Aziz, Université Abdou Moumouni, Niamey ; Pr TANDINA OUSAMANE Mahamane, Université Abdou Moumouni, Niamey ; Pr TIDJANI ALOU Mahamane, Université Abdou Moumouni, Niamey ; Pr YAMBA Boubacar, Université Abdou Moumouni, Niamey ; Pr ZOUNGROUNA Pierre Tanga, Université J. K. de Ouagadougou (Burkina Faso) ; Pr WAZIRI MATO Maman, Université Abdou Moumouni, Niamey ; Pr BONTIANTI Abdou, Université Abdou Moumouni, Niamey ; Pr MOUNKAÏLA Harouna, Université Abdou Moumouni, Niamey, Pr. BOULAMA Kaoum, Université Abdou Moumouni de Niamey, Pr. AMADOU Oumarou, Université Abdou Moumouni, Niamey, Pr SOULEY Kabirou, Université André Salifou, Zinder, Pr BOUKPESSI Tcha, Université de Lomé (Togo), Pr. YABI Ibouaïma, Université d'Abomey-Calavi (Benin), Pr. KABLAN N'guessan Hassy Joseph, Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan (Côte d'Ivoire), Pr. KADET GAHIE Bertin, Ecole Normale Supérieure d'Abidjan (Côte d'Ivoire), KADOUZA Padabô, Université de Kara (Togo).

COMITE DE REDACTION**Rédacteur en chef** : Pr WAZIRI MATO Maman**Rédacteur en chef Adjoint** : Pr DAMBO Lawali

Membres : Pr MOUNKAILA Harouna, Pr BODE Sambo, Dr ABDOU YONLIHINZA Issa (MC), Dr YAYE SAIDOU Hadiara (MC), Dr BAHARI IBRAHIM Mahamadou (MC), Dr MAMAN Issoufou (MC), Dr KONE MAMADOU Mahaman Moustapha (MC)

Nota Bene : Les opinions et analyses présentées dans ce numéro n'engagent que leurs auteurs et nullement la rédaction de la revue Environnement et Dynamique des Sociétés (EDS).

ADRESSE :*Laboratoire d'Etude et de Recherche sur les Territoires Sahélo-Sahariens : Aménagement et Développement***UNIVERSITE ABDOU MOUMOUNI****BP:** 418 Niamey - NIGER.**Email:** revueeds@gmail.com **Site :** www.revue-eds.com**© Copyright : Revue EDS, 2025**

COMITE DE LECTURE

- ✿ Pr. ABDO LAOUALI SERKI Mounkaïla, Université Abdou Moumouni de Niamey (Niger)
- ✿ Pr. AMADOU Oumarou, Université Abdou Moumouni de Niamey (Niger)
- ✿ Pr. BODE Sambo, Université Abdou Moumouni de Niamey (Niger)
- ✿ Pr. BOULAMA Kaoum, Université Abdou Moumouni de Niamey (Niger)
- ✿ Pr. ELHADJI OUMAROU Chaibou, Université Abdou Moumouni de Niamey (Niger)
- ✿ Pr. FANGNON Bernard, Université d'Abomey Calavi (Benin)
- ✿ Pr. KOUADIO Guessan, Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire)
- ✿ Pr. SITOU Lawali, Université Dan Dicko Dankoulodo de Maradi (Niger)
- ✿ Pr. SOULEY Kabirou, Université André Salifou de Zinder (Niger)
- ✿ Pr. SOUMANA KINDO Aïssata, Université Abdou Moumouni de Niamey (Niger)
- ✿ Pr. WAZIRI MATO Maman, Université Abdou Moumouni de Niamey (Niger)
- ✿ Pr. YABI Ibouaïma, Université d'Abomey-Calavi (Benin)
- ✿ MC. ABBA Bachir, Université André Salifou de Zinder (Niger)
- ✿ MC. ABDOU YONLIHINZA Issa, Université Abdou Moumouni de Niamey (Niger)
- ✿ MC. ADO SALIFOU Arifa Moussa, Université André Salifou de Zinder (Niger)
- ✿ MC. KASSI-DJODJO Irène, Université Félix-Houphouët-Boigny d'Abidjan (Côte d'Ivoire)
- ✿ MC. KIARI FOUGOU Hadiza, Université de Diffa (Niger)
- ✿ MC. KOFFI-DIDIA Adjoba Marthe, Université Félix-Houphouët-Boigny d'Abidjan (Côte d'Ivoire)
- ✿ MC. MALAM ABDOU Moussa, Université André Salifou de Zinder (Niger)
- ✿ MC. NABE Bammoy, Université de Kara (Togo)
- ✿ MC. OUATTARA Seydou, Université Félix-Houphouët-Boigny d'Abidjan (Côte d'Ivoire)
- ✿ MC. TANKARI Moussa, Université André Salifou de Zinder (Niger)
- ✿ MC. TRAORÉ Porna Idriss, Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan (Côte d'Ivoire)
- ✿ MC. ZAKARI Aboubacar, Université André Salifou de Zinder (Niger)

SOMMAIRE

CHANGEMENTS ET DÉGRADATION DU COUVERT VÉGÉTAL PAR L'ANALYSE D'IMAGES MULTISPECTRALES LANDSAT : CAS DU QUARTIER NANGA A POINTE-NOIRE (CONGO-BRAZZAVILLE).....	10
<i>MAYIMA Brice Anicet^{1*} et SOUAMY- LEGRAND Joseph¹</i>	
CONTRIBUTION DES CULTURES IRRIGUEES A LA SECURITE ALIMENTAIRE DES MENAGES DANS LA COMMUNE RURALE D'ABALA (REGION DE TILLABERY)	25
<i>SOULEY BOUBACAR Adamou^{1*}, BOUBACAR ABOU Hassane¹, ABDOU BAGNA Amadou², DAMBO Lawali³ et MOTCHO Kokou Henri³</i>	
LES FEMMES DANS LES FRONTIERES AU NORD DE LA COTE D'IVOIRE : ENTRE MULTIPLICATION DES INITIATIVES PRIVEES ET RESILIENCE.....	38
<i>KONAN Kouamé Hyacinthe^{1*} et AINYAKOU Taiba Germaine²</i>	
RONIER DANS LE QUOTIDIEN DES POPULATIONS LOCALES DE LA REGION DES SAVANES DU TOGO (AFRIQUE DE L'OUEST)	50
<i>Kondjingue Djadame¹, Atakpama Wouyo^{2*}, Afelu Bareremna³, Egbelou Hodabalo⁴, Batawila Komlan⁵ et Akpagana Koffi⁵</i>	
DETERMINANTS SOCIO-ENVIRONNEMENTAUX ET RIZICULTURE IRRIGUÉE A LAGDO (NORD-CAMEROUN)	70
<i>TCHOBWE Carlos^{1*}, WATANG ZIEBA Félix², GALAPNA LATOUROU Bienvenu¹, ASSAN YAGOUA BOUKAR Boukar¹ et DAISSO Victorine³</i>	
L'UNION EUROPÉENNE (UE) ET LE DÉVELOPPEMENT DU PARC W AU NIGER DE 2002 À 2008	80
<i>YAO Yao Jules^{1*} et SILUE Ténédja²</i>	
IMPACT DE L'APPROCHE COMMUNALE WASH DANS LES COMMUNES DE CONVERGENCE DE L'UNICEF : CAS DE LA COMMUNE RURALE DE DJIRATAOUA (REGION DE MARADI, NIGER)	91
<i>HAROUNA KASSOUM Nazifi^{1*}, MAHAMANE ABDOUL-KADER Moustapha¹, MAMAN WAZIRI MATO Zaneidou¹, ZAKARYA IDI Mahamadou¹ et DAMBO Lawali¹</i>	
WOMEN AND POLITICAL POWER: AN ANALYSIS OF ELIZABETH'S KINGSHIP IN MARY STUART BY FRIEDRICH SCHILLER.....	108
<i>Ayoub Idrissa Mariama¹</i>	
EDUCATION ENVIRONNEMENTALE AUX CHANGEMENTS CLIMATIQUES POUR LE DEVELOPPEMENT DURABLE DANS QUELQUES ECOLES DE PROVINCES DU MANDOU ET DU CHARI BAGUirmi AU TCHAD.....	121
<i>DJOULA Arsène^{1*}, FOCKSIA DOCKSOU Nathaniel² et SOULEY Kabirou³</i>	
INSTITUTIONNALISATION DES SAVOIRS ENDOGENES DE GESTION DU CLIMAT DANS L'AIRESOCIOCULTURELLE BAATONU AU NORD DU BENIN.....	136
<i>Daouda MOUSSA^{1*} ; Traoré Kabirou BIO COMADA² et Mohamed Nasser BACO³</i>	
LES STRUCTURES SYLLABIQUES EN SOUMRAY : APERÇU PHONOLOGIQUE D'UNE LANGUE TCHADIQUE DU SUD DU TCHAD.....	153
<i>Eric EDJINAÏN DONO¹</i>	
IMPACT DE LA DISPONIBILITE DES TERRES SUR LA REDUCTION DE LA PAUVRETE AU SENEGAL DEPUIS L'INDEPENDANCE	168
<i>Gueye Moustapha^{1*} et Wague Mamadou Lamine²</i>	

ANALYSE DES DETERMINANTS DU CONSENTEMENT A PAYER POUR LA CONSERVATION DES SOLS AGRICOLES DANS LA COMMUNE DE BANI KOARA AU BENIN	185
<i>Alfred Bothé Kpadé DOSSA¹</i>	
ACCES AU BOIS ÉNERGIE EN TEMPS DE CRISE À NIONO AU MALI.....	202
<i>Issa TOGOLA^{1*} et Issa FOFANA²</i>	
IMPACTS SOCIO-ECONOMIQUES DE L'ACTIVITE DE LA PECHE AUTOUR DE LA MARE DE DANDOUTCHI (COMMUNE RURALE DE BAGAROUA, REGION DE TAHOUA - NIGER).....	215
<i>DJIBRINA ADA Saâdou^{1*}, KIARI FOUGOU Hadiza² et MAMAN WAZIRI MATO Zaneidou³</i>	
ANALYSE DE LA REPOSE SPECTRALE DES CLASSES ET ETUDE DE LA PERFORMANCE DES ALGORITHMES DE MACHINE LEARNING POUR LA CARTOGRAPHIE DE LA MANGROVE DANS LES MILIEUX DELTAÏQUES HETEROGENES : CAS DE LA RESERVE DE BIOSPHERE DU SALOUM, SENEGAL.....	231
<i>Moussa SOW^{1*}, Labaly TOURE² et Ndeye Marième SAMB³</i>	
EVALUATION DE LA VULNERABILITE DE L'AGRICULTURE PLUVIALE AU CHANGEMENT CLIMATIQUE DANS LA COMMUNE URBAINE D'AGUIE (REGION DE MARADI, NIGER)	250
<i>WAGADOU DALAMI Ahmadine¹, BOUZOU MOUSSA Ibrahim^{2*} et LONA Issaka³</i>	
CONTRAINTES LIEES A LA PLANIFICATION SPATIALE DANS L'ARRONDISSEMENT DE GODOMEY (COMMUNE D'ABOMEY-CALAVI, BENIN)	270
<i>QUENUM Comlan Irené Eustache Zokpénou¹</i>	
RETOUR D'EXPERIENCE DU PROGRAMME (JASS) DANS LA PREVENTION DES CONFLITS ET L'ACCES EQUITABLE DES RURAUX AUX OPPORTUNITES ET RESSOURCES DANS LES COMMUNES RURALES D'ADJEKORIA ET KAROFANE	292
<i>MAMAN Issoufou^{1*}, IBRAHIM Habibou¹, AFANE Abdoukader¹, MAMADOU KONE Mahaman Moustapha¹ et YAMBA Boubacar²</i>	
IMPACTS DE LA VARIABILITÉ CLIMATIQUE SUR LA PRODUCTION DES AGRUMES (ORANGES) DANS LA COMMUNE DE KLOUÉKANMÈ AU SUD-OUEST DU BÉNIN	307
<i>Théodore Tchékpo ADJAKPA¹</i>	
LA REDÉFINITION DU DISCOURS ÉPISTÉMOLOGIQUE CARTÉSIEEN	322
<i>DJASRABÉ BONDO¹</i>	
REPENSER LA POLITIQUE EN AFRIQUE FRANCOPHONE : DE LA VIOLENCE POLITIQUE A LA POLITIQUE DU COMPROMIS.....	333
<i>MASRANGAR Nadjiara^{1*} et OLAME HOUMINA Patrice²</i>	
MODELISATION SPATIALE DES NUISANCES ENVIRONNEMENTALES LIEES A L'ELEVAGE BOVIN DANS LA VILLE DE KATIOLA (CENTRE-NORD DE LA COTE D'IVOIRE).....	350
<i>KOUADIO N'Guessan Arsène¹</i>	
EXPLOITATION PETROLIERE ET EXTENSION URBAINE : CAS DE LA COMMUNE DE DOBA (TCHAD)	365
<i>MORÉMBAYE Bruno^{1*}, William DJEDANEM ALMBANG², DOUNIA Richard³ et MADJADINGAR TEBLE WOLWAÏ⁴</i>	
POLITIQUE DE GRATUITÉ DE L'ÉCOLE AU TCHAD ET QUALITÉ DES APPRENTISSAGES AU CYCLE PRIMAIRE DANS LA COMMUNE DU 9^{ÈME} ARRONDISSEMENT DE N'DJAMÉNA	381
<i>Gadebé ASSEM^{1*} et Djibrine RAMADANE AKHAYE^{1*}</i>	

SÉCHERESSE AU SAHEL ET MIGRATIONS DE COMMUNAUTÉS BOZO EN CÔTE D'IVOIRE : LE CAS DE GOHITAFLE ET DE BOUAFLE (1968-2011)	397
<i>N'founoum Parfait Sidoine KOUAME¹</i>	
LES EFFETS DES PLUIES EXCEPTIONNELLES DE L'ANNEE 2024 DANS LA VILLE DE MARADI AU NIGER.....	416
<i>KADRI AMADOU Aboubacar¹ et BOUZOU MOUSSA Ibrahim^{2*}</i>	
CARACTERISATION DES ESPACES AGRICOLES SOUS TENSION FONCIERE DANS LES PLAINES DE LA TANDJILE-EST AU SUD-OUEST DU TCHAD	432
<i>ASSOUE Obed¹</i>	
AMENAGEMENT SPATIAL ET DEVELOPPEMENT URBAIN DE LA COMMUNANUTE URBAINE D'IGNIE (REPUBLIQUE DU CONGO).....	446
<i>BAKANAHONDA Syviney Franck Laurel^{1*}, MBIZI Amaël Alberic² et ASSUE Yao Jean-Aimé³</i>	
PERIPHERISATION URBAINE, PRESSION FONCIERE ET DECLIN PROGRESSIF DES ESPACES AGRICOLES : ANALYSE DIACHRONIQUE SUR L'ARRONDISSEMENT COMMUNAL NIAMEY 5 (2000-2023).....	458
<i>YAYE SAIDOU Hadiara¹ et SAIDOU GUIBEYE Idrissa^{1*}</i>	
AMENAGEMENTS HYDRO-AGRICOLES ET DYNAMIQUE DE L'OCCUPATION DES SOLS DANS LES COMMUNES DE KOUKANE, KANDIAYE, WASSADOU ET DIAOBE KABENDOU EN HAUTE CASAMANCE (SENEGAL)	471
<i>Cheikh Tidiane WADE^{1*}, Henri Marcel SECK², Mohamadou Moctar Kébé KOUYATE³ et Babacar NDAO⁴</i>	
INNOVATION DANS LES SCIENCES SOCIALES : DES PERSPECTIVES THEORIQUES ENCORE FECONDES.....	487
<i>ALASSANE ISSOUFOU Abdoul-Aziz¹</i>	
MARY SLESSOR, HEROÏNE ECOSSAISE DE L'EVANGELISATION DE L'AFRIQUE VICTORIENNE. 502	
<i>CAMARA Ahmady^{1*} et DAO Sidiki¹</i>	
PRATIQUES D'ADAPTATION ET DE RESILIENCE DES COMMUNAUTES RURALES DU MASSIF DE L'AÏR FACE AUX CONTRAINTES CLIMATIQUES	516
<i>Ouma Kaltoum SIDI TANKO^{1*}, Amina MAIZOUMBOU KUNDA¹ et Awal BABOUSSOUNA¹</i>	
GENRE ET GESTION DES DECHETS MENAGERS A MOUNDOU (TCHAD).....	533
<i>DJIMRABEYE Richard^{1*}, NEDOUMBAYEL Jacquine DJEKOUNLAR² et NODJILEMBAYE Modestine NDJEKILA³</i>	
ENJEUX FONCIERS ET TENSIONS COMMUNAUTAIRES AUTOUR DE L'AIRE DE PATURAGE D'ALKAMARAM DANS LA COMMUNE RURALE DE GUIDIGUIR (ZINDER, NIGER)	546
<i>ZABEIROU Oumarou^{1*} et MALAM SOULEY Bassirou²</i>	
STRATEGIES D'ADAPTATION DES AGRO-PASTEURS FACE A L'INSUFFISANCE DES RESSOURCES PASTORALES DANS LA COMMUNE RURALE DE DOGUERAOUA (NIGER).....	561
<i>ADO MIKO Mahamadou Makana^{1*}, ADO SALIFOU Arifa Moussa², OUSSEINI ISSA Abdou¹ et WAZIRI MATO Maman³</i>	
L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE GENERATIVE ET OPTIMISATION DE LA FORMATION DES ENSEIGNANTS DANS LES UNIVERSITES D'ETAT AU CAMEROUN : DEFIS ET PERSPECTIVES ...	576
<i>BISSOHONG Lydienne Charlie^{1*} et MBETE MEFIRE Mouhamed²</i>	

IMPACT DES CHANGEMENTS CLIMATIQUES SUR LA DISTRIBUTION DES AIRES FAVORABLES A KHAYA SENEGALENSIS AU TCHAD AUX HORIZONS 2050 ET 2070	592
<i>Ali Mbodou LANGA^{1*}, Elie Antoine PADONOU², Ghislain Comlan AKABASSI³, Bokon Alexis AKAKPO⁴ et Achilles Ephrem ASSOGBADJO⁵</i>	
OPPORTUNITÉ ET RISQUES DE LA MOTOTAXI AU 7^{ème} ARRONDISSEMENT DE N'DJAMENA (TCHAD)	609
<i>ADOUM IDRIS Mahadjir^{1*} et DJIALLADE Nodjiam Benoit²</i>	
CLINIQUES MOBILES ET CONTRAINTES D'ACCÈS AUX SOINS DANS LES ZONES TOUCHÉES PAR LES ATTAQUES DES GROUPES ARMÉS AU NIGER.....	619
<i>SOULEY ISSOUFOU Mamane Sani¹</i>	
GOVERNANCE ÉDUCATIVE ET FIDÉLISATION DES ENSEIGNANTS DU SECONDAIRE EN MILIEU RURAL : RÔLE DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES DÉCENTRALISÉES.....	633
<i>MBETE MEFIRE Mouhamed¹</i>	
PETITE IRRIGATION EN MILIEU PERI-URBAIN : ÉTUDE DES PRATIQUES, CONTRAINTES ET OPPORTUNITÉS DANS LA VALLÉE DE TADDIS (TAHOUA, NIGER)	654
<i>ZAKARYA IDI Mahamadou^{1*}, RABE Mahamane Moctar², MAMAN Issoufou³, WAZIRI MATO Maman³, LAWALI GANAHI Idriassa⁴ et ABDOULAYE SOUMAILA Almoustapha⁴</i>	
ANALYSE DE LA DISPONIBILITÉ ALIMENTAIRE DANS LE DÉPARTEMENT DE MAGARIA (RÉGION DE ZINDER, NIGER)	671
<i>ABDOU SANI Mountaka^{1*}, IDI MAHAMAN Hassane², SOULEY Kabirou³ et WAZIRI MATO Maman⁴</i>	

CLINIQUES MOBILES ET CONTRAINTES D'ACCES AUX SOINS DANS LES ZONES TOUCHEES PAR LES ATTAQUES DES GROUPES ARMES AU NIGER

SOULEY ISSOUFOU Mamane Sani¹

1. Assistant au département de sociologie et d'anthropologie de l'Université Abdou Moumouni de Niamey, chercheur au LASDEL

**Correspondant courriel : souleym86@yahoo.fr*

Résumé

Au Niger comme dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, la couverture sanitaire est très faible. Les populations, qui vivent notamment en milieu rural dans les zones où l'infrastructure de transport fait cruellement défaut n'ont pas accès aux soins de santé primaires. C'est l'une des raisons pour lesquelles la stratégie qui consiste à déployer les cliniques mobiles permet d'aider les populations les plus vulnérables qui vivent dans les zones reculées du pays. Cependant, l'insécurité de plus en plus violente qui sévit dans différentes zones du pays met en péril le déploiement des cliniques mobiles. A cela s'ajoutent d'autres contraintes structurelles qui pèsent au quotidien sur le système de santé de façon général, et qui sont également inhérentes à cette stratégie. Cet article, tiré d'une recherche qualitative discute de ces contraintes et de la façon dont les agents de santé et d'autres acteurs de premières lignes s'adaptent sur des terrains aussi éloignés des districts sanitaires que dangereux pour apporter des soins aux populations.

Mots clés : Cliniques mobiles, santé, groupes armés non étatiques, communautés

MOBILE CLINICS AND CONSTRAINTS ON ACCESS TO HEALTHCARE IN AREAS AFFECTED BY ATTACKS BY ARMED GROUPS IN NIGER

Abstract

In Niger, as in most sub-Saharan African countries, healthcare coverage is very low. People living in rural areas where transport infrastructure is severely lacking do not have access to primary healthcare. This is one of the reasons why the strategy of deploying mobile clinics helps the most vulnerable populations living in remote areas of the country. However, the increasingly violent insecurity in different parts of the country is jeopardizing the deployment of mobile clinics. Added to this are other structural constraints that weigh heavily on the health system in general on a daily basis and are also inherent in this strategy. This article, based on qualitative research, discusses these constraints and how health workers and other frontline actors are adapting in areas that are both remote from health districts and dangerous in order to provide care to the population.

Key words : Mobile clinics, health, non-state armed groups, communities

Introduction

Les attaques contre les soins de santé dans les contextes fragiles entravent l'accès aux soins des populations vulnérables au Niger, aggravant ainsi les barrières financières et physiques déjà présentes. Elles mettent en péril la conduite des cliniques mobiles. Ces dernières peuvent être définies comme un déploiement qui consiste à se rendre dans les zones éloignées des formations sanitaires pour délivrer des services et des soins à des populations qui en ont besoins mais qui peuvent en accéder pour des raisons d'accessibilités géographiques et financières qui constituent encore des freins aux soins (Y. Jaffré et al., 2009; Y. Jaffré, 2009; H. Revil, 2018; S. Traoré, 2024). C'est comme un CSI ambulant qui se déplace avec la logistique, les agents de santé et les médicaments, les outils de communication et de sensibilisation etc.

Cet article discute de l'importance du déploiement de cliniques mobiles pour l'amélioration de l'accès aux soins de santé maternelle et infantile dans les régions du Niger touchées par les attaques des groupes armés non étatiques. Mais, plus précisément, il rend compte des difficultés que rencontrent les acteurs qui interviennent directement ou non dans ce déploiement mobile. Ces acteurs rencontrent au quotidien des obstacles qui freinent leurs activités de terrain. Cet article discute de ces obstacles et la façon dont ces derniers, au moyen de leurs connaissances du terrain, de la maîtrise de l'environnement dans lequel ils opèrent s'adaptent sur des terrains difficiles.

1. Méthodologie

Cet article est tiré de l'approche qualitative (J.P. Olivier de Sardan, 2008; A. Strauss, 1992) d'une recherche mixte dont l'objectif était d'évaluer l'impact du déploiement de cliniques mobiles sur l'amélioration de l'accès aux soins de santé maternelle et infantile dans les régions du Niger touchées par le conflit. L'étude a été financée par l'OMS. La population cible est composée des femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans résidant dans des districts de santé sélectionnés des régions de Tillabéry et de Tahoua, affectées par des attaques contre les services de santé. Cinq districts de santé ont été choisis, dont deux de la première région citée (Torodi et Ouallam) et trois de la seconde (Tillia, Tchintabaraden et le département de Tahoua). Les personnes rencontrées sont composées des acteurs stratégiques (T. Bierschenk & J.P. Olivier de Sardan, 1997) répartis au niveau institutionnel et au niveau communautaire. Il s'agit pour les premiers, des agents de santé (médecins, sage-femmes, infirmiers, aides-soignants, chefs CSI, équipe cadre du districts, ambulanciers etc.). Les seconds sont constitués des relais communautaires, des matrones, les chefs de villages etc. L'enquête de terrain a été réalisée du 17 au 29 avril 2024 dans des CSI des districts cités.

Elle a été réalisée par 8 assistants de recherche que nous avons supervisés sur le terrain. Au total, 77 entretiens semi-structurés ont été administrés. L'analyse et le traitement des données se sont reposés sur une montée en analyse des données collectées et traitées en s'appuyant le vécu, l'expérience, l'opinion, les perceptions des agents de santé et des acteurs communautaires qui participent cliniques mobiles dans les zones d'étude.

2. Résultats et discussion

2.1. Les acteurs communautaires au cœur d'un dispositif de soins de santé

La conduite des cliniques mobiles ne date pas de la crise sécuritaire. C'est l'un des moyens de soigner les populations qui vivent dans les zones majoritairement rurales et difficiles d'accès. L'attaque des groupes armés non étatiques accentue davantage la pression sur le système de santé déjà fragile (J.F. Caremel & M.S. Souley Issoufou, 2024; J.P. Olivier de Sardan & V. Ridde, 2014). Dans certaines zones, ces cliniques mobiles sont suspendues car, elles sont en général financées par les partenaires à travers es ONG de mise en œuvre qui, de fait remplacent ou se substituent à l'Etat (C. Lund, 2006). A lui seul, l'Etat ne peut assurer seul les opérations de cliniques mobiles dans le soutien des partenaires. Il faut mobiliser logistiques, médicaments et les agents de santé parfois. Tout de même, ce sont les districts sanitaires et donc les autorités qui fixent le calendrier des activités et évaluent les besoins en intrants et médicaments selon la taille de leurs populations.

Par ailleurs, les acteurs communautaires sont essentiels pour toute clinique mobile. Il s'agit d'abord des relais communautaires. Ils en sont l'épine dorsale car ils jouent un rôle d'interface entre le système de santé et la communauté. Ils sont donc en cela des serviteurs de la communauté en appui à un dispositif de soins. En effet, avant chaque déploiement, les relais communautaires sont informés à l'avance. Ils sont ensuite chargés d'assurer leur mobilisation pour réussir toute activité de santé dans leur aire de santé respective.

« Avant le déploiement de l'équipe dans les villages, les relais sont saisis pour passer l'information la veille. Le planning est partagé avec les relais. Ces derniers rassemblent les malades avant l'arrivée de l'équipe sur le terrain. Ils procèdent à la distribution des tickets portant des numéros aux malades par ordre d'arrivée. Un périmètre de sécurité est installé à l'intérieur duquel se trouve les patients. » M.M.A. (ambulancier dans un district)

Pour relever le défi logistique, certains districts comme celui de Torodi, qui dispose d'appui des partenaires et plus de moyens à disposition, certaines cliniques mobiles se

font avec deux véhicules. Dans le district de Ouallam, les agents se sont progressivement familiarisés avec les groupes armés et le respect strict des règles qu'ils imposent. Ce qui leur ouvrent la voie à desservir des zones reculées devenues plus difficiles d'accès et où la présence de l'Etat ne s'incarne matériellement qu'à travers les CSI fonctionnels. Ils y sont de plus en plus autorisés. *« Ces derniers temps, nous visitons même des zones qui ont été longtemps délaissées à cause d'insécurité. Même dans la semaine passée, j'étais dans la zone rouge et je n'ai rencontré aucune difficulté. »* Agent de santé district Ouallam

Pour maintenir de bons rapports nécessaires aux soins, toute équipe déployée se rend d'abord chez le chef du village pour des salutations d'usage et remerciements. C'est également le chef qui informe le crieur public pour passer l'information dans les différents quartiers/coins de la localité. Lors des séances de cliniques mobiles, les personnes malades sont prioritaires. Ensuite viennent les services curatifs (traitements, références etc.), préventifs (vaccinations, sensibilisations,), les soins maternels (consultations prénatale, accouchements, les consultations postnatales etc.), infantiles (consultations nourrissons, distributions des moustiquaires imprégnées, vaccinations, dépistage de la malnutrition etc.).

2.1.1. Les relais communautaires : épine dorsale des cliniques mobiles

Les relais communautaires jouent un rôle important. De leur capacité de mobilisation et parfois de veille sécuritaire dépend la mobilisation des populations et donc la réussite d'une clinique mobile. Partout, le plan, le calendrier, les voies à emprunter, les espaces ou maison à utiliser en cas de besoin, reposent sur l'engagement et l'agilité des relais communautaires. Ils sont chargés d'aviser les villages concernés par une clinique mobile ainsi que les hameaux qui leur sont rattachés. En tant que représentants de la communauté, les relais exercent au service de cette dernière. Ils se sont engagés de façon libre et volontaire sans une certaine rémunération. Ils reçoivent cependant des gratifications considérées comme symbolique. Par ailleurs, le rôle des relais communautaires, dans la santé, ne se limite pas uniquement à la mobilisation sociale. Ils apprennent des gestes techniques simples pour appuyer les agents de santé. Il s'agit par exemple de la distribution des médicaments, des moustiquaires imprégnées, des plumpynut, la sensibilisation des mères sur les pratiques familiales essentielles, les mesures anthropométriques des enfants (poids, taille etc.). L'ensemble de ces activités participent au renforcement des rapports avec la communauté et créent les conditions d'une médecine de proximité.

2.1.2. La contrainte temporelle des cliniques mobiles

Il varie d'une zone à une autre et est fonction du contexte sécuritaire, de l'accessibilité géographique mais surtout les moyens accordés par les partenaires. Dans le temps, un

CSI peut compter 10 jours de sortie voire deux semaines. Mais les soins deviennent de moins en moins accessibles du fait de l'insécurité. Dans les districts Ouallam, Tillia, Tassara, les agents de santé n'arrivent plus à couvrir les besoins des populations comparativement aux expériences antérieures. Ceci s'explique par la peur des populations majoritairement rurales de traverser des zones sous contrôle des groupes armés et d'être attaqués. Ce qui impacte fortement la fréquentation des centres de santé et réduit les indicateurs. Dans les zones vastes comme Takanamat et son aire de santé, les distances à parcourir varient entre 30 et 70 km. Ceci explique une forte affluence des populations car celles-ci n'accèdent aux soins que par ce canal. Autrement dit, une femme enceinte qui rate des CPN ne peut rattraper que lors d'un prochain passage. Cependant, dans les zones aussi éloignées que celles de l'aire de santé de Takanamat, les sorties sont organisées en accord avec les forces de défense.

2.2. La conduite des cliniques mobiles à l'épreuve des contraintes structurelles et de la conjoncture sécuritaire

Ce point aborde la problématique des différentes difficultés rencontrées par les agents de santé dans le processus du déploiement mobile. Ces difficultés sont multiples et variées. Elles peuvent être classées selon deux catégories. Il s'agit des contraintes que connaît déjà le système de santé au quotidien mais également de la circonstance sécuritaire que vit le pays.

2.2.1. Charge de travail élevée

C'est l'une des principales difficultés. La demande dépasse toujours la capacité des agents de santé. En cas de références, les véhicules sur place leur servent d'ambulance. Les heures de soins dépendent de la taille du village, du nombre de jour prévus, de la taille du personnel mais également des médicaments disponibles. Il y a des villages où les agents font plus de 200 consultations par jour et restent parfois tard dans la soirée sans épuiser la liste. Ce qui, pour ces derniers est totalement épuisant. Or, en général, aussi bien à Tahoua qu'à Tillabéry, chaque équipe déployée est composée d'un relais et deux ou trois agents de santé. Mais ce nombre est jugé très restreint si l'on tient compte de l'ensemble des activités à conduire. Du coup, les agents de santé sont souvent obligés de suspendre leurs activités pour rejoindre le village suivant conformément au calendrier communiqué. *« Un jour, on était parti avec 1000 seringues, pour la vaccination. Mais, on était en rupture avec beaucoup d'enfants non vaccinés. On était obligé de laisser d'autres enfants qui n'avaient pas été vaccinés ».* Major CSI Takanamat

2.2.2. Le temps consacré aux séances cliniques mobiles

Certains villages ne peuvent être servis pendant une journée. Les agents sont conscients que leurs activités sont largement soutenues et financées par les bailleurs de

fonds extérieurs et que les districts n'ont pas les moyens de faire au-delà du temps pris en charge. Cette contrainte pèse lourdement sur le système de santé en particulier lorsque les indicateurs d'un CSI ou d'une localité sont dans le rouge sans aucune autre possibilité de les rattraper.

C'est en tenant compte de ces contraintes que le temps de départ devient un enjeu important à la fois pour les équipes que pour les populations qui se mobilisent. D'un point de vue des normes officielles, les équipes doivent être en route dès 8 heures. Mais les retards dans le départ sont de plus en plus devenus la norme pratique (J.P. Olivier de Sardan, 2001, 2009, 2021). En effet, il arrive que les véhicules soient encore garés au-delà de 10 heures. Ce que déplorent certains agents soucieux d'atteindre le maximum de cibles. C'est le cas Ouallam et des autres districts visités de la région de Tahoua où les files d'attente sont parfois longs avant l'arrivée des agents de santé. Ce qui frustre certains agents et les populations forcées d'attendre et de devenir à la prochaine séance lorsque les retards accusés empêchent la continuité des soins.

2.2.3. Précarité de travail et nature de contrat

Les agents de santé se plaignent de la précarité de l'emploi avec un bas salaire. Les cliniques mobiles sont certes prises en charge par les partenaires. Mais ces financements passent en général par les districts. Or, ces derniers recrutent et déploient les agents de santé sans contrat préalable et avec une rémunération jugée dérisoire. Ils déplorent également l'absence d'une indemnité de risque alors qu'ils frôlent parfois la mort dans leur rencontre presque quotidienne avec les groupes armés. Ils s'en plaignent mais se résignent et acceptent de continuer dans un contexte marqué par le chômage généralisé. Tout de même, l'accès facile pour eux dans des zones dangereuses (la plupart sont des ressortissants ou natifs des zones qu'ils servent) et la satisfaction des populations, leur procurent un sentiment de satisfaction et les incitent à continuer. Ils reconnaissent que les conditions de travail sont meilleures lorsque ce sont les ONG internationales qui conduisent les cliniques et avec les agents de santé qu'elles recrutent.

2.2.4. Le relais communautaire : entre servir la communauté et être dans des conditions

Même s'ils s'engagent de façon volontaire et sont choisis par et pour le bien de leur communauté, les relais communautaires se sentent laissés. Ils estiment que les primes motivationnelles les inciteraient à continuer à servir ladite communauté. Cette motivation est, à leurs yeux, d'autant plus nécessaire qu'ils travaillent sans horaire particulier et sont tenus de répondre à toutes les sollicitations. A cela s'ajoute la question du transport. En effet, rares sont les relais qui disposent des moyens de transports (vélo, charrette, âne etc.). Or dans un contexte de restriction d'utilisation des

motos lié à l'état d'urgence, parcourir des villages environnants les CSI devient de plus en plus difficile. Du coup, ils parcourent des trajets distants de plusieurs km à pied ou à dos d'âne pour ceux qui en disposent. Ceci est d'autant plus important qu'il est possible d'avoir un relais qui couvre à lui seul plus de 5 villages. Ensuite vient la communication. En effet, le calendrier de sortie, les mobilisations communautaires, les vois à emprunter etc. sont pris d'un commun accord avec les relais communautaires. Ce qui nécessite des appels téléphoniques. Néanmoins, ils reconnaissent recevoir quelques primes de motivation en général de 3000 CFA par jour en cas de sortie sur le terrain.

2.2.5. Ruptures des médicaments

Au Niger, la rupture des médicaments et d'autres intrants est fréquente et constitue l'un des goulots d'étranglement du système de santé. Les cliniques mobiles n'en font pas exception. En effet, ces produits finissent souvent en pleine campagne mobile. Ces ruptures sont périodiques. Elles s'observent surtout pendant la période de hausse du paludisme. En cas de rupture, les équipes sont obligées de suspendre les soins pour rentrer au district. Dans ce cas, les patients qui n'en sont pas servis recevront au cours de la prochaine opération. Les agents de santé orientent également ces derniers vers d'autres cases de santé plus proches dans l'espoir de les dépanner. Pour éviter ces ruptures de produits, les ONG comme MSF qui intervient dans le district sanitaire de Torodi évaluent les besoins et disponibilise les produits toutes les deux semaines. Ce qui permet d'avoir une certaine maîtrise de la consommation. L'organisation a aussi mis en place un système de commande d'urgence pour s'assurer que le gap soit rapidement comblé aussitôt l'alerte donnée. Cependant, ces précautions n'empêchent pas les ruptures sur le terrain. C'est le cas du CSI Makalondi situé non loin de la frontière avec le Burkina Faso qui coiffe 17 villages. On note une absence de coordination des partenaires dans la gestion des médicaments. Ces derniers n'avisent pas souvent les CSI dans l'évaluation de leurs besoins, des types de médicaments à prioriser avant de faire leur commande. Certains agents de santé déplorent souvent la présence des produits dits "spécialités" qui ne sont souvent du ressort de leur compétence car ils n'en maîtrisent pas l'utilisation en termes de posologie. De plus les génériques sont moins chers et plus accessible localement.

Au district de Ouallam, c'est plutôt le retrait des partenaires qui appuient les cliniques mobiles. Du coup la rupture des médicaments est plus fréquente et compromet même la prise en charge des populations. En plus, la gestion même des médicaments est devenue problématique. C'est une zone sensible où disposer des produits de santé est soumis à des conditions. Tous les médicaments fournis par les partenaires doivent être dûment traçables à travers une note écrite. En l'absence d'une attestation qui témoigne de leur usage au service des patients, l'agent de santé, en l'occurrence chef CSI peut

être accusé de connivence avec les terroristes. Ces derniers ont en permanence besoins des médicaments pour soigner leurs proches blessés sur le front. C'est ce besoins permanent et urgent des médicaments qui expliquent des attaquent contre les cases de santé et les CSI par les bandits qui dévalisent les médicaments et les ressources financières.

2.2.6. L'insuffisance du petit matériel

Il n'y a pas que les médicaments qui sont parfois insuffisants lors des cliniques mobiles. Le "petit matériel" comme le tensiomètre, la toise, les gants, les seringues etc. tous indispensables aux soins manquent/ finissent souvent sur le terrain. Une situation qui angoisse voire stresse les agents de santé obligés d suspendre un type de soins en l'absence du juste nécessaire pour assurer un accouchement, dépister une malnutrition chez les enfants, faire les CPN ou encore soigner un malade qui a passé des jours à attendre l'arrivée des soignants. *« Je suis une sage-femme. Quand, je fais la CPN je ne peux pas prendre la tension parce que je n'ai pas le tensiomètre. C'est une sérieuse difficulté »*

2.2.7. Mobilité des populations

La mobilité des populations constitue l'une des contraintes d'accès aux soins à partir des cliniques mobiles. Par exemple, la région de Tahoua est composée d'une importante communauté nomade en particulier les départements de Tassara, de Tillia et de Tilemcess. Ce sont des éleveurs qui se déplacent en fonction de la disponibilité des points d'eau pour le pâturage. A cela s'ajoute l'organisation des fêtes périodiques à connotation culturelle qui mobilise les hommes, les femmes et leurs animaux et qui constitue des moments de promotion de la santé. Cependant même lorsqu'il arrive aux agents de santé de négocier avec ces groupes armés et bandits armés pour servir les usagers, la vaccination est exclue. En effet, le vaccin qui fait l'objet des rumeurs parfois conspirationnistes qui sont véhiculées et diversement perçues aussi bien par les djihadistes que les populations (K. Peeters Grietens et al., 2014; L. White, 2000)

2.2.8. Accessibilité géographique et la contrainte sécuritaire

Comparativement à Tillabéry, les villages de la zone de Tahoua très éloignés les uns des autres. Il existe des cases de santé, ou des villages qui ne se situent à plus de 100 km de leur district. A mesure qu'on s'éloigne, le nombre de jours à passer sur le terrain lors de la clinique semble réduit pour couvrir des populations nombreuses éparpillées. Ce qui accroît la pression sur les agents de santé tenus de parcourir de longues distances d'un village à l'autre dans l'espoir (le plus souvent vain) de couvrir les populations toujours nombreuses et demandeuse de soins. *« Il faut obligatoirement faire travailler l'équipe jusqu'à tard le soir et voyager même si c'est la nuit pour rejoindre d'autres villages malgré le contexte volatile. Non seulement il n'y a pas de route, il n'y a pas de piste, souvent ce sont des voies improvisées »*

Au Niger comme ailleurs dans les pays de l'Afrique subsaharienne, l'accessibilité géographique est un frein à l'accès aux soins (Traoré, 2024). Les populations, majoritairement rurales vivent dans les zones qui ne sont pas couvertes. Or, l'infrastructure de transport est vieillissante voire inexistante dans diverses zones du pays. Pour traverser même en charrette, il faut se frayer soi-même le chemin. A ces contraintes structurelles s'ajoute celle sécuritaire qui limite le temps du travail et même d'accès et ralentit les soins. Pour éviter d'être la cible des militaires en opération, les équipes sont obligées de tout suspendre prématurément, vers 16 au tard pour certains afin de rejoindre la base ou passer à un autre village avant l'heure indiquée par les autorités.

2.2.9. Agression ou attaques

Tous les districts sanitaires visités ont connu, à des degrés variables des attaques dans leur aire de santé. La situation sécuritaire est partout instable. La peur d'être attaqué, l'angoisse et le stress lorsqu'ils sont en cours de route, conduisent les agents de santé à plus de vigilance. C'est pourquoi le calendrier proposé par les districts qui organisent tient toujours compte de la sécurité. Même lorsque l'activité est prévue et le calendrier arrêté, des modifications voire des annulations peuvent être constatées. Les agents de santé sont souvent pris pour cibles par les bandits. Ceci arrive lorsque ces derniers sont suspectés de fournir des renseignements aux autorités ou aux militaires qui constituent leur premier ennemi. Aussi à chaque fois qu'ils s'aperçoivent de nouveaux visages méconnus des activités antérieures, ils demandent des explications pour s'assurer qu'il ne s'agit pas de tentative d'infiltration à travers la santé, qui est un domaine qu'ils tolèrent et fait l'objet de négociations. C'est pour éviter ces attaques et interceptions que les agents de santé informent régulièrement les GANE de leur mouvement mais également des congés, absence et de nouvelles recrues qui arrivent.

« Les bandits ont séquestré notre équipe mobile en mars 2023 dans l'aire de santé de Torodi, précisément à Gorja situé à 27 kilomètres. Ce jour-là, l'équipe était composée de 3 infirmières, d'une sagefemme, une aide-soignante et une HP⁴⁷ dont le rôle consiste à faire de la sensibilisation. On était aussi accompagné de 2 chauffeurs »

Il arrive que ces bandits attaquent directement les formations sanitaires et kidnappent un agent à qui ils bandent les yeux pour qu'il n'arrive pas à se repérer. Cela arrive en cas de besoin de soins après un accrochage avec les militaires. Après avoir fini de soigner, celui-ci, il est ramené prêt de son CSI. Parfois ce sont les ambulances qui sont attaquées. Elles servent à faciliter le transport des groupes armés. Les ambulances sont attaquées en général au moment de l'évacuation d'un CSI vers le district ou le niveau supérieur. La zone de Tahoua est plus concernée par les attaques contre les

⁴⁷ Help Promotion : Promotion de la santé

ambulances. Dans le district de Torodi, les véhicules sont certes quotidiennement interceptés par les djihadistes en vue de contrôler le mouvement des agents de santé. Ils vérifient et interrogent ces derniers pour s'assurer qu'il y a d'infiltration et que les règles qu'ils ont instaurées en termes de conduite à observer sur le terrain sont rigoureusement respectées.

2.3. La question logistique

La logistique joue un rôle important dans la conduite des cliniques mobiles. Son absence ou son insuffisance compromet souvent les activités des agents de santé qui en sont déployés.

2.3.1. Les déplacements à l'épreuve des intempéries

Ce n'est pas la saison des pluies en soit qui cause problème aux agents de santé. Il s'agit plutôt de l'état de route et des pistes empruntées au cours de cette période. Les véhicules s'enfoncent facilement dans la boue dans des zones argileuses. Les routes si sont impraticables et très peu accessibles que parfois seule la connaissance du terrain permet aux chauffeurs expérimentés de se tirer d'affaire. Cette situation occasionne beaucoup de retard.

Dans ces circonstances, les équipes se contentent souvent de la solidarité entre eux d'abord et avec des gens des villages pour les aider à sortir de bourbiers. Les relais communautaires sollicitent l'aide de bras valides du village pour dégager l'ambulance embourbée moyennant une récompense motivationnelle. De leur côté, les superviseurs encouragent les chauffeurs en leur octroyant de petits cadeaux qui leurs permettent de satisfaire de petits besoins et diminuer stress consécutif aux pannes et à des terrains sablonneux. Enfin, pour éviter d'être retardé par ces situations, les chauffeurs contournent ces obstacles quitte à prendre de longues distances et reprogrammer des villages prévus à des jours suivants.

2.3.2. Absence/inexistence d'infrastructures de transports

Les voies bitumeuses où il existe des pistes sont aussi dégradées. Elles sont aussi difficilement utilisables. Les secousses occasionnées accentuent la souffrance des malades évacués et retardent les évacuations. La période hivernale coïncide avec la hausse des cas du paludisme devenue endémique dans le pays. C'est un moment où la demande des usagers est forte. Les retards occasionnés par l'absence ou la dégradation des rares infrastructures de transport disponibles est plutôt une mauvaise nouvelle à la fois pour les populations et pour les agents de santé souvent obligés de travailler tard la nuit et se rendre dans un autre village en dépit de l'insécurité. Aussi, en l'absence d'endroit sécurisé pour soigner les populations sur le terrain lorsqu'il pleut, en l'absence d'un espace pour s'abriter, les équipes restent-elles dans leur véhicule jusqu'à la fin de la pluie avant de commencer les soins. Les agents de santé déplorent pour cela

l'absence d'une logistique appropriée pour s'adapter comme les bottes, les hangars démontables qui pourraient être prépositionnés dans certains villages etc.

2.3.3. La panne des véhicules

Même lorsque les équipes sont sur le terrain, le déplacement d'un village à un autre peut être un défi. En effet, les véhicules tombent régulièrement en panne. *« Un jour J'ai parcouru à pied au-delà de 7 km pour aller chercher une pompe à air, On a eu une crevaison. On avait tellement souffert ce jour-là ; que je n'arrivai pas à oublier le calvaire »*

Les chauffeurs pointent du doigt l'absence de maintenance des véhicules. Les révisions ne sont pas régulières et les pièces à rechanger sont négligées. A cela s'ajoute la surcharge pour des véhicules parfois vieillissants et mal entretenus. En l'absence des véhicules suffisants pour couvrir les villages rattachés à des CSI, les districts travaillent avec les moyens de bord et n'utilisent ceux qui sont fonctionnels. Avec l'accord des partenaires, lorsque ce sont ces derniers qui conduisent l'opération, les locations sont possibles pour combler le gap.

2.3.4. Rationalisation du carburant

Le carburant (essence ou gasoil) est une source d'énergie très prisée dans les zones d'insécurité. Transporter beaucoup de carburant, qui vaut plus que de l'or pour les bandits attire l'attention et augmente la pression sur les personnels de santé déjà régulièrement ciblées par leurs interpellations. C'est pourquoi les forces de défense et de sécurité recommandent l'usage du juste minimum pour se déployer. En cas de transport d'une quantité importante, les agents peuvent être suspectés de connivence ou de complicité avec les bandits. Une situation à éviter au péril des pannes sèches. En conduisant des cliniques mobiles dans ces diverses conditions, les agents de santé font preuve du courage, de la patience mais aussi de ténacité. Ils sont pris entre le marteau barbare des djihadistes et l'enclume des forces de défenses et de sécurité, qui avec l'état d'urgence en permanence peuvent les suspecter de se pencher du côté des premiers.

2.4. L'adaptation aux règles imposées par les groupes armés non étatiques

Les groupes armés imposent leurs lois. Ils mettent en place des règles que tout le monde doit connaître et appliquer de façon stricte pour être en harmonie avec eux. Ces règles sont diffusées à travers les prêches, lors des prières dans les mosquées ou au cours des rassemblements qu'ils organisent notamment dans les zones où la présence de l'Etat ne s'incarne qu'à travers le centre de santé, les autres services publics étant systématiquement détruits. Dans le district de Torodi où des villages entiers sont sous leur emprise, ils sont devenus moins violents en termes de meurtres ou d'exécution publiques des personnes suspectées d'être de connivence avec les militaires ou autres démembrements de l'Etat. Du coup, les populations tout comme les agents de santé

respectent les règles qu'ils ont instaurées pour, respectivement demander ou délivrer des soins. Et pour s'assurer du respect de leur consigne, ils contrôlent les véhicules, les ambulances déployées sur le terrain et font souvent le tour ou envoient des agents de renseignements lors des séances des soins mobiles. Ceci leur permet d'accroître la pression sur les agents de santé. Ces sont des principes d'inspiration islamique comme ils le disent. *« Quand tu les rencontres, ils te demandaient l'objet de votre visite ; puis ils vous disent, ce qu'on tolère et ce qu'on n'accepte pas. La femme soigne la femme. Nous sommes obligés de nous conformer à ça, faute de quoi, les répercussions ne se feront pas attendre. »* Responsable CSI Tchouridi Le mélange des femmes et des hommes étant interdit dans un même espace, les premiers doivent nécessairement être traités, pris en charge par les hommes. Pareille pour les femmes enceintes et les patientes qui ne sont reçues que par les sage-femmes et les infirmières. Dans cette situation, même lorsque les équipes mobiles connaissent la position des bandits armés, ils se taisent quand les militaires ou d'autres agents de renseignements demandent. Ils ont peur des représailles sur eux ou leurs collègues déployés ailleurs dans la même aire de santé. L'une des consignes pour continuer à délivrer les soins c'est de ne jamais parler des bandits armés ou de questionner les populations de leurs activités. C'est pourquoi, dans le milieu communautaire ou auprès de ces agents de santé, on ne parle pas de bandits, de groupes armés ou de djihadistes. On parle plutôt "marabouts" ou de grands frères en l'honneur à des prêches périodiques qu'ils organisent. Mais dans les zones où ce n'est pas une idéologie religieuse ou autre projet de société qui est défendu, les bandits ne s'occupent pas de la façon dont les soins doivent être délivrés. Ce qui les intéresse le plus à Tahoua, ce sont les véhicules. Dans cette situation les agents de santé ainsi que les populations ne peuvent pas demander de l'aide/ d'appui des militaires ou des forces de défense et de sécurité même lorsqu'ils connaissent leurs positions de peur des représailles dans ce cas sanglantes.

« On n'a jamais demandé de l'aide. A qui on va demander de l'aide ? Parce que si on dit qu'on va demander de l'aide aux forces de l'ordre, on ne va jamais faire encore de clinique mobile dans cette zone. On ne sera pas à l'aise et la population ne se sentira pas en paix. Dès qu'elles escortent l'équipe, après leur départ, les habitants du village vont avoir de problème avec les "gens de la brousse" » (terroristes) ». Sage-femme

Par ailleurs, quand ils viennent pour se faire soigner (en cas de blessures lors des accrochages avec les militaires ou groupes d'autodéfense) ou amènent un membre de leur famille, ils sont prioritaires et doivent donc être traités de façon prompte pour ne pas durer au sein d'une formation sanitaire de peur d'être exposé aux militaires ou aux renseignements locaux.

« Oui ils viennent ils te disent ce qu'ils veulent et ils s'en vont. Hier même quelqu'un était venu dès son arrivée il a poussé un agent et il s'est mis à hurler, donc on avait

compris que c'est un bandit car ils montrent qu'ils n'ont pas peur, quand on a compris on s'est retiré, on s'est excusé aussi ». Major CSI Tillia

Le style vestimentaire des hommes et des femmes est bien scruté des bandits. En clinique mobile comme dans les CSI et les cases de santé sous contrôle djihadiste, toutes les sage-femmes, infirmières ou autres agents de santé de sexe féminin doit être vêtue du hidjab noir qui couvrira tout son corps. Quant aux hommes, il leur est fortement recommandé de soigner la barbe et maintenir, le pantalon. Accepter ces règles, revient à se tirer d'affaire avec eux et exercer convenablement ses activités professionnelles. D'ailleurs les agents de santé, qui n'ont, de passage, pas de choix, préfèrent délivrer des soins sans passer par des escortes afin d'éviter d'être exposés. Dans les zones contrôlées de fait par les groupes armés, dans une formation sanitaire comme en dehors, les agents de santé, en particulier les femmes s'habillent modestement, c'est-à-dire en tenu de campagne pour ne pas se faire remarquer. En effet, les femmes sont souvent kidnappées et violées avant d'être relâchées. Ces de viols s'observent le plus dans les districts de Tahoua où les groupes armés ne prônent pas la charia.

Conclusion

Les pays du sahel central (Niger, Burkina, Mali et Tchad) sont confrontés à l'insurrection djihadiste et au grand banditisme le long de leurs frontières poreuses. Cette insécurité grandissante compromet la mise en œuvre des politiques publique en matière de santé dans les pays comme le Niger où le système de santé, déjà fragilisé par des contraintes structurelles qui pèsent sur son fonctionnement normal (couverture sanitaire réduite, insuffisance des ressources humaines en quantité et en qualité, leurs inégale répartition dans l'espace, accessibilité géographique, financière, culturelle, absence de médicaments, ruptures fréquentes de produits et intrants etc.), peine à offrir des soins de qualité. Le cas des cliniques est illustratif d'une contrainte nouvelle face à laquelle les agents de santé, au péril de leur vie, accompagnés des agents communautaires, parcourent des villages, situés à des dizaines voire des centaines de km de leur CSI pour soigner les populations. Ils sont, pour faire, contraint d'accepter les règles imposées par les groupes armés au risque d'annuler simplement leurs déploiements.

Bibliographie

- T. Bierschenk , J.-P. Olivier de Sardan, (1997). ECRIS : Rapid Collective Inquiry for the Identification of Conflicts and Strategic Groups. *Human Organization*, 56(2), Article 2. <https://doi.org/10.17730/humo.56.2.p132305hm65w4676>
- J.-F Caremel, & M.S. Souley Issoufou, (2024). *Réformer les systèmes de santé « par le bas ».* Pistes de travail pour des « modèles voyageurs » locaux [Application/pdf]. 101-116. <https://doi.org/10.57832/KB6W-C664>

- Y. Jaffré, Y. Diallo, P. Vasseur, & C. Grenier-Torrès, (2009). *La bataille des femmes : Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*. Les Editions Faustroll.
- J. Yannick. (2009). *Les services de santé « pour de vrai » : Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey)* <https://doi.org/10.1522/030148886>
- C. Lund, (2006). *Twilight Institutions : Public Authority and Local Politics in Africa. Development and Change*, 37(4), Article 4. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7660.2006.00497.x>
- J.-P. Olivier de Sardan, (2001). La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest. *Autrepart*, 4(20), Article 20. <https://doi.org/10.3917/autr.020.0061>
- J.-P. Olivier de Sardan, (2008). *La rigueur du qualitatif : Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Academia-Bruylant.
- J.-P. Olivier de Sardan, (2009). *Les huit modes de gouvernance locale en Afrique de l'Ouest*. Working Paper.
- J.-P. Olivier de Sardan, (2021). *La revanche des contextes : Des mésaventures de l'ingénierie sociale, en Afrique et au-delà*. Karthala.
- J.-P., Olivier de Sardan, V. Ridde, V. (Éds.). (2014). *Une politique publique de santé et ses contradictions : La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*. Éditions Karthala.
- K. Peeters Grietens, et al. (2014). Doctors and Vampires in Sub-Saharan Africa : Ethical Challenges in Clinical Trial Research. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 91(2), Article 2. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.13-0630>
- H. Revil, (2018). Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire: *Regards*, N° 53(1), 29-41. <https://doi.org/10.3917/regar.053.0029>
- A. Strauss, (1992). *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme* (I. Baszanger, Éd.). l'Harmattan.
- S. Traoré, (2024). Mesures d'accessibilité géographique aux soins de santé dans le district sanitaire de Bougouni au Mali. *Revue Internationale de Géomatique*, 33(1), 167-182. <https://doi.org/10.32604/rig.2024.052696>
- L. White, (2000). *Speaking with vampires : Rumor and history in colonial Africa*. University of California Press.