



HAL
open science

Contributions des Sciences Humaines et Sociales (SHS) à la compréhension des épidémies au Niger

Mamane Abdou Oumarou, Olivier Las Vergnas, Oumarou Hamani, Nassir Messaadi, Mamane Sani Issoufou Souley, Balkissa Ibrahim Harouna, Saley Hima Oumarou, Aissatou Abdoulaye, Assoumane Chéfou Abouka

► **To cite this version:**

Mamane Abdou Oumarou, Olivier Las Vergnas, Oumarou Hamani, Nassir Messaadi, Mamane Sani Issoufou Souley, et al.. Contributions des Sciences Humaines et Sociales (SHS) à la compréhension des épidémies au Niger. 2023, 978-2-37235-156-0. <10.5281/zenodo.7816922>. <halshs-04064292>

HAL Id: halshs-04064292

<https://shs.hal.science/halshs-04064292v1>

Submitted on 27 Apr 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization



**Centre de
Recherche Médicale
et Sanitaire**

Mamane ABDOU OUMAROU
Préface d'Olivier LAS-VERGNAS

**Contributions des Sciences Humaines et Sociales
(SHS) à la compréhension des épidémies au Niger**

**Cinq investigations empiriques sur le
Covid-19 ou l'éducation du patient
(2020-2022)**

Editions Gashingo

ISBN 978-2-37235-156-0

Tous droits réservés

© Mars 2023 Editions Gashingo

Tel. 00227 96 87 72 82

Email. gashingo@yahoo.fr





Préface

Les questions de santé ont constitué un des objets d'intérêt des sciences humaines et sociales (SHS) dès leur constitution à la fin du XIXe siècle, mais ces disciplines sont restées néanmoins pendant de nombreuses décennies fortement séparées structurellement et intellectuellement des disciplines médicales.

Aujourd'hui, l'étude de la littérature scientifique et professionnelle montre à contrario à quel point ce lien entre les SHS et les questions de santé est en train de devenir bilatéral, voire réciproque, même si cela ne va pas sans quelques frictions épistémologiques ou idéologiques.

De fait, actuellement, les apports des SHS intéressent la recherche sur les questions de santé autant que les sciences humaines et les sciences sociales s'y intéressent vivement, chacune avec leurs perspectives et à leurs échelles spécifiques : signalons par exemple qu'en France le premier appel à projet de recherche de l'agence nationale de la recherche focalisé sur la pandémie de CoVid-19 a financé 17 projets en SHS sur 86 au total. Par ailleurs, l'intégration des SHS est devenue un enjeu important de la conception des nouveaux cursus de formation des professionnels de santé dans la plupart des pays.

SHS et questions de santé : approches globales et objets spécifiques

Ainsi, recherches et enseignements en santé et en SHS se croisent-ils à l'heure actuelle de plusieurs manières. D'une part, de nombreux auteurs ont proposé des approches globales, brossant d'une manière générale des sociologies ou des psychologies de la santé, tandis que d'autre part ont été

développés des travaux centrés sur des objets bien plus spécifiques et originaux allant de l'alliance ou de l'éducation thérapeutique aux injustices épistémiques, en passant par les théories subjectives de la maladie ou la littératie en santé voire la prise en considération de la réflexivité des malades. La relation « éducation, santé et société » est en particulier devenue un des champs les plus fertile des recherches transdisciplinaires.

Dans un tel contexte, le présent ouvrage est emblématique des publications qui veulent éclairer concrètement cette interrelation entre SHS et sciences de la santé. Son édition témoigne de l'engagement fort du CERMES dans ce champ grâce à l'implication de ses équipes et en particulier l'engagement de Mamane ABDOU OUMAROU, initiateur et auteur principal de cette compilation et dont j'ai eu le plaisir de diriger avec mon collègue Nassir Messaadi la thèse de doctorat en sciences de l'éducation et de la formation soutenue à l'Université de Lille.

J'en profite pour dire à quel point je suis heureux de saluer cette parution et d'avoir le plaisir de rédiger cette courte préface et de participer ainsi à la mise en valeur bien méritée de ces travaux de très grand intérêt.

Un ouvrage traitant d'objets au cœur d'enjeux actuels en médecine santé

L'espace limité d'une préface ne permet pas de détailler les investigations présentées dans cet ouvrage, mais la lecture de leurs cinq titres suffit à saisir l'actualité des enjeux qu'elles traitent et qui se sont imposés aussi bien au Niger que dans tous les autres pays : « *Étude des Connaissances, Attitudes et Pratiques préventives (CAP) dans la communauté de professionnels de santé lors de la pandémie du coronavirus à Niamey* », « *Expériences individuelles et collectives de la pandémie du Covid-19 au Niger : points de vue des personnes testées, des professionnels de santé et de la population générale* », « *Étude des déterminants de l'hésitation de la vaccination du Covid-19 à Niamey* ». « *Contribution de l'expertise scientifique et technique dans la gestion de la pandémie du Covid-19 au Niger : une revue après*

action ». « *Prise en considération de la réflexivité des personnes atteintes de diabète dans le cadre de l'éducation du patient* » ...

De fait, les expressions employées de ces titres (« *hésitation vaccinale* », « *prise en considération de la réflexivité des personnes atteintes* », « *expériences individuelles et collectives de la pandémie* ») montrent bien en quoi cette interpénétration des objets médicaux avec ceux des SHS peut nourrir la compréhension d'un phénomène aussi désarçonnant que celui de la pandémie de CoVid-19.

Des méthodes mixtes préfigurant de nouvelles possibilités pour la médecine de précision

Au-delà de cette première observation, on peut aussi remarquer un autre point saillant de ces travaux. Celui-ci concerne les méthodologies d'analyse de données ainsi que de data visualisation mises en œuvre : il est tout d'abord visible que ces travaux font appel aux possibilités ouvertes aujourd'hui par les capacités de traitement de grandes masses de données. Mais, plus précisément, ce que l'on peut observer au travers de ces investigations et en particulier celles conduites dans la thèse de Mamane ABDOU OUMAROU, c'est le recours à des méthodes mixtes, celles-ci permettant de faire cohabiter des épistémologies compréhensives fondées sur des analyses de contenus de données qualitatives avec des méthodes de réduction habituellement utilisées pour des données quantitatives. En cela, ces travaux s'inscrivent à la fois dans la filiation de ceux de Barney Glaser et Anselm Strauss, élargissant leur méthode dite de la « découverte de la théorie ancrée » mais aussi dans la filiation de ceux de Jean-Paul Benzécri (école française de statistique multidimensionnelle) en mobilisant les analyses factorielles et les classifications automatiques, à la fois dans des approches de sociométrie et de psychométrie, mais aussi pour des analyses lexicales.

En filigrane, le développement de ces méthodologies mixtes pourrait suggérer ainsi pour l'avenir des élargissements de la médecine dite « de précision » (permise par la disponibilité de big data et de certains algorithmes

de l'intelligence artificielle) qui au-delà de la prise en compte d'une multiplicité de variables et d'indicateurs biomédicaux aurait tout à gagner à pouvoir également intégrer des indicateurs spécifiques aux phénomènes étudiés par les SHS, comme le sont justement ceux explorés dans les cinq investigations décrites ici : hésitation, considération, réflexivité, expériences usagers...

Un ouvrage présentant deux niveaux d'intérêt

En ayant ces aspects méthodologiques en tête, il nous semble que la lecture de cet ouvrage présentera un double niveau d'intérêt pour de nombreux lecteurs.

D'un part les cinq études rapportées ici sont en elles-mêmes très éclairantes sur le vécu, la gestion et les conséquences de la pandémie de CoVid-19 à la fois par la population générale et par les professionnels de santé. D'autre part, l'ouvrage dans son ensemble se révèle être une source de réflexion, voire d'inspiration en ce qui concerne les méthodes permettant d'hybrider des SHS compréhensives avec des evidence based researches caractéristiques de la médecine contemporaine.

A ce titre, nous renouvelons nos félicitations aux éditeurs et au coordonnateur pour avoir su mener à bien si rapidement la publication d'un tel ouvrage dont nous pouvons penser sans trop de risque de nous tromper qu'il constituera le premier élément d'une série d'autres volumes, continuant à rendre compte des développements de cette hybridation fructueuse entre les SHS et les sciences de la santé.

Olivier Las-Vergnas

Professeur des universités,

**Dr de l'équipe « Apprenance, Formation, digital » du CREF
Université Paris-Nanterre, Dr de thèses associé au CIREL-
Trigone, Université de Lille**

Sigles et abréviations

AFC : Analyse Factorielle des Correspondances

APFORD : équipe Apprenance, Formation, Digital de l'Université Paris Nanterre

CAP : Connaissances Attitudes et Pratiques

CERMES : Centre de Recherche Médicale et Sanitaire

CIREL : Centre Interuniversitaire de Recherche en Éducation de Lille

CNERS : Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé

Covid-19 : Maladie à coronavirus de 2019 (Coronavirus Disease appeared in 2019)

CSI : Centre de Santé Intégré

EP : Éducation du Patient

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

FMI : Fonds Monétaire International

HGR : Hôpital Général de Référence de Niamey

OCHA : Bureau de la Coordination des Affaires Humanitaires

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

PCR : Réaction de Polymérase en Chaîne (Polymerase Chain Reaction)

REPAIR : Recherche Pasteurienne Internationale en Réponse au Coronavirus en Afrique

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SARS-CoV-2 : Syndrome Respiratoire aigu Sévère du coronavirus 2

SHS : Sciences Humaines et Sociales

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

WP : Work Package

Remerciements

D'abord, nos remerciements vont principalement à l'endroit du Ministère Français de l'Europe et des Affaires Étrangère pour avoir financé le Programme de « Recherche Pasteurienne Internationale en Réponse au Coronavirus en Afrique » (REPAIR¹), une investigation multidisciplinaire sur la pandémie du Covid-19 en Afrique, grâce à laquelle un Work Package (WP) dénommé Appui des Sciences Humaines et Sociales (SHS) à la compréhension de la pandémie a été constitué. C'est ce financement qui a permis de réaliser les études 2, 3 et 4 contenues dans ce recueil.

Ensuite, nous présentons nos vifs remerciements à l'endroit du Service de Coopération et d'Actions Culturelles (SCAC) de l'Ambassade de France au Niger qui a bien voulu financer l'étude 1, dès le début de la pandémie, ce qui nous a permis d'avoir une situation de référence. Le SCAC a aussi en grande partie financé l'étude 5, une thèse qui a été réalisée à la même période mais ne concernant pas le Covid-19. En effet, c'est grâce à la bourse de mobilité doctorale que cette recherche a pu être menée à bien à Lille (France) et avec le soutien du CERMES pour ce qui est de la partie du Niger.

Enfin, nous remercions nommément le Dr Ronan Jambou, Directeur Scientifique du CERMES, pour la confiance et la mobilisation dont il fait montre depuis qu'il est au poste. Nous remercions chaleureusement le Pr Olivier Las-Vergnas, Professeur des universités, anciennement Directeur du Laboratoire CIREL Université de Lille et actuellement celui d'APFORD Université Paris Nanterre, pour sa disponibilité, la qualité de l'encadrement et ses contributions dans tous les processus de ces recherches.

1. <https://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/institut-pasteur-monde/actualites-international/creation-reseau-sciences-humaines-sociales-pasteur-network>

Je n'oublierais pas de remercier vivement mes partenaires et collègues du Niger pour leurs contributions notamment Dr Oumarou Hamani, Dr Mamane Sani Souley Issoufou, Assoumane Chefou Abouka, Hima Saley, Aissatou Abdoulaye, Balkissa Ibrahim Harouna ainsi que les collègues du WP5 REPAIR des Instituts Pasteurs de la Tunisie, de Madagascar, de la Côte d'Ivoire et de Paris.

Merci surtout aux professionnels de santé qui ont participé aux différentes études, aux personnes malades, aux responsables des établissements de santé, aux experts interviewés.

Merci à tous ceux qui ont contribué de prêt ou de loin à la réalisation de ce travail qui est le nôtre.

Avant-propos

Nous sommes à l'aube de la pandémie du Covid-19, à cheval entre le dernier trimestre de l'année 2019 et le premier trimestre de l'année 2020, personne ne pouvait imaginer les bouleversements qui nous attendaient durant les 2 prochaines années. Ce contexte permet non seulement de resituer la période, qui reste dans la mémoire de chacun d'entre nous, mais aussi la singularité de la situation pour moi qui vient à peine de démarrer mes études doctorales en France. En effet, au moment où je finissais mon premier séjour à l'Université de Lille pour ma première année de thèse, le foyer du SRAS-COV-2 pointait à l'horizon et nul ne pouvait présager l'ampleur de la crise que nous avons tous connu de même que ses conséquences.

Je rentrais au Niger, à la fin du mois de février 2020, quand les mesures de contrôle, de ce qui est finalement devenu en seulement 2 mois la pandémie du Covid-19, se mettaient en place partout dans le monde en même temps que la maladie se propageait. La fermeture des frontières dans beaucoup de pays s'accompagnait du confinement (dont je ferai l'expérience au Niger puis en France) et de bien d'autres mesures.

Face à cette crise, la mobilisation internationale pour apporter une réponse efficace a été inédite tant au plan sanitaire et politique que scientifique. En plus du développement des tests de dépistage, de la production d'équipements de protection et de protocoles de soins, les scientifiques de plusieurs disciplines ont participé à la riposte. Le Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (CERMES) notamment, dans ses missions et au vu de sa position stratégique, n'a pas manqué d'être à l'œuvre pour

accompagner les autorités nigériennes dans la prévention et le contrôle du Covid-19 dont le pays connaîtra son premier cas dès la fin mars 2020. C'est en ce moment que nous proposons, pour notre part, la première étude CAP pour évaluer le niveau de connaissance et de préparation des professionnels de santé. Par la suite d'autres études suivront et composeront l'essentiel de ce recueil de recherche.

Les initiatives naissaient de partout. Le Pasteur Network mobilisait les équipes de son réseau et prend l'initiative REPAIR dans laquelle un axe appui des SHS à la compréhension de la pandémie a été défini et pour lequel certains instituts africains du réseau dont le CERMES se positionnaient. La crise du Covid-19 a été à la fois une grande menace pour l'humanité mais aussi un défi pour les scientifiques et les politiques. Toutefois, cette crise a aussi été une opportunité de collaborations scientifiques inédites dans ce qui va devenir la « grande mobilisation scientifique de l'histoire moderne depuis un siècle ».

Deux années et demi durant, les équipes du CERMES participaient à la gestion de la crise en mettant à la disposition, des autorités principalement et de la population secondairement, son expertise scientifique, des résultats de diagnostics et de recherches pour éclairer les choix et les décisions. C'est dans cette optique que des séries de recherches axées sur les SHS et bien d'autres disciplines (épidémiologie, virologie) ont été conduites et les résultats partagés avec la communauté scientifique et les acteurs de la riposte.

Les SHS apportent leurs éclairages disciplinaires sur la compréhension de la pandémie en questionnant les dimensions sociales de la maladie, à travers des méthodologies et des approches singulières et appropriées dans le but de contribuer à une réponse efficace, systémique et globale de la riposte à la crise sanitaire que connaissent les pays.

Table des matières

| | |
|---|----------|
| Préface..... | v |
| Sigles et abréviations..... | vii |
| Remerciements..... | xi |
| Avant-propos..... | viii |
| Introduction générale : les SHS face aux contextes épidémiques..... | 1 |
| Études des Connaissances, Attitudes et Pratiques préventives (CAP) dans la communauté des professionnels de santé lors de la pandémie du coronavirus à Niamey..... | 7 |
| Résumé..... | 7 |
| Introduction..... | 9 |
| Méthodologie..... | 9 |
| Résultats..... | 11 |
| Analyse lexicométrique des verbatims..... | 11 |
| Statistiques descriptives..... | 14 |
| Répartition de la population de l'étude et des réponses aux questions...14 | |
| Analyse statistique par création de variables quantitatives..... | 22 |
| Nouvelles variables quantitatives..... | 22 |
| Analyse en Composantes Principales (ACP)..... | 24 |
| Discussion..... | 27 |
| Quelques constats tirés des résultats..... | 27 |
| Notes d'observation..... | 28 |

| | |
|--|-----------|
| Les difficultés..... | 29 |
| Le respect des mesures de sécurité sanitaire..... | 30 |
| Conclusion..... | 31 |
| Références bibliographiques..... | 32 |
| Annexe : Questionnaire..... | 38 |
| Expériences individuelles et collectives de la pandémie du Covid-19 au Niger : points de vue des personnes testées, des professionnels de santé et de la population générale..... | 45 |
| Résumé..... | 45 |
| Introduction..... | 47 |
| Méthodologie..... | 49 |
| Résultats..... | 50 |
| Impacts de la pandémie du point de vue des professionnels de santé...51 | |
| Pénurie d'intrants et réorganisation des soins..... | 51 |
| Du conflit avec la hiérarchie à la routine..... | 52 |
| Une pandémie aux séquelles longues..... | 53 |
| Impacts de la pandémie du point de vue de la population générale.... | 53 |
| Défiance et perte de confiance à l'égard des autorités et du système de santé...53 | |
| Impact économique et social..... | 54 |
| Temporalités de la pandémie du Covid-19..... | 54 |
| De la fermeture des mosquées au profit des marchés..... | 54 |
| Les gestes barrières et les rapports sociaux..... | 56 |
| De la psychose à la vie normale..... | 57 |
| Représentations du Covid-19 du point de vue des personnes testées...58 | |
| De la grippe améliorée à la maladie mortelle..... | 58 |
| Le Covid-19, une maladie diversement perçue aux conséquences multiples...59 | |

| | |
|--|----|
| Représentations du Covid-19 du point de vue de la population | 60 |
| Le Covid-19 comme un ‘simple un Rhume’..... | 60 |
| La maladie des « Blancs » et des étrangers..... | 61 |
| Le Covid-19 comme une malédiction, une épreuve divine..... | 62 |
| Le Covid-19, une maladie de l’élite..... | 63 |
| Le Covid-19, une création politique..... | 64 |
| D’une pathologie dramatique à une maladie familiale..... | 65 |
| Les théories complotistes et le Covid-19..... | 67 |
| L’homme africain, le climat et le Covid-19..... | 67 |
| Compliance des populations à l’égard des mesures de prévention contre le Covid-19..... | 69 |
| Connaissances et perceptions sur les mesures de prévention..... | 69 |
| Quand les pauvres vivent et les aisées se barricadent..... | 70 |
| Des mesures de prévention assez connues considérées comme inadaptées au contexte local..... | 72 |
| De l’incompréhension à la défiance de l’autorité de l’État..... | 72 |
| Dépistage du Covid-19 : de la contrainte à la dissimulation..... | 73 |
| Le test et après... ?..... | 73 |
| Vaccination : entre exhortation à l’exemplarité et refus catégorique.... | 74 |
| Discussions..... | 75 |
| Quelques constats tirés des résultats..... | 75 |
| Quelques difficultés rencontrées..... | 77 |
| Conclusion..... | 79 |
| Références bibliographiques..... | 82 |
| Annexes..... | 89 |
| Annexe A. Note d’information pour les participants à l’étude..... | 89 |

| | |
|--|------------|
| Annexe B. Formulaire de Consentement – Participation à un entretien individuel..... | 92 |
| Annexe C. Canevas d’entretien pour les individus ayant été testés.. | 93 |
| Annexe D. Canevas d’entretien pour les professionnels de santé..... | 96 |
| Annexe E. Canevas de focus group en population générale..... | 98 |
| Étude des déterminants de l’hésitation de la vaccination contre le Covid-19 au Niger..... | 103 |
| Résumé..... | 103 |
| Introduction..... | 105 |
| Méthodologie..... | 108 |
| Résultats..... | 109 |
| Statistiques descriptives..... | 109 |
| Caractéristiques de la population : répartition par genre et part statut vaccinal.. | 109 |
| Statistiques multivariées : premières ACP des trois familles des déterminants.. | 112 |
| Test de Wilcoxon-Mann-Whitney..... | 114 |
| Deuxièmes ACP des trois familles des déterminants..... | 115 |
| Discussion..... | 117 |
| Conclusion..... | 121 |
| Références bibliographiques..... | 122 |
| Annexe : Questionnaire..... | 128 |
| Contribution de l’expertise scientifique et technique dans la gestion de la pandémie du Covid-19 au Niger : une revue après action..... | 133 |
| Résumé..... | 133 |
| Introduction..... | 135 |
| Méthodologie..... | 136 |

| | |
|---|------------|
| Résultats..... | 137 |
| Analyse thématique..... | 137 |
| Des besoins et recours aux experts dans le cadre de la gestion de la crise du Covid..... | 138 |
| Diversité des profils et pluralités des expertises..... | 139 |
| Organisation et fonctionnement des instances expertes | 140 |
| Objets, typologies et spécificités des expertises..... | 143 |
| Natures des contributions et des avis des experts..... | 144 |
| Déficits des ressources, difficultés organisationnelles et populationnelles... | 145 |
| Contributions, expertises et appuis des partenaires (OMS, UNICEF, OCHA).. | 146 |
| Enseignements tirés de la gestion de crise et perspectives..... | 147 |
| Analyse lexicométrique..... | 149 |
| Discussions..... | 150 |
| Conclusion..... | 152 |
| Références bibliographiques..... | 153 |
| Annexes..... | 159 |
| Annexe A : Note d’information..... | 159 |
| Annexe B. Formulaire de Consentement – Participation à un entretien individuel..... | 160 |
| Annexe C : Guide d’entretiens..... | 161 |
| Prise en considération de la réflexivité des personnes atteintes de diabète dans le cadre de l’éducation du patient..... | 165 |
| Résumé..... | 165 |
| Introduction..... | 167 |
| Méthodologie..... | 169 |
| Résultats des trois investigations..... | 170 |

| | |
|---|-----|
| Étude de la littérature..... | 170 |
| Enquête qualitative par entretien..... | 175 |
| Enquête par questionnaire vers les professionnels de santé..... | 178 |
| Statistiques descriptives..... | 178 |
| Statistiques multivariées : ACP..... | 179 |
| Discussion..... | 186 |
| Conclusion et perspectives..... | 189 |
| Références bibliographiques..... | 191 |
| Annexes..... | 197 |
| Annexe A : Guide d'entretien personne malade..... | 197 |
| Annexe B : Guide d'entretien professionnel de santé..... | 198 |
| Annexe C : Récépissé de déclaration de conformité..... | 200 |
| Annexe D : Questionnaire..... | 201 |
| En guise de conclusion | 204 |

Introduction générale

Les SHS face aux contextes épidémiques

Les SHS apportent leurs contributions à la compréhension des dimensions sociales des épidémies par le biais des analyses qu'elles produisent autour des facteurs sociaux et culturels. En effet, la recrudescence des épidémies et le déficit de connaissance sur les dimensions sociales de ces dernières ont poussé les pays, sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), à mettre en place des dispositifs de réponse aux urgences sanitaires qui tiennent compte de ces aspects (Desclaux & Touré, 2018). Ainsi, du fait de leurs méthodologies et approches, les SHS permettent de mieux questionner les dimensions sociales comme les expériences individuelles et collectives, les connaissances, les attitudes et les pratiques au sein de la société ce quel que soit le domaine.

Une littérature abondante est disponible notamment suite à la pandémie du Covid-19 dont nous venons de faire l'expérience de laquelle les séquelles sont encore perceptibles (Desclaux et al., 2020 ; Elhaji Dagobi, 2020a, 2020b ; Issa, 2021 Moumouni, 2021 ; Mattern et al., 2022). De ce fait, la problématique des épidémies n'est qu'une donnée parmi d'autres quand on constate combien les chercheurs se sont investis sur les questions de santé, d'épidémies et autres dimensions (Flick, 1991 ; Jodelet, 2006 ; Jouet et al., 2014 ; Desclaux et al., 2022).

Ce recueil de recherches s'inscrit dans cette démarche et il a pour but de partager les méthodes, approches et résultats d'une série de recherches

avec la communauté scientifique, les cadres sanitaires et les étudiants en SHS appliquées à la santé. Ainsi, cinq études réalisées, dont quatre autour de la pandémie du Covid-19, sont successivement présentées.

La première étude est une enquête flash, intitulée « *Étude des Connaissances, Attitudes et Pratiques préventives (CAP) dans la communauté de professionnels de santé lors de la pandémie du coronavirus à Niamey* ». Cette étude est la première à être conduite d'un point de vue chronologique et cela a permis d'établir une situation de référence quant aux niveaux de connaissance et de perception des professionnels de santé ainsi que le niveau de préparation des structures de santé de la capitale.

La deuxième étude, de type qualitative et a visée compréhensive, est intitulée « *Expériences individuelles et collectives de la pandémie du Covid-19 au Niger : points de vue des personnes testées, des professionnels de santé et de la population générale* ». Elle a pour objectif de documenter les expériences des certaines catégories sociales. Plus précisément, l'étude cherche à comprendre les expériences vécues, les perceptions et les représentations du Covid-19, l'attitude des populations face aux mesures préventives individuelles et collectives et les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans le cadre de la réalisation du dépistage ou de la prise en charge.

La troisième étude de type quantitative est intitulée « *Étude des déterminants de l'hésitation de la vaccination du Covid-19 à Niamey* ». Elle a pour objectif de comprendre les facteurs (déterminants) contextuels, individuels et collectifs ou liée au vaccin et à la vaccination qui pourraient expliquer le choix ou non de se faire vacciner. L'étude vient compléter la compréhension de certains phénomènes qui avaient émergé dans la précédente recherche où l'hésitation vaccinale, de même que la perte de confiance aux autorités et la défiance institutionnelle, est apparue comme un phénomène majeur.

La quatrième étude de type qualitative est intitulée, « *Contribution de l'expertise scientifique et technique dans la gestion de la pandémie du Covid-19 au Niger : une revue après action* ». Elle a pour objectif de documenter l'expérience de la gestion de la crise sanitaire liée à la pandémie du Covid-19 au Niger en adoptant les points de vue des experts. La mobilisation des ressources humaines scientifiques et techniques, nationales et internationales (celles des organismes partenaires onusiens par exemple) dans des dispositifs de réponse a été sans précédent. De ce fait, l'organisation, le fonctionnement, les contributions, les difficultés rencontrées ainsi que les succès de cette expérience collective et individuelle constituent pour nous des données intéressantes au point de vue scientifique et managérial.

La cinquième étude, qui sort du cadre du Covid-19, est intitulée « *Prise en considération de la réflexivité des personnes atteintes de diabète dans le cadre de l'éducation du patient* ». S'inscrivant dans une perspective différentielle (comparaison entre les territoires que sont Lille et Niamey), cette recherche vise à contribuer à la compréhension des facteurs influençant l'état de santé des personnes atteintes de diabète sous l'angle de leurs rapports aux savoirs et de leurs réflexivités. Nous avons tenu de l'ajouter dans ce recueil parce que c'est une recherche SHS, notamment sciences de l'éducation appliquées à la santé, conduite à la même période que les quatre autres et inscrite dans le cadre d'une recherche doctorale réalisée au CERMES. Plus généralement, elle participe à la montée en compétence de l'institution pour la conduite des études en SHS appliquées à la santé qui est une dimension encore peu développée dans l'institut.

Toutes ces recherches essaient d'apporter des éclairages scientifiques quant aux phénomènes qu'elles étudient (connaissance et perception de la maladie, expérience individuelle et collective, hésitation vaccinale, compliance face aux mesures de prévention, expertise scientifique et technique, réflexivité des malades) chacune selon diverses approches méthodologiques (étude qualitative, quantitative ou mixte), outils (entretien

semi-directif, questionnaire), techniques (observation, analyse documentaire, collecte de données primaires et secondaires) et procédés d'analyses (thématique, lexicométrique, par catégories conceptuelles, statistiques descriptives et multivariées). Elles peuvent constituer de précieux supports de discussion pour la communauté scientifique et des objets d'études pour les étudiants en SHS s'intéressant aux questions de santé.

Investigation N° 1



Études des Connaissances, Attitudes et Pratiques préventives (CAP) dans la communauté des professionnels de santé lors de la pandémie du coronavirus à Niamey

Investigateur principal

Mamane ABDOU OUMAROU

Contributeurs

Olivier LAS-VERGNAS, Nassir MESSAADI, Ronan JAMBOU

Financement

Service de Coopération et d'Action Culturelle de l'Ambassade de France au Niger

Période

Mai à Juin 2020

Résumé

Dans le contexte de la gestion de la crise sanitaire liée à la pandémie du Covid-19 au Niger, cette étude a été réalisée en vue d'identifier les facteurs facilitants ou freinants l'administration des soins à travers les CAP et ce du point de vue des professionnels de santé lors de cette pandémie. Il s'agissait d'une étude mixte (questionnaire et observation) qui a concerné 125 professionnels de santé dans 20 structures sanitaires de la ville de Niamey. L'outil de collecte de données qui était initialement le guide d'entretien semi-directif a été transformé en questionnaire semi-directif compte tenu du contexte d'urgence épidémique. Les données recueillies ont été analysées par les méthodes lexicométrique et statistiques descriptives et Analyse en Composantes Principales (ACP).

Sans surprise plusieurs facteurs qui pourraient être qualifiés de conditions favorables à l'administration des soins ont été relevés. Il s'agit de la

connaissance des mesures de prévention (+50%) et le respect des mesures de sécurité sanitaire (+67%). Le plus important était la mise en place des plans de préparation (+87%) à l'arrivée du Covid-19 dans la grande majorité des structures de santé. Toutefois, il faut noter le faible niveau de développement de nouvelles méthodes de travail (+25%) et le partage de nouveaux savoirs (+24%).

Cette étude informe sur les CAP et décrit en même temps les mesures que les professionnels de santé souhaitent voir renforcées (+48% prévention et action de renforcement).

Mots clés : Covid-19, Connaissances, Attitudes, Pratiques préventives, Crise sanitaire, Professionnels de santé

Introduction

Déclarée comme “urgence de santé publique” par l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le 30 janvier 2020, la pandémie de la maladie à coronavirus (Covid-19) a éprouvé les systèmes de santé de bien de pays au monde (saturation, épuisement, surcharge) et les professionnels de santé, en première ligne dans les dispositifs de prévention et de contrôle de la pandémie, en font face avec les capacités et moyens à leurs dispositions. En effet, le Niger n’a pas fait exception du fait du niveau élevé du risque de propagation du Covid-19 dans le monde et aussi du fait que le pays est en relation avec les pays où la pandémie continue à sévir fortement. Le risque de propagation de cette maladie était donc prégnant tant on sait que le système de santé n’a pas une grande capacité de prendre en charge un nombre important de cas en réanimation. C’est pourquoi des mesures, tant de prévention que de prise en charge, ont été prises par les premiers responsables.

Cependant, un certain nombre d’éléments, liés au niveau de connaissance (informations générales ou scientifiques), aux attitudes (ressentiments, croyances ou opinions) et aux pratiques préventives (application des mesures, méthodes de travail et partage d’expériences), du point de vue des professionnels de santé, premiers acteurs dans le système de santé, pourraient être, selon les situations, des facteurs favorisant ou défavorisant à l’administration des soins pendant cette période de pandémie. Ainsi, dans le cadre de la lutte contre le Covid-19, le Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (CERMES) avait-il estimé, au moment où les premiers cas commençaient à apparaître, de conduire une étude sur les obstacles et facilitateurs de l’administration des soins par les professionnels

de santé lors de cette pandémie à Niamey. Il s'agit dans cette enquête CAP (Essi & Njoya, 2013), réalisée de mars à juin 2020, d'évaluer le niveau d'information et de connaissance, les attitudes, les perceptions et les pratiques professionnelles, qui pourraient constituer des obstacles ou des facilitateurs de l'administration des soins du point de vue des professionnels de santé dans la ville de Niamey.

La question centrale, constituant le fil conducteur de cette enquête, est libellée comme suit : quels peuvent être les facteurs facilitants ou freinants l'administration des soins du point de vue des professionnels de santé lors de l'épidémie du coronavirus ?

Méthodologie

Il s'agit d'une étude mixte (questionnaire et observation) qui a, compte tenu du contexte d'urgence épidémique, transformé le guide d'entretien semi-directif en questionnaire semi-directif comme outil pour collecter les données. De ce fait, l'administration de questionnaire et l'observation ont été les techniques de collecte utilisées lors des passages dans les structures sanitaires concernées par l'étude.

Le choix des structures sanitaires, au nombre de 20 dans 3 districts sanitaires de la ville de Niamey, a été opéré pour un certain nombre de raisons tels que leur situation géographique, la fréquentation, la mixité sociale des usagers, la diversité des catégories sociales, le système de prise en charge et les capacités techniques. Ainsi, cette étude a concerné 125 professionnels de santé repartis en plusieurs catégories professionnelles que sont : médecin, biologiste, infirmier, sage-femme, ambulancier, aide-soignant, agent d'accueil, brancardier et manœuvre.

Les données recueillies ont été analysées par les méthodes d'analyse lexicométrique et statistiques descriptives et Analyse en Composantes Principales (ACP) à travers les outils que sont le logiciel Iramuteq (Salem, 1982 ; Reinert, 1983, 1986 ; Labbé & Labbé, 2013 ; Ratinaud & Marchand,

2015 ; Khelifi, 2021), XslStat (XLSTAT by addinsoft, 2021a) et R (Package FactomineR).

Résultats

Analyse lexicométrique des verbatims

Cette analyse a permis de mettre en évidence les vocabulaires (formes actives) les plus utilisés ensemble dans les mêmes phrases parmi les réponses données par les professionnels de santé. Ces vocabulaires sont répartis en 5 classes qui sont : 1) ressentis suite à l'arrivée du premier cas à Niamey ; 2) difficultés à appliquer les mesures barrières ; 3) choix de l'Hôpital Général de Référence pour accueillir les cas de Covid-19 ; 4) réactions face à un cas suspect et 5) mesures de sécurité sanitaire prises. La figure 1 (dendrogramme) présente les différentes classes de lexiques issues des discours des professionnels de santé.

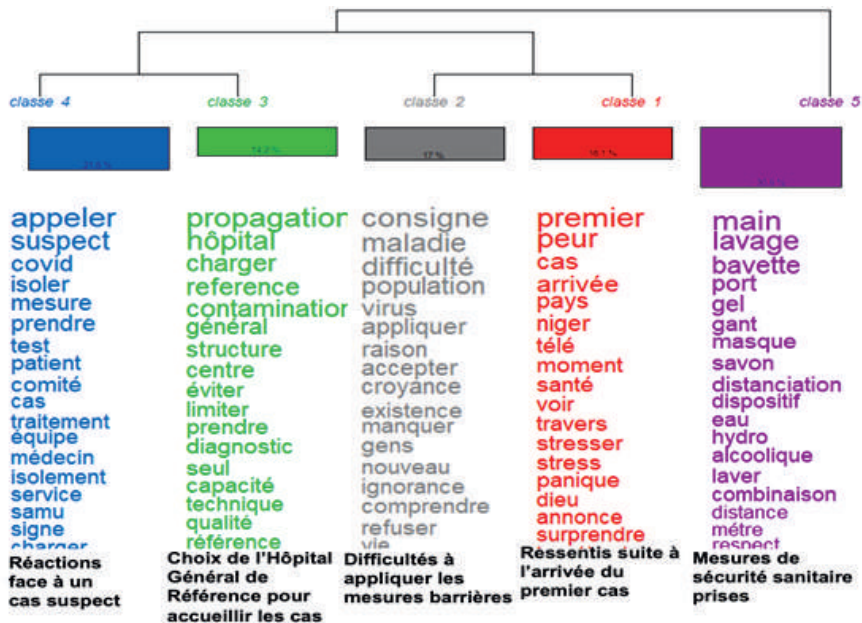


Figure 1 : Classes des lexiques issues des discours des professionnels de santé

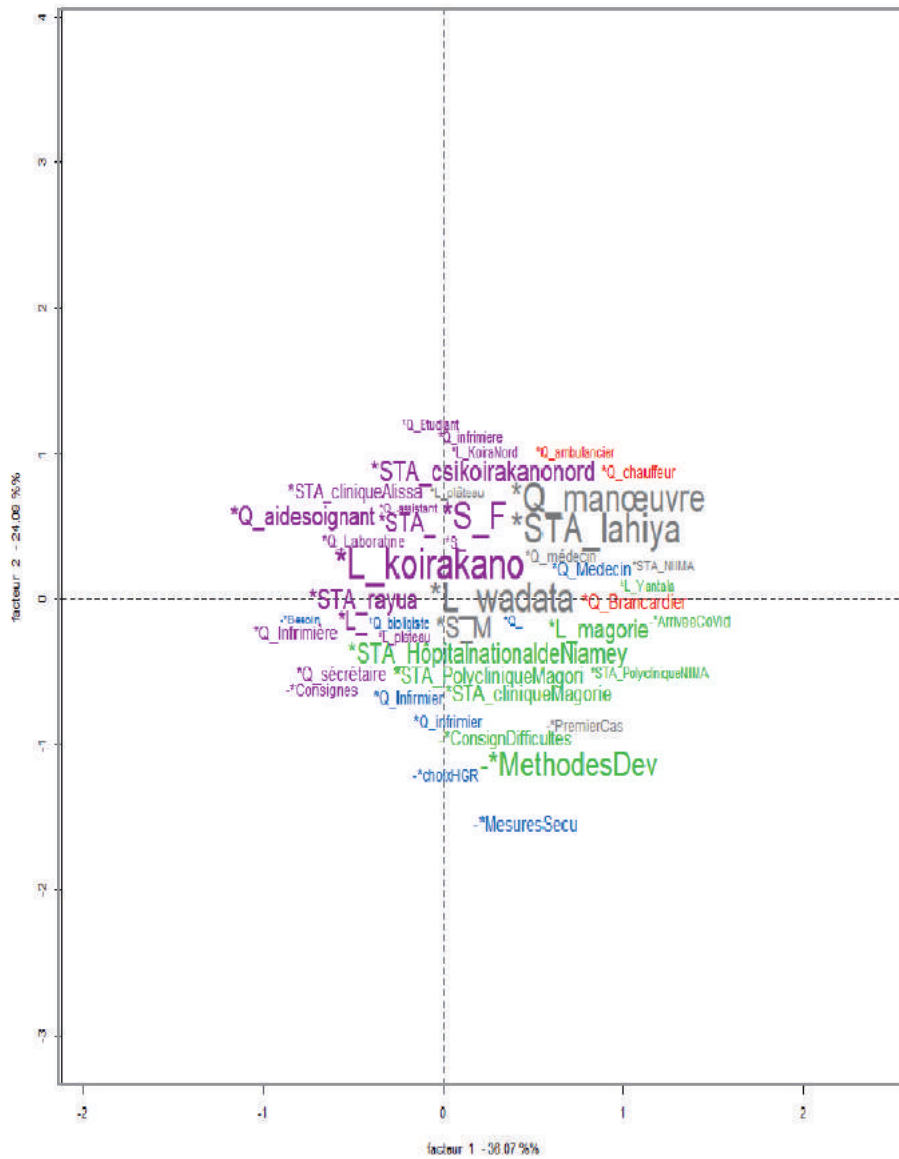


Figure 2 et 3 : Relations entre les classes de mots (à gauche 2) et les variables (à droite 3)

Ces analyses lexicales visaient à mettre en évidence différences et similitudes entre chacune des classes des lexiques (classes 3 au vert et 4 au bleu). Pour cela, c'est le logiciel Iramuteq® fondé sur l'algorithme de M. Reinert (1987) qui a été utilisé pour identifier des groupes de mots souvent ensemble dans certains segments des réponses aux questions.

Statistiques descriptives

Répartition de la population de l'étude et des réponses aux questions

Pour rappel, cette étude a concerné 125 professionnels de santé dont 63 hommes et 62 femmes. La répartition par catégories professionnelles est déséquilibrée. Un peu moins de la moitié de la population est de la catégorie paramédicale soit 48,8%, suivi de la catégorie médecin 21,6% et de biologistes 10,4%. A elles seules ces trois catégories représentent plus de 80% de la population de l'étude.

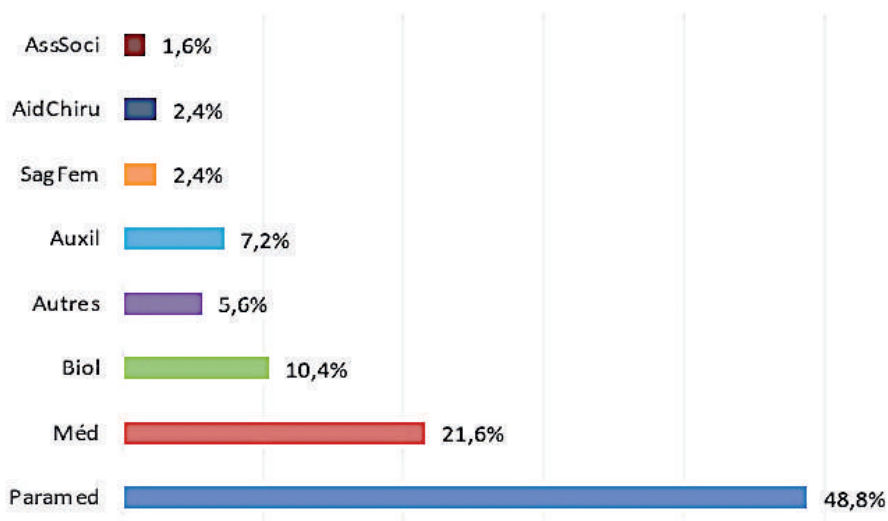


Figure 4 : Répartition des enquêtés par catégories professionnelles

La répartition des catégories professionnelles par structure sanitaire confirme le poids naturel des hôpitaux qui totalisent 31% de la population par rapport aux autres structures sanitaires.

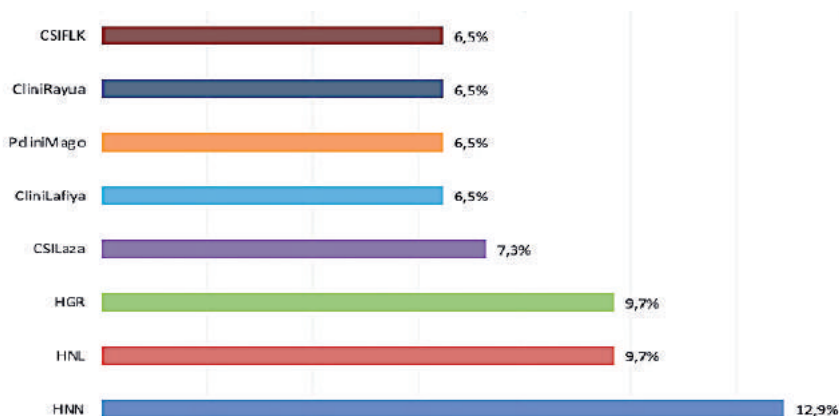


Figure 5 : Répartition des enquêtés par rapport à la variable « structure de santé »

Les trois premiers besoins d'information les plus exprimés par les enquêtés portent respectivement sur le traitement 17,7%, besoin d'éclaircissement soit 16,9% et aucun besoin 8%.

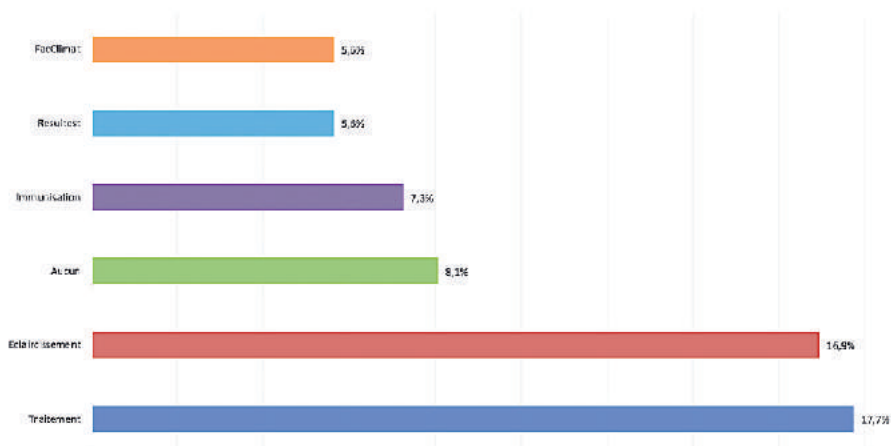


Figure 6 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « besoin d'information »

Les gestes barrières 16,9%, l'hygiène 9,7%, le diagnostic 8,1% et la clinique 7,3% sont les besoins d'informations scientifiques complémentaires les plus cités. Par contre, certains répondants 20,2% n'ont pas renseigné cette question du fait peut-être qu'ils n'ont pas de besoin d'informations scientifiques complémentaires ou qu'ils n'ont pas bien compris la question

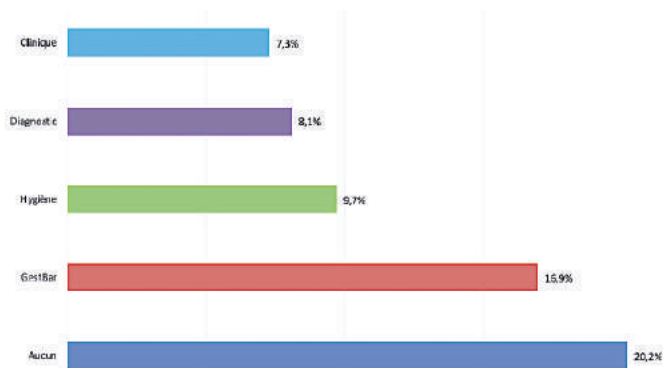


Figure 7 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « besoin d'informations scientifiques complémentaires ».

La stratégie pour limiter la contamination 37,9%, les capacités d'accueil 29% et les équipements 17,7% sont, pour les professionnels de santé, les raisons qui pourraient motiver le choix de l'Hôpital Général de Référence comme centre unique de prise en charge des cas de Covid-19.

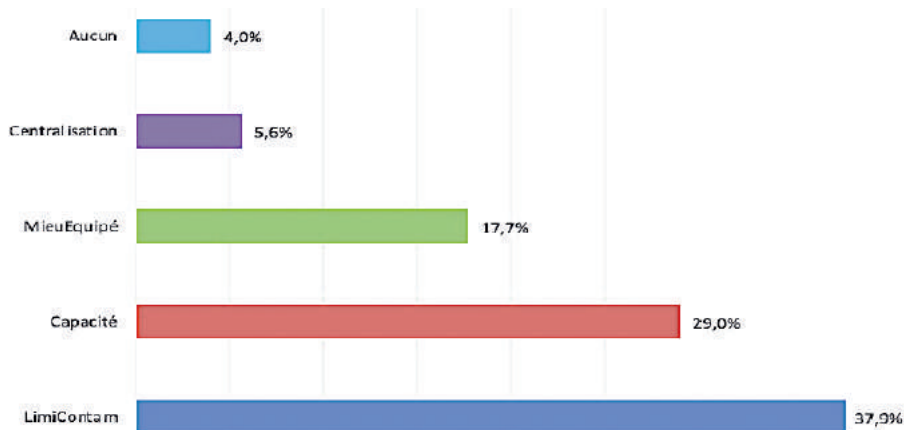


Figure 8 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « choix HGR »

Quand on demande aux professionnels de santé comment ils avaient vécu ou ressenti l'apparition du premier cas, 29,8% mentionnent qu'ils étaient paniqués, 20,2% disent être effrayés et 12,9% étaient préparés et sereins. On peut constater que plus de 50% des professionnels de santé (cumule des 2 premières modalités et de la dernière) n'étaient pas préparés.

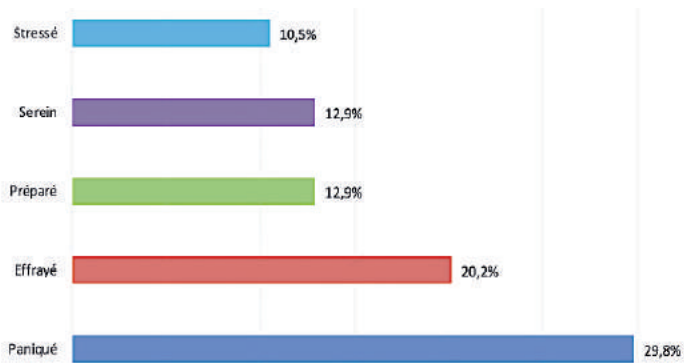


Figure 9 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « arrivée premier cas Covid-19 »

66,1% professionnels de santé déclarent à avoir « cru ou admis » l'arrivée du Covid-19 à Niamey dès la première annonce des autorités, 12,9% à travers les témoignages et 8,1% quand les cas commençaient à se multiplier. Ce qu'il faut retenir c'est qu'on peut dire que la communication des autorités a eu un effet sur la croyance de la majorité des agents interrogés.

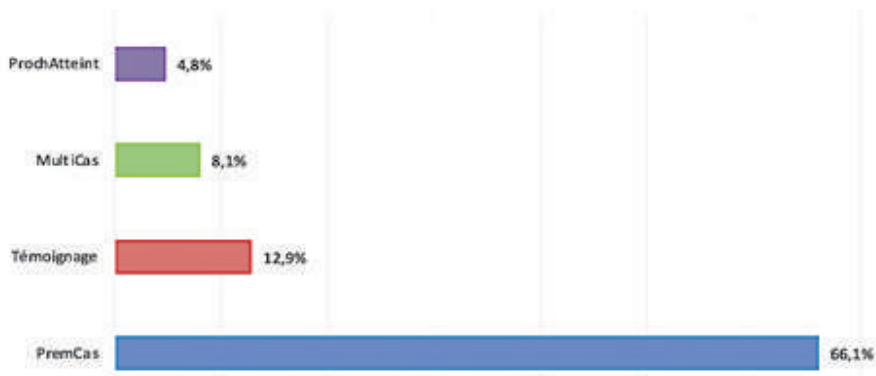


Figure 10 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « croyance au Covid-19 ».

87,9% de professionnels de santé interrogés affirment avoir connaissance de l'existence d'un plan de préparation dans leurs structures de santé contre 9,7% qui n'en savent pas et seulement 2,4% ne savent ni s'il y a ou pas un plan de préparation. C'est assez réjouissant de constater que la grande majorité est au courant de la mise en place d'un plan de préparation à l'arrivée du Covid-19.

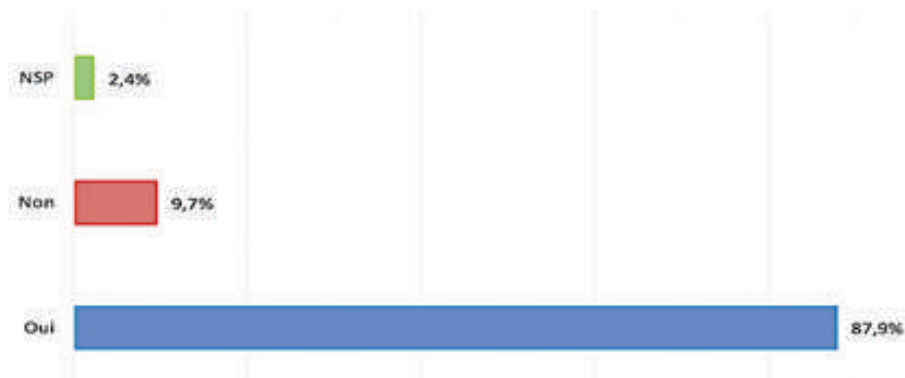


Figure 11 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « existence d'un plan de préparation ».

Les plans de préparation à l'arrivée du Covid-19 sont majoritairement axés sur la prévention 27,4%, les gestes barrières 27,4% et la mise en place de dispositifs d'hygiène 13,7%. Il est à noter ici que 13,7% n'ont pas renseigné cette question. C'est peut-être par choix ou par omission.

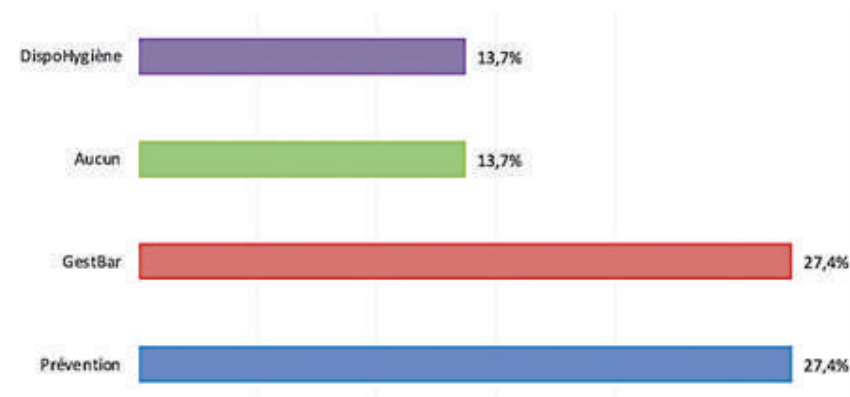


Figure 12 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « contenu du

Les difficultés liées à l'application des consignes de sécurité sanitaire sont d'ordre de l'inhabitude 15,3%, pour d'autres répondants elles sont liées au refus 12,1% et au non-respect de la distanciation sociale 6,8%. Signalons aussi que 23,4% de répondants ne renseignent pas cette question.

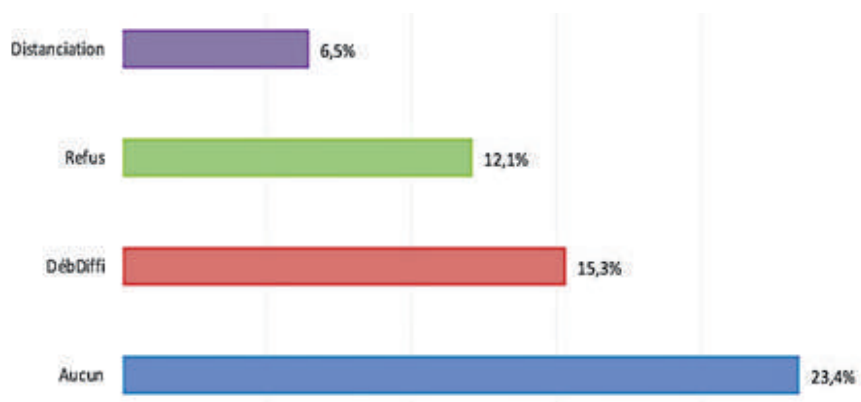


Figure 13 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « difficultés à appliquer les consignes ».

36,3% des répondants déclarent que les difficultés pour transmettre les consignes de sécurité sanitaire sont liées à la croyance, 8,9% répondent ne pas avoir de difficulté et 7,3% déclarent qu'elles sont liées à l'insuffisance de matériels. Toutefois, 36,3% des répondants ne renseignent pas cette question.

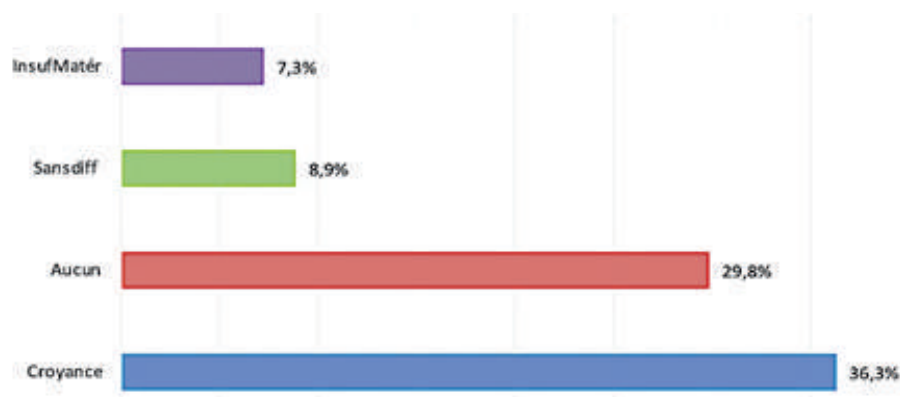


Figure 14 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « difficultés à transmettre les consignes ».

Quand on demande aux professionnels de santé quelles sont selon eux les raisons des difficultés d'application ou de transmission des consignes sanitaires, 21% répondent que c'est pour des raisons d'insuffisance de moyen et 14,5% que ce serait lié à la méconnaissance des mesures. Notons que pour cette question aussi 24,2% répondants ne renseignent pas cette question.

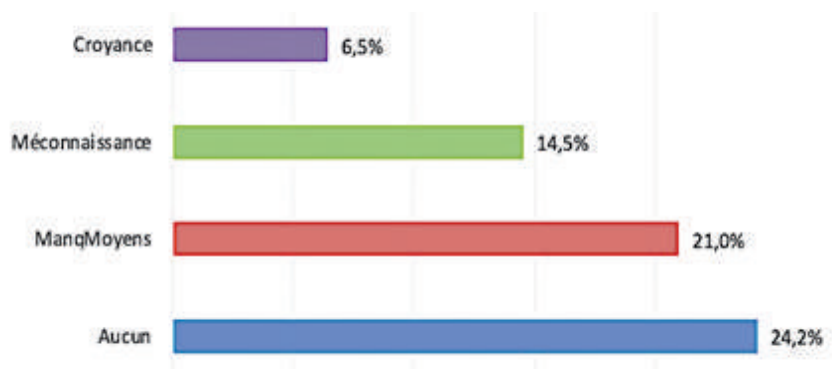


Figure 15 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « raisons des difficultés ».

Quant aux mesures prises depuis l'arrivée du Covid-19, 41,9% disent appliquer les gestes barrières, 27,4% font de la prévention et 8,9% ont mis en place des dispositifs d'hygiène. En sommes ces trois modalités constituent à elles seules plus 75% des réponses.

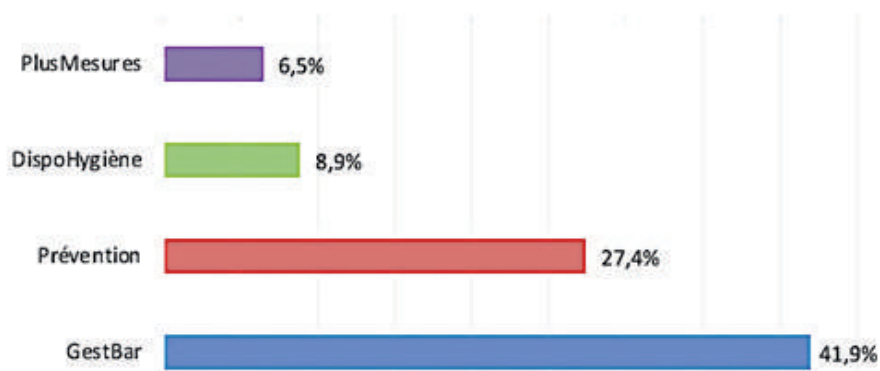


Figure 16 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « mesures prises ».

Quand on demande aux professionnels de santé quelles sont les mesures que vous souhaitez voir être appliquées, 31,5% des enquêtés désirent poursuivre la prévention, 9,7% souhaitent maintenir les mesures de distanciation sociale et 8,9% veulent un renforcement.

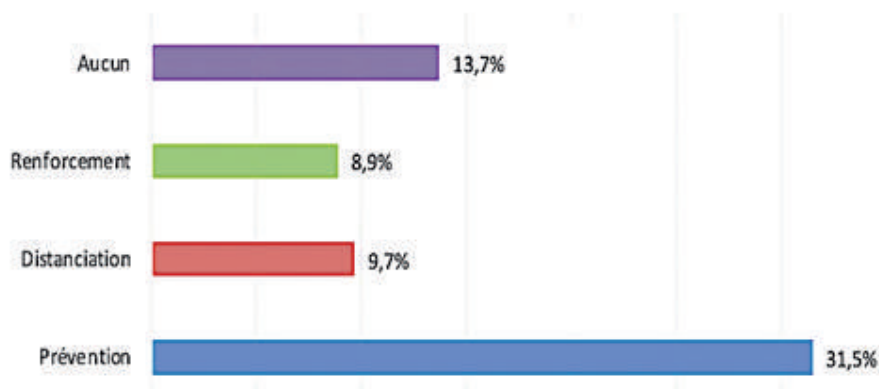


Figure 17 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « mesures souhaitées ».

S'agissant des nouvelles méthodes de travail développées, 52% répondants déclarent n'avoir pas développé de nouveaux savoir-faire. Seuls 12,9% disent avoir développé de nouvelles méthodes mais n'en donnent pas la nature et respectivement 7,3% et 6,5% déclarent avoir appris à respecter les mesures barrières et les méthodes de sensibilisation.

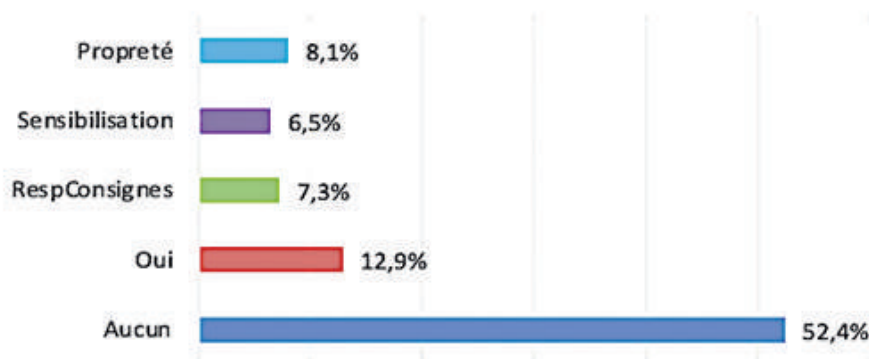


Figure 18 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « méthode de

Quant au partage des savoirs appris 66,9% des répondants déclarent n'avoir rien partagé (ce qui peut se comprendre dès lors que plus de la moitié avait déclaré n'avoir pas développé de nouveaux savoirs malgré la « nouveauté » de la maladie et l'effet du contexte) tandis que 24,2% avaient échangé lors des discussions en réunion de staff.

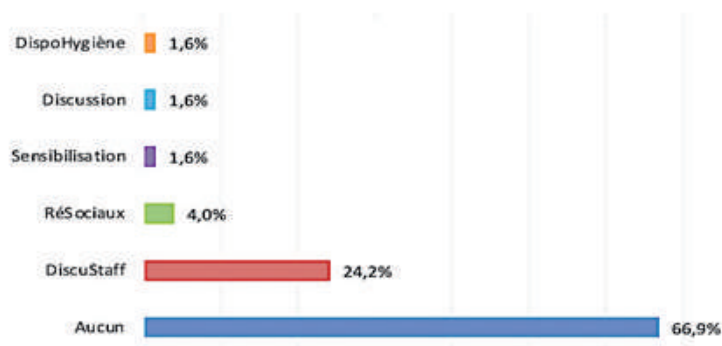


Figure 19 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « partage des savoirs ».

Analyse statistique par création de variables quantitatives

Nouvelles variables quantitatives

Pour cette autre méthode, des colonnes ont été sélectionnées en vue d'extraire les variables déterminantes. L'idée était de construire à chaque fois, à partir des verbatims de chaque colonne, une variable quantitative en interprétant les réponses de façon à noter de 1 à 5 la qualité de la réaction, le degré de respect de la doctrine, le nombre de mesures citées ou le degré de technicité des savoirs demandés à travers une échelle de Likert ordinale de 1 à 5 (1 valeur minimale à 5 valeur maximale). Ainsi, 8 variables qualitatives considérées de grande importance pour leur degré de significativité ont été sélectionnées et recodées en vue de construire de nouvelles variables quantitatives. L'analyse préalable des données ci-dessous révèle que les variables mesures de sécurité sanitaire (MesuresSecu), besoin de savoir (BesoinSavoirs), information scientifique complémentaire (InfoScien), contenu du plan de préparation (ContenuPlan), mesures prises (MesurPrises)

et mesures souhaitées (MesurSouhai) ont des écart-types faibles donc significatifs et cela montre que la population est homogène.

Tableau 1 : Variables quantitatives utilisées pour le recodage

| Variable | Objet de la mesure | Observations | Obs. avec données manquantes | Obs. sans données manquantes | Minimum | Maximum | Moyenne | Écart-type |
|---------------|---------------------------------------|--------------|------------------------------|------------------------------|---------|---------|---------|------------|
| CasSuspect | Qualité de la réaction | 125 | 0 | 125 | 1 | 5 | 2,7 | 1,17 |
| MesuresSecu | Nbr mesures citées | 125 | 0 | 125 | 1 | 5 | 3,2 | 0,83 |
| BesoinSavoirs | Degré technicité des savoirs demandés | 125 | 0 | 125 | 1 | 3 | 2,1 | 0,88 |
| | Degré technicité des savoirs demandés | 125 | 0 | 125 | 1 | 4 | 2,3 | 0,97 |
| PremierCas | Degré de préparation | 125 | 0 | 125 | 1 | 4 | 1,8 | 1,06 |
| ContenuPlan | Nbr mesures citées | 125 | 0 | 125 | 1 | 5 | 2,7 | 0,97 |
| MesurPrises | Nbr mesures citées | 125 | 0 | 125 | 1 | 5 | 2,8 | 0,73 |
| MesurSouhai | Nbr mesures citées | 125 | 0 | 125 | 1 | 4 | 2,4 | 0,8 |

Analyse en Composantes Principales (ACP)

Ce nouveau tableau composé de ces nouvelles variables a été traité par la méthode d'Analyse en Composantes Principales (ACP). Pour rappel l'ACP sert à décrire un jeu de données comportant de nombreux individus et variables quantitatives (XLSTAT by addinsoft, 2021). L'analyse permet d'extraire l'information pertinente et la synthétise sous forme de composantes principales, nouveaux axes pour décrire le jeu de données.

Tableau 2 : Valeurs propres selon les axes factoriels et informations principales décrites

| | F1 | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 | F7 | F8 |
|---|---|--|----------------------------|--|--|---|--------------------------------|--------------------------|
| Valeur propre | 1,8 | 1,2 | 1,1 | 1 | 0,8 | 0,7 | 0,5 | 0,5 |
| % d'info. expliquée (part de variance) | 22,9 | 15,7 | 14,4 | 12,4 | 10,9 | 8,9 | 7,4 | 6,9 |
| % cumulé | 22,9 | 38,6 | 53 | 65,5 | 76,5 | 85,5 | 93 | 100 |
| Information principale décrite | Opposition générale entre bons scores et mauvais scores | Spécificité de besoins de savoirs, mesures sécurité et cas suspect | Spécificité de premier cas | Spécificité d'information scientifique | Opposition entre besoins savoirs et mesures souhaitées | Opposition mesures souhaité et besoins de savoirs | Spécificité de contenu du plan | Informations résiduelles |

Chaque colonne du tableau ci-dessus correspond à un des facteurs dont la ligne valeur propre fournit la variance (en fait, chaque valeur propre représente la variance du facteur correspondant). Un facteur est une combinaison linéaire des variables initiales dans laquelle les coefficients sont donnés par les coordonnées des vecteurs propres (changement de base). Ainsi, les deux premiers facteurs (F1 et F2) ont des variabilités plus importantes que celles des autres facteurs.

Le graphique ci-dessous cherche à déterminer les liens de corrélation qui pourraient exister entre les variables. Ils peuvent être interprétés comme suit : les variables positivement corrélées sont regroupées tandis que les variables négativement corrélées sont positionnées sur les côtés opposés de l'origine du graphique (quadrants opposés). La distance entre les variables et l'origine mesure la qualité de représentation des variables.

Les variables qui sont éloignées de l'origine sont bien représentées par l'ACP. Sur cette figure à l'exception de besoin de savoirs et infoSci on voit que toutes les variables pointent vers la droite.

Ainsi, cette opération permet de quantifier les corrélations entre les variables du jeu de données. Les groupes de variables ayant des tendances identiques identifiés sur le cercle des corrélations sont : CasSuspect avec MesuresSécu puis MesuresSouhai avec ContenuPlan. De façon générale on peut dire que toutes les variables ont des notes positives.

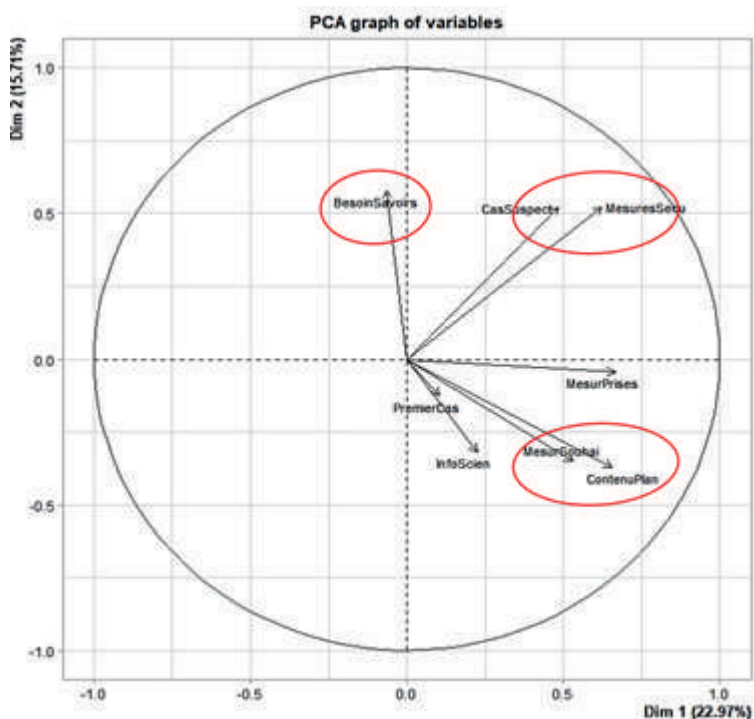


Figure 20 : Graphique des 8 principales variables sur la dimension 1 et 2

Ensuite, les ellipses de confiance à 0,95 pour chacune des modalités ont été tracées. La significativité s'observe dès lors qu'une ou plusieurs modalités se détachent du groupe des modalités. Par exemple sur la figure 21 les modalités de la variable « sexe » sont significativement différentes.

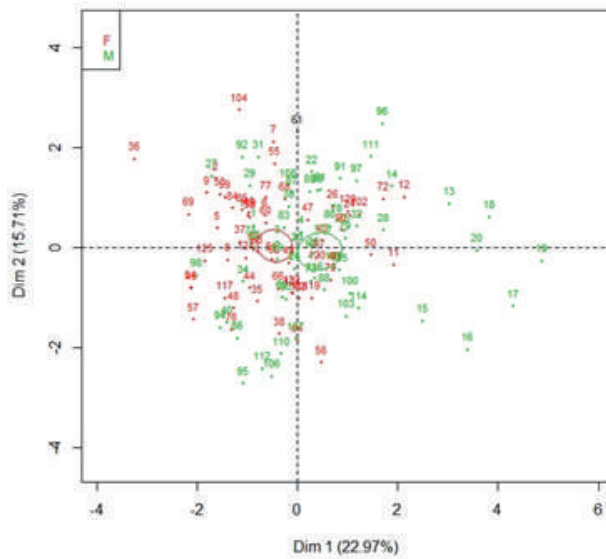


Figure 21 : Ellipse de confiance de la variable sexe est ses modalités

Dans les figures 22 et 23 les variables “PlusMesures”, "MesurPrises", “FacTravail” et "ConsignDiff" sont significativement différentes des autres modalités.

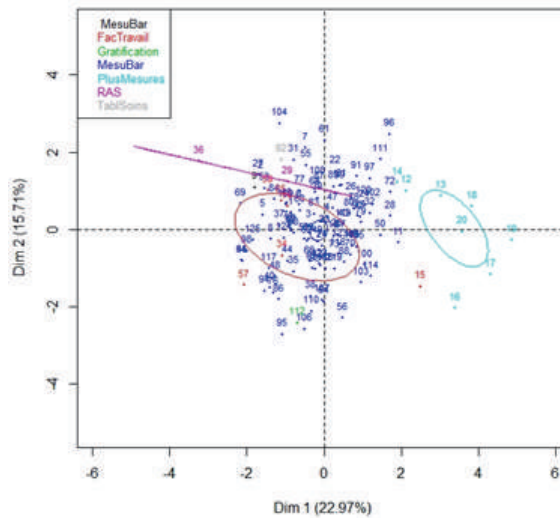


Figure 22 : Ellipse de confiance portant sur une première série de variables et leurs modalités

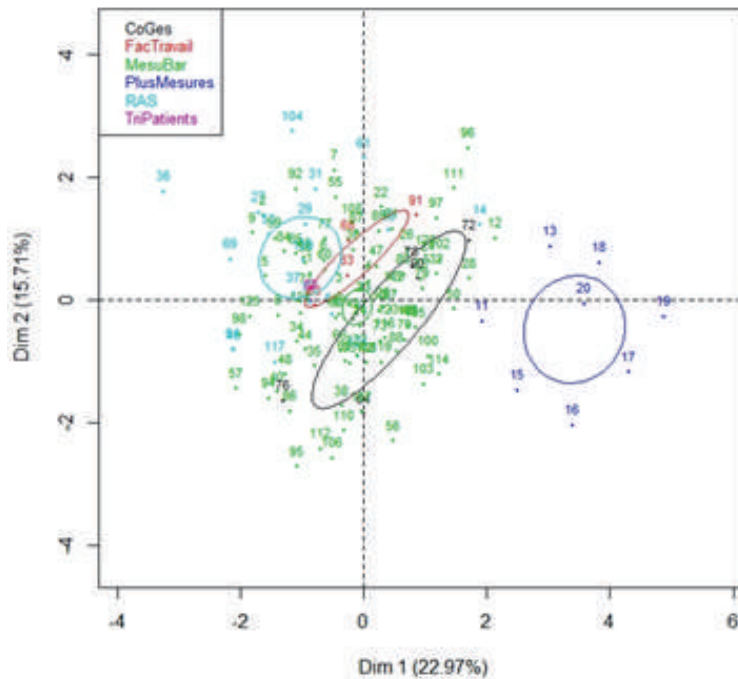


Figure 23 : Ellipse de confiance portant sur une deuxième série de variables et leurs modalités

Discussion

Quelques constats tirés des résultats

A la différence de l'étude sur les déterminants de la résistance de la population face à l'existence du Covid-19 et au respect des mesurées barrières, conduite par le comité de réflexion et d'appui à la gestion du Covid-19 de la région de Zinder (au Niger), cette étude s'est focalisée sur les professionnels de santé de certaines structures de santé de la capitale Niamey qui est le foyer le plus important du point de vue épidémique. L'étude a questionné les aspects comme le niveau ou besoin d'information, les conditions de préparation des structures sanitaires face au Covid-19, le développement des savoirs ainsi que leur partage et les

stratégies mises en place qui pourraient favoriser ou défavoriser l'administration des soins lors de cette pandémie. Aussi, les dimensions psychosociales telles que le ressentiment, la croyance, l'opinion et l'état d'esprit des professionnels de santé ont-elles été abordées.

Les premiers constats réconfortants qui se dégagent des résultats concernent les taux satisfaisants du niveau de connaissance des mesures de prévention (50%), le respect des mesures de sécurité sanitaire (67%) et la mise en place des plans de préparation (87%) à l'arrivée du Covid-19 dans la grande majorité des structures de santé. Cela voudrait dire que les instructions données par la hiérarchie, à savoir le ministère de la santé publique, ont été appliquées au sein de ces structures. D'ailleurs, dans nos observations sur le terrain, la disponibilité des prospectus, flyers et notes d'information dans les établissements démontre si besoin que l'information sur la maladie, le mode de prévention et les consignes pour l'orientation de cas suspects sont connus par les professionnels de santé. Malgré les réorganisations de travail, les formations dispensées et les nouvelles consignes de sécurité sanitaire, on note toutefois un faible niveau de développement de nouvelles méthodes de travail (25%) et de partage de nouveaux savoirs (24%).

Notes d'observation

Les observations menées pendant la phase de l'administration du questionnaire sont principalement sur deux axes. Un premier axe, a fait ressortir les difficultés de l'enquête de terrain et le second est relatif au respect des mesures de sécurité sanitaire. Ces observations sont dans leur intégralité systématique donc sommaire, c'est-à-dire il n'y a pas au préalable de guide élaboré pour orienter la collecte des données. Toutes les informations sont relevées sur cette base. Néanmoins quelques orientations prédéfinies notamment les axes susmentionnés ont cadré les informations relevées.

Les difficultés

Les difficultés sont dans leurs ensembles d'ordre administratif. Il faut noter que d'une part, le contexte particulier de l'étude a entraîné un retard dans la présentation du protocole de l'enquête devant le Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNER) et la délivrance de la note d'autorisation de recherche. Cela se justifie par la restriction sur les rassemblements visant à prévenir la propagation du Covid-19. Ce qui fait que le CNER n'a pu examiner le protocole de recherche en temps prévu. La deuxième difficulté concerne la lenteur dans la diffusion de la lettre d'information dans les formations sanitaires. Malgré les efforts consentis pour faire parvenir la note aux structures sanitaires avant notre passage, notre surprise fut grande de constater que les personnels de santé n'ont pas eu vent de la note.

S'agissant des difficultés institutionnelles, ici nous relevons les quelques problèmes auxquels nous avons été confrontés dans les structures sanitaires. Il s'agit en effet, des difficultés liées à la réceptivité des personnels soignants. Notre passage est perçu comme une équipe d'évaluation des capacités du personnel, ce qui occasionne la réticence des agents à répondre au questionnaire. Il arrive cependant de constater des questionnaires mal renseignés même s'ils coopèrent. Aussi, le problème de l'accueil n'est pas commun à toutes les formations sanitaires, mais ceci est généralement fréquent dans les structures de santé publiques contrairement aux établissements de santé privés où les agents se montrent plus accueillants et courtois. Ces dernières affichent un intérêt particulier à notre présence, cet état de fait s'illustre à travers le temps qu'ils nous accordent et de nombreuses fois, elles assignent à notre équipe un agent qui guide notre passage et elles mettent à notre disposition une salle dédiée aux répondants.

Le respect des mesures de sécurité sanitaire

Premièrement, l'observation a permis de relever des comportements contrastes perceptibles chez les personnels de santé selon l'appartenance des agents aux structures de santé. Au niveau la quasi-totalité des structures sanitaires, nous remarquons la disponibilité des dispositifs de lavage des mains mais leur utilisation varie d'une structure à une autre. Il nous est arrivé de constater l'inutilisation des dispositifs voire même l'absence du savon pour les usagers. Par exemple dans certaines structures il y a des agents qui veillent à l'application effective du lavage des mains tandis que d'autres laissent la latitude aux usagers. Certains établissements de santé notamment privés semblent plus rigoureux dans l'application des consignes que les structures publiques à l'exception évidemment des hôpitaux qui, de leur côté restent strictes quant à l'application des mesures dans leurs locaux.

Deuxièmement, le faible respect des consignes de distanciation clairement perceptible est commun à plusieurs établissements de santé à quelques exceptions près notamment dans les cliniques privées. En effet, lors de notre passage nous avons constaté la présence de marquages au sol indiquant la limite entre les personnes. Néanmoins, il faut noter la disponibilité de gel hydro alcoolique dans les grandes structures à savoir hôpitaux et cliniques mais pratiquement pas dans les Centres de Santé Intégré (CSI). D'autre part, le port de masque est observé dans la majorité des centres où nous nous sommes rendus même si parallèlement on trouve quelques agents qui ne le portent qu'à la vue de notre équipe.

Conclusion

Cette enquête avait pour but d'identifier les obstacles et les facilitateurs de l'administration des soins du point de vue des professionnels de santé lors de la pandémie du Covid-19 à Niamey. La méthodologie mobilisée a permis de parvenir à des résultats satisfaisants qui peuvent être qualifiés de conditions favorables à la prise en charge. Il s'agissait du bon niveau de connaissance des mesures, du respect des mesures de sécurité sanitaire ainsi que la mise en place de plan de préparation à l'arrivée du Covid-19 dans la grande majorité des structures concernées par l'étude. Malgré le faible niveau de développement de nouvelles méthodes de travail, il est constaté qu'un certain nombre d'agents acquièrent et partagent de nouveaux savoirs avec leurs collègues.

Toutefois, il faut relever aussi quelques obstacles comme le niveau d'état d'esprit, donc de préparation des professionnels de santé à l'apparition du premier cas, qui n'était pas satisfaisant (environ 50% déclaraient être paniqué et effrayé). L'étude a le mérite de faire l'alerte sur ces aspects et surtout d'avoir révélé les mesures que les enquêtés souhaitent voir être renforcées (prévention et renforcement). Il en est de même pour le cri d'alerte que lancent les professionnels de santé à propos l'insuffisance de moyens.

A titre de recommandations, nous suggérons aux autorités de santé (ministère et responsables d'hôpitaux, des cliniques et des centres de santé) de : rehausser le niveau d'information et de connaissance des acteurs de santé au sujet du Covid-19 par des actions de renforcement que sont les sessions d'information et de formation et l'élaboration de brochure d'information ; doter les structures sanitaires de plans (en

interne) de préparation et de contrôle en cas d'épidémies ; doter les structures sanitaires de moyens matériels et humains suffisants ; favoriser l'implication de l'ensemble des professionnels de santé dans le cadre de la mise en œuvre des actions de prévention, de prise en charge et de contrôle des épidémies.

Références bibliographiques

Adamou, M. (2021). *Les nigériens font plus confiance aux prières quaux vaccins pour prévenir la COVID-19*. AFROBAROMETER.

Balinska, M.-A., & Léon, C. (2007). Opinions et réticences face à la vaccination. *La Revue de Médecine Interne*, 28(1), 28-32. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2006.10.327>

Borkman, T. (1976). Experiential Knowledge : A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. *Social Service Review*. <https://doi.org/10.1086/643401>

Charlier, É., Biemar, S., Boucenna, S., Beckers, J., François, N., & Leroy, C. (2020). *Comment soutenir la démarche réflexive ? Outils et grille d'analyse des pratiques*. De Boeck Supérieur.

Daniel, C., Bas-Théron, F., & Durand, N. (2012). L'expertise sanitaire : Un regard fondé sur l'analyse des pratiques. *Santé Publique*, 24(1), 41-47. <https://doi.org/10.3917/spub.121.0041>

Davies, P. (2002). Antivaccination activists on the world wide web. *Archives of Disease in Childhood*, 87(1), 22-25. <https://doi.org/10.1136/adc.87.1.22>

Desclaux, A. (1992). Le « RAP » et les méthodologies d'anthropologie rapide en santé publique. *Cahiers Santé*.

Desclaux, A., Bila, B., Sow, K., Varloteaux, M., & A. Hounghin, R. (2020, novembre). *Les populations d'Afrique sont-elles prêtes à accepter le vaccin anti-Covid-19 ?* [Interview]. <https://theconversation.com/les-populations-dafrique-sont-elles-prettes-a-accepter-le-vaccin-anti-covid-19-149104>

Desclaux, A., Billaud, A., & Sow, K. (2022). *Anthropologie appliquée aux épidémies émergentes* (L'Harmattan).

Desclaux, A., & Touré, A. (2018). Quelle « préparation » aux dimensions sociales des épidémies en Afrique ? Une expérience de formation à Conakry. *Médecine et Santé Tropicales*, 28(1).

Elhaji Dagobi, A. (2020a). Les mesure de prévention de la pandémie du Covid-19 au Niger : L'exemple de la suspension de la fréquentation des mosquées. *Revue de philosophie, littérature et sciences humaines*, 1(Numéro spéciale Covid-19).

Elhaji Dagobi, A. (2020b). La communication gouvernementale dans la gestion de la pandémie de Covid-19 au Niger : Le Dispositif étatique et son fonctionnement. *REVUE AFRICAINE DE PHILOSOPHIE ET DE SCIENCES SOCIALES*, 2(N°011).

Eliot, E. (2015). Représentations sociales et épidémies : Entre espace, savoir et pouvoir. *Sciences sociales et sante*, 33(1), Art. 1.

Essi, M.-J., & Njoya, O. (2013). L'enquête CAP en recherche médicale. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE*, 14(2), Art. 2. <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/183>

Flick, Moscovici, Jodelet,. (1992). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales*. https://www.bib-bop.org/base_bib/bib_detail.php?ref=16425&titre=la-perception-quotidienne-de-la-sante-et-de-la-maladie-theories-subjectives-et-representations-sociales

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthode quantitatives et qualitatives* (Chenelière Éducation).

Gagnayre, R., & D'Ivernois, J.-F. (2003). L'éducation thérapeutique : Passerelle vers la promotion de la santé. *Actualité et dossier en santé publique n° 43*. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:hKBaFdZikdwJ:https://ipcem.org/img/articles/gagnjfi.pdf&cd=6&hl=fr&ct=clnk&gl=ne&client=safari>

Gaigne, I. (2017). La réflexivité dans la formation aide-soignante. *Soins Aides-soignantes*, 77, 12-14.

Garrino, L., Gregorino, S., Gargano, A., & Bedin, M.-G. (2010). Les compétences réflexives : Un enjeu majeur dans la formation soignante [Article]. *Perspective soignante*, 84-103.

Giordan, A. (2010). Éducation thérapeutique du patient : Les grands modèles pédagogiques qui les sous-tendent. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 4(3), 305-311. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(10\)70065-1](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(10)70065-1)

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017). *La découverte de la théorie ancrée : Stratégies pour la recherche qualitative* (Armand Colin).

Guerraud, S. (2006). *La pratique réflexive : Un enjeu déterminant pour les professions paramédicales*. Ecole Nationale de Santé Publique de Rennes.

Guerrien, M. (2003a). L'intérêt de l'analyse en composantes principales (ACP) pour la recherche en sciences sociales. *Cahiers des Amériques latines*, 43, Art. 43. <https://doi.org/10.4000/cal.7364>

Guerrien, M. (2003b). L'intérêt de l'analyse en composantes principales (ACP) pour la recherche en sciences sociales. *Cahiers des Amériques latines*, 43, Art. 43. <https://doi.org/10.4000/cal.7364>

Guillaumin, C. (2009). *La réflexivité comme compétence : Enjeu des nouvelles ingénieries de la formation* | Cairn.info. <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/revue-cahiers-de-sociolinguistique-2009-1-page-85.htm>

Haute Autorité de Santé. (2007). *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques

Husson, F., Josse, J., & Lê, S. (2008). FactoMineR : An R Package for Multivariate Analysis. *Journal of Statistical Software*, 25. <https://doi.org/10.18637/jss.v025.i01>

Issa, I. O. (2021). Covid-19 et impacts du confinement sur la population de Niamey (Niger). *European Scientific Journal*, ESJ, 17(27), Art. 27. <https://doi.org/10.19044/esj.2021.v17n27p22>

Jaffré, Y. (2003). Le souci de l'autre : Audit, éthique professionnelle et réflexivité des soignants en Guinée. *Autrepart*, 28(4), 95-110.

Jodelet, D. (2006a). *Place de l'expérience vécue dans les processus de formation des représentations sociales* (p. 235-255).

Jodelet, D. (2006b). *Place de l'expérience vécue dans les processus de formation des représentations sociales* (p. 235-255).

Jodelet, D. (2014). *A propos des jeux et enjeux de savoir dans l'Education Thérapeutique des Patients* (p. 59-76). <https://doi.org/10.17184/eac.797>

Jouet, E., Flora, L. G., & Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérimentiels des patients. *Pratiques de Formation - Analyses*, 2010(58-59), olivier_iv.

Jouet, E., Vergnas, O. L., & Noël-Hureaux, E. (2014). *Nouvelles coopérations réflexives en santé : De l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche*. Archives contemporaines.

Kaddouri, M. (2011). Motifs identitaires des formes d'engagement en formation. *Savoirs*, n° 25(1), 69-86.

Khelifi, H. (2021). *La lexicométrie : Un outil efficient pour l'analyse du discours*. 13.

Koné, A. (2021, juillet). *Le Système des Nations Unies et l'Union Européenne accompagnent le Niger dans la vaccination anti Covid-19. Les chefs d'agence de l'OMS et l'UNICEF ainsi que l'Ambassadeur de l'UE reçoivent leur deuxième dose du vaccin AstraZeneca*. www.afro.who.int/fr/countries/niger

Labbé, C., & Labbé, D. (2013). Lexicométrie : Quels outils pour les sciences humaines et sociales ? *Usages de la lexicométrie en sociologie*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00834039>

Las Vergnas, O., Jouet, E., & Renet, S. (2017, mai). Déploiement de la démocratie sanitaire : Point d'étape et typologie de la prise en considération de la réflexivité collective des malades et autres personnes concernées (Version longue, texte mis à jour en Mars 2018). *85e congrès de l'ACFAS Symposium 517 - Réflexivité collective : quels processus et effets?* <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01964744>

Le Goaster, C. (2012). Introduction - Experts et expertises en santé publique. Diversité des acceptions, multiplicité des enjeux : Comment avancer ? *Santé Publique*, 24(1), 39-40. <https://doi.org/10.3917/spub.121.0039>

Le jeune, C. (2019). Christophe Lejeune, Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. *Lectures*. <https://journals.openedition.org/lectures/17952>

Mattern, C., Rafiringa, S., & Rafanomezantsoa, S. (2022). Bouleversement des pratiques des soignants face à la COVID-19 à Antananarivo, Madagascar. *Les Cahiers de l'OPPEE*, N°2.

Meredith, D., & Sivry, P. (2018). *L'hésitation vaccinale et ses déterminants*. www.exercer.fr/numero/146/page/360/

Messaadi, N. (2017). *Apprentissages en situations informelles et construction de soi : Cas des personnes atteintes de diabète* [These de doctorat, Lille 1]. <https://www.theses.fr/2017LIL12024>

M-F Fortin et J. Gagnon. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche, 3e édition—Livres du préscolaire à l'université | Chenelière*. <https://www.cheneliere.ca/9896-livre-fondements-et-etapes-du-processus-de-recherche-3e-edition.html>

Moumouni, A. (2021, mars). *Les Nigériens font plus confiance aux prières qu'aux vaccins pour prévenir la COVID-19*. Afrobarometr. <https://www.afrobarometer.org/publication/ad434-les-nigeriens-font-plus-confiance-aux-prieres-quaux-vaccins-pour-prevenir-la/>

Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.niewi.2012.01>

Nouaille-Degorce. (2020). L'expertise scientifique au défi de la crise sanitaire. *Les papiers de recherche de l'ENA*. <https://www.ena.fr/A-la-Une/L-expertise-scientifique-au-defi-de-la-crise-sanitaire>

Olivier de Sardan, J.-P., & Vari-Lavoisier, I. (2022). Introduction : Pour une approche comparatiste des modèles voyageurs. *Revue internationale des études du développement*, 248, Art. 248.

- Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2022). *Vaccins et vaccination*. https://www.who.int/fr/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1
- P. Paillé et A. Mucchielli. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales—4e éd. Armand Colin*. <https://www.armand-colin.com/lanalyse-qualitative-en-sciences-humaines-et-sociales-4e-ed-9782200614706>
- Parent, A.-A. (2016). Pratique réflexive et organisation communautaire : Le point de vue de professionnels sur la stratégie de soutien au développement des communautés en santé publique. *Approches inductives : travail intellectuel et construction des connaissances*, 3(1), 39-67. <https://doi.org/10.7202/1035194ar>
- Ratinaud, P., & Marchand, P. (2015). Des mondes lexicaux aux représentations sociales. Une première approche des thématiques dans les débats à l'Assemblée nationale (1998-2014). *Mots. Les langages du politique*, 108, Art. 108. <https://doi.org/10.4000/mots.22006>
- Reinert, A. (1983). Une méthode de classification descendante hiérarchique : Application à l'analyse lexicale par contexte. *Les cahiers de l'analyse des données*, Dunod, 13.
- Reinert, A. (1986). Un logiciel d'analyse lexicale. *Les cahiers de l'analyse des données*, Dunod, 12.
- Revillot, J.-M. (2016). *Manuel d'Education Thérapeutique du Patient : Modèles, méthodes et pratiques* (Dunod).
- Salem, A. (1982). Analyse factorielle et lexicométrie : Synthèse de quelques expériences. *Mots. Les langages du politique*, 4(1), 147-168. <https://doi.org/10.3406/mots.1982.1055>
- Sell, K., Saringer-Hamiti, L., Geffert, K., Strahwald, B., Stratil, J. M., & Pfadenhauer, L. M. (2021). Politikberatung durch Expert*innenräte in der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland : Eine Dokumentenanalyse aus Public-Health-Perspektive. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 165, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.06.002>
- Soncarrieu, T. (2001). C., Delory Monberger. Les histoires de vie : De l'invention de soi au projet de formation. . Paris : Anthropos. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 30/3, Art. 30/3. <http://journals.openedition.org/osp/5167>
- Tabuteau, D. (2010). L'expert et la décision en santé publique. *Les Tribunes de la santé*, 27(2), 33-48. <https://doi.org/10.3917/seve.027.0033>
- Thievenaz, J. (2017). L'analyse des activités du patient : Une occasion de réinterroger la notion de travail. *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE*, 44, Art. 44. <https://doi.org/10.4000/edso.2106>
- Tourette-Turgis, C. (2013). L'université des patients : Une reconnaissance institutionnelle des savoirs des malades. *Le sujet dans la cite*, N° 4(2), 173-185.

Tourette-Turgis, C., & Pelletier, J.-F. (2014). Expérience de la maladie et reconnaissance de l'activité des malades : Quels enjeux ? *Le sujet dans la cite*, N° 5(2), 20-32.

Vacher, Y. (2015). *Construire une pratique réflexive*. De Boeck Supérieur.

Valentini, H. (2012). Toutes et tous des experts. *Santé Publique*, 24(1), 3-4. <https://doi.org/10.3917/spub.121.0003>

Vicherat-Stoffel, B. (2017). *Le soin de soi : Apprenance et agentivité en santé au mitan de la vie* [These de doctorat, Paris 10]. <https://www.theses.fr/2017PA100050>

Wolfe, R. M. (2002). Content and Design Attributes of Antivaccination Web Sites. *JAMA*, 287(24), 3245. <https://doi.org/10.1001/jama.287.24.3245>

XLSTAT by addinsoft. (2021a, octobre 12). *Analyse en Composantes Principales (ACP)*. XLSTAT, Your data analysis solution. <https://www.xlstat.com/fr/solutions/fonctionnalites/analyse-en-composantes-principales-acp>

XLSTAT by addinsoft. (2021b, octobre 12). *Analyse en Composantes Principales (ACP)*. XLSTAT, Your data analysis solution. <https://www.xlstat.com/fr/solutions/fonctionnalites/analyse-en-composantes-principales-acp>

Annexe : Questionnaire

Études des Connaissances, Attitudes et Pratiques préventives (CAP) dans la communauté des professionnels de santé lors de l'épidémie du coronavirus à Niamey

Prénom : Nom :

Age : Sexe : Profession : Quartier :

Structure de santé : Contact : Email :

1. Que ferez-vous quand vous rencontrez un cas suspect du COVID-19 ?

.....
.....
.....
.....

2. Quelles sont les mesures que votre structure sanitaire a mises en place pour vous protéger du COVID-19 ?

.....
.....
.....
.....

3. Qu'est-ce que vous avez besoins de savoir de plus concernant le COVID-19 ?

.....
.....
.....
.....

4. Quelles sont les informations scientifiques complémentaires (gestes barrières, consignes...) que vous souhaitez avoir ?

.....
.....
.....
.....

5. Qu'est-ce que selon-vous a motivé le choix d'orienter les malades à une seule structure sanitaire (Hôpital Général de Référence) ?

.....
.....
.....
.....

6. Comment avez-vous vécu l'arrivée du premier cas du COVID-19 à Niamey ?

.....
.....
.....

7. A quel moment avez-vous admis ou cru que cette maladie est réellement arrivée à Niamey ?

.....
.....
.....
.....

8. Y-a-t-i eu un plan de préparation à l'arrivée du COVID-19 dans votre structure sanitaire ?.....

9. Si oui de quoi est composé ce plan ?

.....
.....
.....
.....

10. Quelles difficultés avez-vous à appliquer les consignes de sécurité sanitaire ?

.....
.....
.....
.....
.....

11. Quelles difficultés avez-vous à transmettre les consignes de sécurité sanitaire concernant ce virus ?

.....
.....
.....
.....

12. Quelles sont selon vous les raisons qui font que vous n'arrivez pas à appliquer ces consignes ?

.....
.....
.....
.....

13. Quelles mesures prenez-vous aujourd'hui ?

.....
.....
.....
.....

14. Quelles mesures aimerez-vous prendre ?

.....
.....
.....

15. Quels nouvelles méthodes ou savoir-faire avez-vous développé vous permettant de répondre aux difficultés dans le cadre du COVID-19 ?

.....
.....
.....
.....

16. Avez-vous partagé ces nouvelles méthodes/savoir-faire avec d'autres professionnels de santé ? Si oui comment ?

.....
.....
.....
.....

Merci de votre participation !!!

Investigation N° 2



Expériences individuelles et collectives de la pandémie du Covid-19 au Niger : points de vue des personnes testées, des professionnels de santé et de la population générale

Investigateur principal

Mamane ABDOU OUMAROU

Co-investigateur

Oumarou HAMANI et Mamane Sani SOULEY ISSOUFOU

Collaborateurs

Saley HIMA, Aissatou ABDOULAYE, Assoumane CHÉFOU ABOUKA et le consortium WP5 REPAIR des Instituts Pasteur de Tunis, Madagascar et de Côte d'Ivoire

Financement

Projet REPAIR, subside Ministère Français des Affaires Étrangère

Période

Janvier 2020 à Juin 2021

Résumé

La crise de la pandémie du Covid-19 a engendré des bouleversements sociaux et économiques en impactant tant les habitudes que les pratiques des professionnels de santé et de la population. Le Niger, à l'instar des autres pays, n'a pas fait beaucoup exception dans cette réorganisation continue des mesures de contrôle de la pandémie en cours de stabilisation. Dans ce contexte, le Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (CERMES), en collaboration avec trois autres instituts africains du Pasteur Network, a conduit une recherche qualitative par entretien sur les dimensions sociales de la pandémie du Covid-19. L'étude cherchait à comprendre les expériences vécues, les perceptions et les représentations du Covid-19, l'attitude des populations face aux mesures préventives individuelles

et collectives ainsi que les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans le cadre de la réalisation du dépistage ou de la prise en charge.

Il découle des résultats que le Covid-19 est “une réalité qu’on n’a pas encore vue” qui a pourtant fait beaucoup peur à certains avant de devenir un simple et banal rhume pour d’autres. Initialement perçue comme une malédiction qui s’abat sur l’humanité que seules les prières et invocations ont permis de maîtriser, le Covid-19 devient finalement une maladie d’élite qui touche seulement “les riches qui voyagent beaucoup à l’étranger” ainsi que les expatriés et les personnes âgées. On note toutefois une assez bonne connaissance des mesures barrières même si leur respect reste assez mitigé. La fermeture des mosquées au détriment des marchés a été mal vécue par la grande partie des personnes interrogées même si quelques-unes d’entre elles déclarent comprendre la nécessité de cette mesure. Aussi, certaines personnes interrogées considèrent les mesures comme inadaptées par rapport au contexte socioculturel du pays que d’ailleurs même les autorités ne respectent pas. Quelques personnes interrogées ont le sentiment que le gouvernement exagère et cela peut être mis en lien avec la prolifération de certaines théories liées à l’importation du virus dans le pays. En population générale, on note une absence d’intention ou de motivation à se faire dépister même quand la personne sent des symptômes. Un grand nombre des participants avaient refusé de se faire vacciner parce qu’ils doutent de l’efficacité du vaccin.

Mots-clés : étude qualitative, expérience, Covid-19, dépistage, mesures

Introduction

Considérée comme l'urgence sanitaire mondiale « la plus grave » par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la pandémie du Covid-19 a bouleversé tous les domaines de la vie politique, sociale et économique. En effet, avant la découverte des vaccins contre le SARS-CoV-2 responsable du Covid-19, d'importantes mesures de prévention et contrôle de la pandémie avaient été prises de par le monde. Ces mesures ont bien entendu produit des effets qui sont à la fois difficiles du point de vue sociale et économique mais nécessaires pour les États qui cherchent à assurer la protection de leurs populations. Partout dans le monde, les frontières sont fermées et l'état d'urgence sanitaire est décrété dans plusieurs pays. Les systèmes de santé, des pays industrialisés tout comme les plus pauvres, sont au bord de la saturation voire de l'effondrement avec les dispositifs hospitaliers mal ou pas assez équipés et les personnels soignants peu ou pas assez préparés face à l'ampleur de la maladie.

C'est dans ce contexte qu'on assiste à une mobilisation inédite de la solidarité et de la coopération internationale pour financer la production de test, d'équipement de protection et la recherche de vaccin. On assiste alors à la plus grande coopération scientifique de l'histoire si l'on tient compte des études réalisées (190000 résultats s'affichent rien qu'en entrant le mot clé « recherche Covid-19 » dans Google Scholar). Les Sciences Humaines et Sociales (SHS) ne sont pas restées en marge de ce mouvement scientifique global qui consiste également à produire du savoir sur les enjeux et les défis sociaux liés à la pandémie. Ainsi, les SHS se mobilisent-elles en mettant leurs approches et outils méthodologiques

au service des interventions en santé publique dans le cadre de la réponse à la pandémie du Covid-19.

Les SHS apportent leurs contributions à la compréhension des dimensions sociales de la pandémie (Elhaji Dagobi, 2020a, 2020b ; Moumouni, 2021 ; Issa, 2021 ; Mattern et al., 2022). Plus précisément, à travers les différentes épidémies et particulièrement la pandémie du Covid-19, nous « faisons l'expérience » de ce que la santé publique nomme « les facteurs sociaux et culturels » en constatant combien les avancées technologiques ne suffisent pas à maîtriser les grands problèmes de santé (Desclaux, 1992 ; Mattern et al., 2022). Depuis l'épidémie d'Ébola qui a frappé l'Afrique de l'Ouest en 2015, les professionnels de la santé ont mobilisé de manière grandissante les sciences sociales pour apporter des réponses aux questions relevant des dimensions sociales des épidémies. L'épidémie d'Ébola en Afrique de l'Ouest (2013-2016) est considérée comme l'expérience qui devrait « changer la donne » en imposant une révision des modes de réponse des systèmes de soins, depuis les dispositifs locaux jusqu'au niveau de l'Organisation mondiale de la santé, au vu des défaillances et limites éprouvées (Desclaux & Touré, 2018).

Les épidémies sont de ce fait de plus en plus fréquentes et globalisées. Les dimensions sociales, politiques et culturelles conditionnent les émergences et déterminent l'efficacité des réponses médico-techniques telles que la vaccination. Or, ces aspects sont trop peu pris en compte, en partie du fait des difficultés d'accès aux connaissances en sciences sociales (Desclaux et al., 2022). C'est dans l'optique d'apporter cet éclairage scientifique qu'une recherche qualitative multi-pays, à dominante socio-anthropologique, a été conduite dans les capitales de quatre pays que sont le Niger, le Madagascar, la Tunisie et la Côte d'Ivoire.

A Niamey, initialement centrée sur la compréhension du testing (dépistage) du Covid-19 par les catégories que sont les personnes testées, les professionnels de santé et la population générale, l'étude s'est étendue à d'autres aspects comme : l'attitude des populations face aux mesures

préventives individuelles et collectives, les expériences vécues, les perceptions et les représentations du Covid-19 et les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans le cadre de la réalisation du testing ou de la prise en charge.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude qualitative par entretien (Fortin & Gagnon, 2016) réalisée à l'aide de guides d'entretiens pour chacune des trois catégories de la population (personnes testées, professionnels de santé et population générale). Conformément au protocole de recherche les entretiens suivants ont été réalisés : 30 entretiens semi-directifs avec les personnes testées (patients et contacts positifs ou négatifs), 24 entretiens semi-directifs avec des professionnels de la santé (12 médecins et 12 paramédicaux) et 8 focus group avec des individus issus de la population générale (4 à 6 participants par focus group répartis de manière homogène dans les groupes pour favoriser la prise de parole par tous ; 4 groupes jeunes femmes et hommes de 18 à 35 ans et 4 autres groupes de personnes âgées 50 ans et plus).

L'échantillon, statistiquement non représentatif, a été choisi de façon raisonnée et aléatoire tout en respectant le critère de diversité. Les personnes testées interviewées ont été sélectionnées à partir de la base des données disponibles au CERMES. Deux périodes de pics épidémiques ont été choisies qui sont : 1^{er} pic du 28 mars au 12 avril 2020 et le 2^{ème} pic du 30 novembre 2020 au 13 Janvier 2021. Le choix des personnes dans ces périodes des pics obéit aux critères de sélections suivants : avoir été soumis à un test (l'issue du test positif ou négatif n'est pas un critère d'inclusion), la disponibilité et l'acceptation de l'individu pour l'entretiens. Le quartier de résidence, au sein de la capitale, n'est pas un critère de sélection. Les focus groupes ont été réalisés dans deux zones différentes comme le prévoyait le protocole. Le quartier Yantala-Plateau, une zone résidentielle dite aisée, a été contrasté avec Tallagué, un quartier populaire.

Les données recueillies ont été retranscrites et analysées par les méthodes d'analyse thématique (P. Paillé et A. Mucchielli, 2016).

Résultats

Nous représentons schématiquement dans la figure 1 l'arbre thématique représentant le thème central qui porte sur l'expérience individuelles et collectives de la pandémie du Covid-19 au Niger à partir des points de vue des personnes testées, des professionnels de santé et de la population générale. Les principaux thèmes au nombre de quatre libellés comme suit : impact de la pandémie du Covid-19 ; temporalité de la pandémie ; représentation du Covid-19 et compliance de la population à l'égard des mesures de prévention. Des sous-thèmes sont énumérés pour chacun des thèmes principaux.

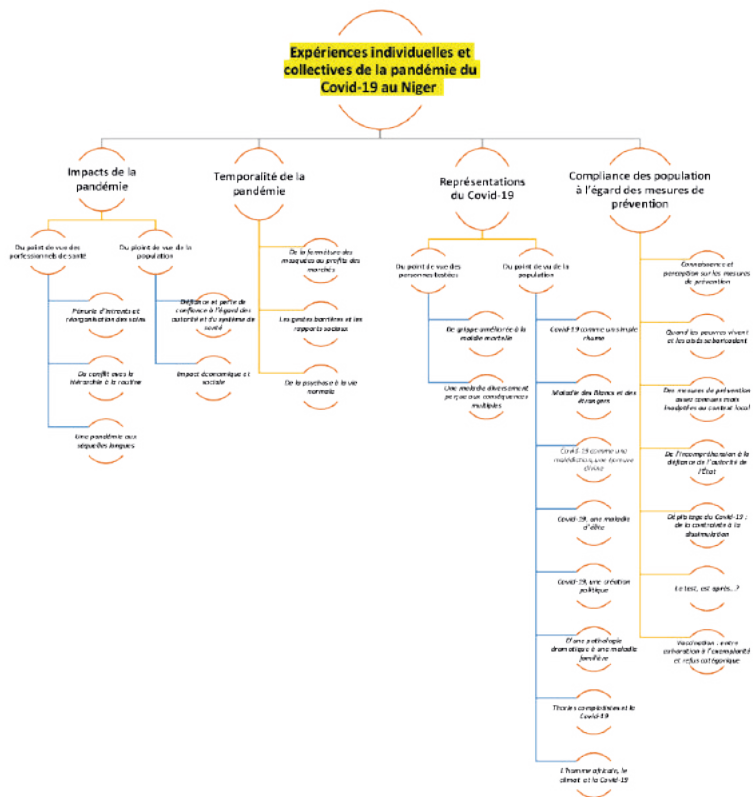


Figure 1 : arbre thématique représentant les principaux thèmes et sous-thèmes

Après la présentation de l'arbre thématique, les principaux thèmes sont développés et discutés dans l'analyse qui suit.

Impacts de la pandémie du point de vue des professionnels de santé

Pénurie d'intrants et réorganisation des soins

Les premières conséquences de la pandémie du Covid-19 ont concerné l'organisation des soins, la prise en charge des cas et le moral des soignants. En effet, du fait de la particularité du Covid-19 (propagation rapide, formes asymptomatiques, isolement), le comité technique de gestion a dû opérer des choix d'organisation des soins qui ne seront pas sans conséquence sur le moral des professionnels de santé impliqués directement. Pour rappel, au tout début de la crise, au moment de la première vague qui avait duré de mars à mai 2020, les autorités en charge du secteur de la santé, ont opté pour la centralisation de la prise en charge des cas de Covid positif. A cet effet, un centre de prise en charge a été identifié qui est celui de l'Hôpital Général des Références (HGR) dont la nouveauté des installations et des équipements faisait de cet établissement le candidat idéal. Pour ce qui est du testing, c'est le Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (CERMES) qui a été désigné d'office parce qu'il est le seul établissement du pays ayant les capacités pour réaliser l'analyse par PCR. Nous verrons par la suite que le choix d'une stratégie de décentralisation du test a été fait par les mises à disposition à quelques établissements de santé, tant à Niamey qu'à l'intérieur du pays, de kits de prélèvement et d'analyse avec l'appareil GeneXpert.

Pour ce faire, des personnels de santé ont été désignés pour rejoindre l'équipe de la prise en charge « Covid positif » du HGR qui a pris ses quartiers au sein du pavillon VIP. Un balisage des accès et un système de rotation des équipes ont été mis en place. Toutefois, le système de désignation a été mal perçu par les professionnels concernés car cela a été ressentie comme une punition qui vient s'ajouter à la peur d'être exposé soi-même. C'était sans compter la charge psychologique liée au

stress et au sentiment d'être la première et unique ligne de défense. Cela a eu pour conséquence première la négligence des patients en plus de l'évitement et la distanciation. Les conditions de travail, les moyens de prise en charge et les équipements de protection faisaient défaut du fait de la rupture d'approvisionnement. Ces situations difficiles ne facilitaient pas le travail et exposaient les agents au risque d'être eux-mêmes contaminés. Ainsi, certains professionnels de santé avaient purement et simplement opté pour la désertion et pour d'autres la démission.

Du conflit avec la hiérarchie à la routine

Le conflit avec la hiérarchie n'a pas été de longue durée car, au sortir de la première vague, les autorités ont, avec le soutien des partenaires suite aux appels aux dons et la mobilisation nationale, réagi en mettant à la disposition des établissements concernés des matériels et des équipements qui faisaient défaut. L'indisponibilité des produits (intrants pharmaceutiques, logistique, lits, capacité, fourniture, approvisionnement, protection, consommable, masque FFP2, restauration) a vite été résorbée. Les difficultés rencontrées par les professionnels de santé, qu'ils qualifiaient de mauvaise volonté institutionnelle voir de mauvaise gestion, sont maintenant oubliées. Les sous effectifs, les sentiments d'impuissance et la « psychose » ont trouvé solutions à travers la mise en place de plusieurs centres de prise en charge dans la capitale et dans certains chefs-lieux des régions.

L'expérience de gestion de la première vague a servi de leçon au moment où la seconde vague (novembre 2020 à janvier 2021) que connaîtra le pays s'annonçait. L'apprentissage a permis de procéder, en plus de la décentralisation des centres de prise en charge et l'augmentation de leurs capacités d'accueil, au recrutement de nouveaux médecins et au redéploiement d'autres professionnels de santé comme les équipes des services de santé des armées. Grace à ces solutions et à la mise en place d'actions de formation (en cascade) et au renforcement des capacités opérationnelles, cette fois-ci l'impact de la pandémie n'a pas été trop ressenti sur le travail, l'organisation des soins et le testing. Au lendemain

de la seconde vague, le climat de méfiance, le sentiment d'avoir été exploité, la rupture entre le niveau opérationnel et décisionnel, la perte de confiance aux autorités ont laissé place au quotidien.

Une pandémie aux séquelles longues

Cependant, des séquelles longues laissées par la crise du Covid-19 se font sentir. En plus du traumatisme créé aux professionnels infectés, il se remarque une baisse de fréquentation de certains établissements avec pour conséquence l'épuisement de leurs ressources. Le HGR, l'établissement ayant hébergé le principal centre de prise en charge de cas positifs a observé une baisse de fréquentation pendant et quelque temps après la crise sanitaire. La gestion centralisée du testing et de la prise en charge (concentration des activités au départ au tour de deux établissements HGR et CERMES puis avec quelques établissements publics seulement) a eu pour conséquence la mise à l'écart des établissements privés. Cette différence de traitement public/privé ou du moins ce choix stratégique/tactique demeure inexplicé. Il faut tout de même noter les conséquences positives de cette crise à travers l'expérience de la coordination des activités, l'augmentation des capacités (RH, équipements, savoir-faire, technicité) des principaux établissements impliqués.

Impacts de la pandémie du point de vue de la population générale

Défiance et perte de confiance à l'égard des autorités et du système de santé

L'impact de la crise sanitaire liée à la pandémie du Covid-19 a creusé le fossé entre d'une part une grande partie de la population et les autorités politiques et d'autre part entre la population et le système de santé. Cette situation se caractérise par des phénomènes de perte de confiance avec des reproches de type « mensonge d'état » cristallisant la défiance des autorités. Les professionnels de santé sont pour leur part accusés de produire des faux diagnostics et coupables de mensonges et de complicité avec les autorités politiques. Aussi, la pandémie a-t-elle impacté les rapports sociaux entre familles (ville-village) et les événements de la vie

quotidienne (faire part de mariage, baptêmes, décès, obsèques) qui sont des pratiques socioculturelles ancrées dans les us et coutumes de la population. La fermeture des lieux de culte notamment les mosquées a accentué la tension entre la population et le politique.

Impact économique et social

L'impact économique (arrêt des activités économiques, approvisionnement, importation exportation, inflation) et social (fermeture des écoles, des lieux de cultes, interdiction de rassemblements tels que les cérémonies de mariage et de baptême, rapports sociaux, visite de famille) sur l'emploi, des programmes d'assistance humanitaires, a été fortement ressentis par une grande partie de la population. Cela a eu entre autres pour corolaire une baisse de fréquentation des établissements de santé de peur d'être suspecté de Covid-19 ou même de « se voir inoculer le virus » à son insu. A tout cela s'ajoute une montée du sentiment de domination par les pays occidentaux qui apparaît de plus en plus dans les discours s'agissant du monopole des vaccins tout comme le sentiment de vivre une forme de « colonisation économique ». En somme, la pandémie du Covid-19, demeure une expérience assez mitigée même si une grande partie de la population a été beaucoup impactée par les mesures de prévention. Cette pandémie a eu pour conséquence d'aggraver les conditions de vie des populations, la fracture sociale et la perte de confiance de la population à l'égard des autorités politiques et du système de santé.

Temporalités de la pandémie du Covid-19

De la fermeture des mosquées au profit des marchés

S'il y a un point sur lequel les gens sont unanimes pour condamner la gestion de la crise sanitaire, c'est évidemment celui de la fermeture des lieux de cultes. Le Niger est un pays majoritairement musulman à plus de 95% selon les statistiques officielles. Les mosquées sont utilisées pour les cinq prières quotidiennes. D'après les principes qui régissent la prière, les fidèles ont l'obligation de suspendre toutes leurs activités,

partout où ils se trouvent pour se précipiter vers les mosquées dès l'appel du muezzin. Les prières permettent de maintenir de façon quotidienne le rapport des fidèles musulmans à Dieu, la mosquée y sert d'espace de communion, de connexion. C'est dire que le lien symbolique et spirituel qu'entretiennent les musulmans avec la mosquée est évident. Voilà pourquoi, la fermeture des lieux de culte a été de façon générale très mal vécue au Niger. Pendant ce temps, les marchés, lieux de rassemblement par excellence, étaient restés ouverts tout au long de la période du confinement partiel. Ici, le gouvernement a fait le pari de laisser les populations chercher les moyens de survivre plutôt que de tout fermer car les marchés sont matériellement essentiels à la vie quotidienne. Ce que certains ont compris tout en dénonçant la mesure. Les gens accusaient du coup, le chef de l'État de l'époque d'avoir pris cette décision seul pour contenter les occidentaux et chercher leurs faveurs financières.

Dans les focus group réalisés et les entretiens individuels, les interlocuteurs dénoncent ce qu'ils considèrent comme une attaque contre l'islam. Ils dénoncent également la mise en place des dispositifs de lavage de main dans les différents marchés de la capitale, et même ailleurs, et qui n'a pas été suivi. Les gens entraient et sortaient comme s'il n'y avait pas de problèmes sanitaires. Des efforts ont pourtant été faits dans ce sens et les sceaux contenant de l'eau au chlore ou de l'eau avec des morceaux de savon étaient visibles dans différents points d'entrée des marchés. Pourtant, les gens se rassemblent pour manger ensemble. Dans tous les cas, les populations sont conscientes de l'incapacité de l'État à faire appliquer les mesures énoncées notamment dans les marchés. C'est pourquoi, il n'y avait pas eu de tentatives d'envoyer les forces de l'ordre pour obliger les gens à appliquer les gestes barrières qui se sont, dans tous les cas, avérés techniquement impossibles au vu de l'affluence et du chaos organisé qui y règnent. Pendant ce temps, les mosquées ouvertes ont fait l'objet de chasse à l'homme. Les fidèles qui refusent de prier seuls et qui se rassemblent dans des mosquées sont réprimés. A Niamey comme à l'intérieur du pays, des imams qui insistaient en particulier pour diriger des prières de vendredi sont interpellés, certains arrêtés.

Ce fut également le cas pour les mariages et les cérémonies de baptêmes qui ont tous une valeur symbolique certaine au sein de la société. Le pari des autorités qui consistaient à laisser normalement les marchés et fermés les lieux de cultes était risqué. Plutôt que de dissuader les populations, cette politique a produit l'effet inverse en termes de compréhension des individus sur le Covid-19 même. Il était devenu peu sensé de laisser certains lieux de rassemblement au détriment d'autres. L'absence des cas positifs du Covid-19 dans les marchés a renforcé l'opinion des sceptiques sur l'inexistence de la maladie ou sa dangerosité. Elle a également renforcé les représentations sur une maladie quoique mortelle en Europe, considérée comme un rhume compliqué, une grippe améliorée et face à laquelle l'Homme Noir semble immunisé pour des raisons à la fois environnementales et sanitaires (exposition et résistance).

Les gestes barrières et les rapports sociaux

Aux premières heures de la maladie à coronavirus au Niger, les gens essayaient tant bien que mal d'appliquer les gestes barrières. La peur de l'hécatombe tant annoncée par le premier responsable de l'OMS et même le Président de la République, l'effet médiatique du niveau de mortalité en occident, la transcendance des frontières du SARS-Cov-2 sont entre autres autant de raisons qui ont poussé les gens à appliquer les gestes barrières et pour certaines familles « aisées » à placer les dispositifs du lavage des mains dans leurs concessions. Mais la pilule était amère au regard des liens sociaux qui unissaient les gens. Les fidèles ne supportent pas de prier seuls et se rassemblent clandestinement pour accomplir les prières. Les enfants sortaient pour jouer dans la rue et côtoyaient normalement leurs parents. Éviter son enfant, son mari de peur de le contaminer (pour les personnes testées et les cas suspects) fut une expérience traumatisante. C'est par exemple le cas d'A.P. jeune fille lycéenne dont le père côtoie des gens positifs et qui était en quarantaine.

De la psychose à la vie normale

Les rapports sociaux étaient mis à mal, certes du fait de la peur que le Covid-19 inspirait. C'était notamment lors de la première vague. A cette période, la psychose a gagné les ménages et les administrations. Le moindre symptôme, décrit comme particularité du Covid-19, fait penser à la maladie. En même temps, personne ne voulait se rendre dans une formation sanitaire ou se faire tester de peur d'être porteur d'une maladie qui, n'a pour l'instant pas de traitement. Les images parfois retouchées des morts en occident et ailleurs, les vidéos qui circulent également des personnels soignants submergés par l'affluence hors norme des patients a accru la crainte d'un débordement sanitaire. Le sujet à propos de la maladie est sur toutes les lèvres. On a vu comment les gens avaient peur de se serrer les mains ou de s'embrasser par crainte de contracter une maladie dont le traitement reste à être mis au point.

Avec le temps, la vague s'est dissipée et les gens commencent finalement à vivre avec une maladie qui ne tue pas, et à laquelle ils semblent habitués. Les personnes interrogées pensent, à partir de cette expérience de la peur plus ou moins entretenue, qu'il y a eu une surestimation de la maladie, et qui explique la panique dans toute la ville de Niamey et ailleurs dans une certaine mesure. La surmédiasation de la maladie a créé une psychose au sein de la population. Des rumeurs (fake news) ont été involontairement entretenues d'après les personnes interrogées. En effet, le niveau de gravité de la maladie au Niger ne devrait pas commander aux autorités de fermer les mosquées et de prendre des mesures jugées draconiennes. De plus, les cliniques privées ont également une responsabilité dans cette peur. Les patients qui sont suivis dans plusieurs cliniques se sont sentis abandonnés en ce sens qu'elles ne veulent pas avoir des cas positifs à gérer de peur d'une désaffection des patients comme on l'a observé dans certaines formations sanitaires publiques. Dès que les patients présentent les signes qui font croire à la maladie à corona, ils sont automatiquement renvoyés. C'est ce que nous explique une personne testée positive qui en a vécu l'expérience.

La vie normale reprend son cours peu à peu après les deux seules périodes de pic épidémique qu'a connu le pays. La psychose a laissé la place à la sérénité à la fois dans les milieux sociaux et dans les établissements de santé. Les autorités politiques et sanitaires auraient été très influencées par des états étrangers qui dictent parfois des mesures à appliquer dans différents contextes sans se référer aux contextes locaux. C'est pourquoi, de l'avis des personnes interrogées, les mesures de contrôle prises au Niger sont des copier-coller des contextes des pays occidentaux qui vivent de façon plus dramatique la pandémie du Covid-19 que certains pays africains. C'est aussi pourquoi, ces mesures ont été fortement critiquées par les populations qui ont peu à peu vaquer à leurs occupations sans craindre de contracter une maladie qui, dans tous les cas, n'est pas mortelle. Les gestes barrières, le port de masque dans les espaces publiques, l'utilisation du gel hydroalcoolique, semblent être un lointain souvenir.

Représentations du Covid-19 du point de vue des personnes testées

De la grippe améliorée à la maladie mortelle

Les souffrances symptomatiques ont marqué les expériences vécues par certaines personnes contrairement à ceux qui étaient asymptomatiques. Face à la psychose, certaines personnes ont fait recours aux conseils des proches médecins afin de trouver le traitement convenable. Malgré la vaccination, des personnes interviewées pensent qu'il faut redoubler d'efforts pour faire face à la perplexité et au scepticisme de la population. Ces situations ont beaucoup marqué la perception du Covid-19. En effet, du simple rhume commun (grippe améliorée) à la maladie mortelle (décès++, grave), la peur d'être atteint par le Covid-19 ou d'une réinfection, affecte les représentations de certaines personnes testées au point de perdre confiance aux systèmes de soins. La peur de la mort, l'anxiété, les angoisses, les regards des autres (accusation, suspicion au travail, jugement du voisinage) sont caractéristiques des ressentis exprimés par une grande partie des personnes testées dont les conséquences peuvent renforcer la crainte/croyance à l'existence du Covid-19 ou les entrainer à un isolement social.

Le Covid-19, une maladie diversement perçue aux conséquences multiples

Les conséquences sur le travail (dualité entre auto-confinement et reprise de travail), les effets du confinement partiel (arrêt de travail, interdiction de rassemblement, fermeture des commerces) ont impacté les moyens de subsistance des personnes qui vivent au jour le jour dont le moral est bas. Un discours fort sur les théories du complot, distillées à travers les médias sociaux, allant de la manœuvre gouvernementale à la contamination par les agents du SAMU ou de l'hôpital (HGR), reflète le climat de perte de confiance aux autorités et au système de santé. Le contrôle de soi (self contrôle, pas de panique, rester zen) et « la chance » ont permis à certaines personnes testées de contenir la maladie. Il faut dire que le contexte africain (pauvreté, faiblesse des systèmes de santé) avec un risque imminent d'hécatombe (annoncé par les autorités politiques et de l'OMS) a donné tort aux prévisionnistes qui n'avaient pas tenu compte des facteurs tels que le climat, les fortes expositions aux maladies et la « robustesse de l'organisme de l'homme africain ».

La chance et l'aide de Dieu pour certains, les dénis de l'existence du Covid-19 pour d'autres ont renforcé la résistance/réticence d'une grande partie de la population en l'opposant à ceux qui croient à l'existence du Covid-19 à travers les preuves évidentes (cas réels, mortalité, croyance, confiance à la science). En somme, le Covid-19 est diversement perçue par les personnes testées. Ses représentations vont du simple rhume à la maladie mortelle aux conséquences psychologiques, économiques et sociales (angoisse, baisse des ressources, stigmatisation). La catastrophe tant annoncée n'a pas eu lieu car le pays a été protégé par les facteurs environnementaux (forte chaleur), physiologiques (exposition aux maladies, capital santé) et la protection divine.

Représentations du Covid-19 du point de vue de la population

Le Covid-19 comme un ‘simple un Rhume’

Les propos de ces personnes témoignent des perceptions de la majorité des gens de Niamey. A mesure que le monde découvre le Covid-19, ses effets ravageurs sur la santé humaine et ses conséquences sur la mobilité transfrontalière avec des mesures pour stopper sa propagation, des spéculations fleurissent à propos de la maladie elle-même, de son origine et de ses symptômes. De l’avis de la majorité des personnes interrogées, le Covid-19 se réduit à un simple rhume compte tenu de ses symptômes, de ses modes de transmission et des moyens de prévention. En assimilant le Covid-19 à un rhume, les gens estiment que c’est une maladie moins grave, à laquelle ils sont habitués et qui se guérit parfois naturellement sans réel effort particulier de leur part. Les pays développés qui connaissent encore une vague de mortalité sans précédent dans l’histoire des épidémies seraient moins protégés naturellement que ne le sont les pays africains. Il faut dire que l’hécatombe tant annoncée par les institutions internationales et les agences onusiennes compte tenu des faiblesses et de la fragilité des systèmes de santé en Afrique n’a pas eu lieu. La mortalité due au Covid-19 s’est avérée très faible comparée à l’occident et d’autres pays de l’Amérique Latine qui ont vu leurs dispositifs hospitaliers saturés et leur système de santé au bord de l’effondrement. C’est ce qui alimente diverses interprétations et un relâchement des populations par rapport aux mesures instaurées. Même les personnes testées positives voire hospitalisées estiment que le Covid-19 quoique réelle en tant que maladie, quoique contagieuse, n’est qu’un rhume.

Pour exprimer leurs perceptions autour de cette maladie, les gens font fréquemment référence aux « Blancs » (population de race blanche). Ils estiment que ces derniers ne connaissent pas assez le rhume et ne sont donc pas bien préparés à y faire face. C’est ce qui explique l’hécatombe en cours dans les pays occidentaux. Ils trouvent aussi normal qu’un corps qui n’est pas habitué « au rhume compliqué » puisse souffrir plus que

les autres peuples. C'est donc un non évènement d'autant plus que les modes de transmissions de la maladie, qui semblent être les mêmes que le coronavirus, sont assez connus par la population et ne les empêchent pas de continuer leurs activités sociales et professionnelles

La maladie des « Blancs » et des étrangers

Avant que le Niger n'enregistre son premier cas de covid-19, les gens se sont branchés sur les médias. Les informations circulent assez rapidement avec la multiplication des réseaux sociaux sur lesquels hommes et femmes, jeunes comme personnes âgées, chacun voulait connaître réellement la maladie, les modes de transmissions, les moyens de prévention, son arrivée au Niger et plus tard, la mise au point d'un vaccin. C'était une période à laquelle les gens avaient très peur et se renseignaient pour se protéger et protéger leur famille. La détection du premier cas à Niamey chez un voyageur et plus tard chez des expatriés qui travaillent dans une ONG internationale, et qui ont eu des contacts lors de réunions chez les Blancs a alimenté les spéculations et façonné le point de vue largement partagé chez les individus autour d'une maladie d'origine étrangère d'abord et venue des pays des Blancs. C'est ainsi que le Covid-19 est perçue comme une maladie des Blancs et une maladie des étrangers.

Les gens ne font pas la distinction entre les circonstances de la survenue du Covid-19 au Niger et l'effet des informations suivies à partir des médias et des réseaux sociaux à propos de la mortalité élevée qu'on observe dans les pays occidentaux comme aux États Unis, en France, en Italie, en Espagne. Dès l'instant où ces pays deviennent plus vulnérables que d'autres pays d'Asie ou d'Afrique, ils deviennent responsables de sa propagation et d'autant plus qu'au Niger comme partout en Afrique, les ONG internationales ou les agences des Nations-Unies sont principalement financées par ces pays occidentaux et animés par des expatriés majoritairement venus de l'Europe. Or ce sont ces expatriés, Blancs ou pas, mais transitant par l'Occident avant d'atterrir au Niger dans le cadre de leurs activités professionnelles qui sont considérés

comme les principaux vecteurs de la survenue du Covid-19 au Niger. Eu égard à ces arguments empiriquement fondés, on ne saurait, dans les représentations que les gens se font de cette maladie, dissocier le Covid-19 à l'homme Blanc et à l'étranger. Il s'agit en particulier d'un étranger éloigné de l'Afrique. Contrairement à la catastrophe annoncée, à l'angoisse et la peur qu'a suscité la première vague avec les premières mesures prises par les autorités du Niger qui ont été jugées très sévères, le pays est relativement épargné tout comme la plupart des pays africain.

Le Covid-19 comme une malédiction, une épreuve divine

On note aussi, un certain fatalisme dans la façon dont les individus vivent l'expérience du Covid-19. Les personnes testées et non testées, les jeunes comme les personnes âgées, perçoivent cette maladie comme une épreuve divine. En effet, du point de vue de la religion dominante ce fait s'explique de la façon suivante : pour tremper la foi de ses serviteurs en lui, Dieu éprouve ces derniers à travers des maladies, des incendies, des décès des personnes âgées et des pieuses personnalités, des catastrophes naturelles etc. Par contre, les grands pêchés comme la fornication, les meurtres, l'usure etc. attisent également la colère de Dieu qui pour punir les humains de s'être égarés du droit chemin et souiller la terre de la corruption descend sa colère qui peut se manifester sous forme des maladies qui feront trembler l'humanité entière.

Individuellement, des personnes testées positives, hospitalisées, celles dont les familles ont été confinées, estiment que leur situation sanitaire, les conséquences sur les relations sociales avec les collègues, les voisins qui prenaient leur distance, vivent cette expérience jugée dramatique comme une épreuve de Dieu. Elle est d'autant considérée comme telle qu'elles espèrent et prie Dieu d'avoir réussi l'épreuve en gardant leur foi en lui. Pour ce dernier d'ailleurs, les fidèles de la mosquée de son quartier, les proches croyants lui sont restés fidèles en priant Dieu pour qu'il recouvre sa santé et maintienne sa foi. Selon lui, le fait de savoir et de voir les gens prier pour lui a fortement remonté le moral et lui a

permis de recouvrer très vite sa santé. Cela s'explique d'autant plus que l'appel à la prière a été l'un des points qui clôturait le discours du Président de la République qui annonçait le confinement partiel et l'isolement de la ville de Niamey.

Le Covid-19, une maladie de l'élite

Dès la première vague du Coronavirus, le Niger compte des personnalités politiques parmi les premiers à être infectées. Un ministre en exercice bien connu dans la sphère politique, un ancien candidat aux élections présidentielles par exemple. D'autres ont été hospitalisés à leur retour d'Europe : un vice-président de l'assemblée nationale, le major général de la plus grande maternité du pays. La mort et l'hospitalisation de hautes personnalités ne sont pas passées inaperçues. Certains ne voient donc pas l'utilité des mesures instaurées pour la prévention dès lors qu'on est face à une maladie qui ne touche pas les pauvres. C'est pourquoi, la population préfère vaquer à ses occupations et voit d'un mauvais œil la privation de ses libertés.

Dans, son propos, une des personnes interrogées parle de la chaleur, d'absence d'électricité et de la ventilation, témoigne à ses yeux de l'arrivée d'une maladie qui expose au grand jour les fractures sociales et les conditions matérielles d'existence dans lesquelles elle vit. Elle, tout comme sa famille et ses amis vivent au jour le jour et sont obligés de sortir tous les jours pour assurer leur pitance. Ils ne croient pas à la maladie parce que leur classe sociale en est épargnée. Ils n'ont été en contact ni avec ceux qui se sont fait tester (très peu de personnes qui ont participé aux focus group connaissent d'ailleurs l'endroit où le test se fait à Niamey), encore moins les malades du Covid-19 a fortiori l'expérience des hospitalisations. A ses yeux, les personnes testées, les personnes atteintes ou mortes de la maladie, les gens qui vont à l'Hôpital Général des Références sont celles qui ne se séparent pas au quotidien de la climatisation, dans leur service, à la maison et dans leur véhicule. Ce sont des gens qui mangent à leur faim et boivent à leur soif sans penser

à la subsistance du lendemain qui est déjà assurée. Bref, ce sont des gens qui vivent aisément. C'est une opinion largement partagée par les individus.

Par ailleurs, la perception du Covid-19 comme une maladie des riches est d'autant plus renforcée dans les quartiers pauvres où les gens côtoient en longueur de journées les marchés et les lieux de rassemblement sans aucun signe de la maladie. Même lorsqu'ils toussent, ont mal à la gorge et présentent d'autres signes comme ceux décrits de la maladie, ils évoquent un simple rhume auquel ils sont habitués et qui peut se traiter dans l'indifférence. Le rhume dit-on, se guérit parfois sans prendre de médicaments.

Le Covid-19, une création politique

A Niamey et même à l'intérieur du pays, les gens perçoivent le Covid-19 comme une création politique. Plusieurs thèses sont ici avancées pour expliquer les raisons pour lesquelles les autorités ont accepté son existence au Niger et au-delà prendre des mesures qui sont jugées exagérées. En effet, accepter l'existence de la maladie c'est attirer beaucoup de financement des bailleurs de fonds internationaux. Dans les pays qui ont déclaré leurs premiers cas, des agences onusiennes avec en tête l'OMS, des institutions financières internationales comme le FMI ou la Banque Mondiale etc. se déploient rapidement et proposent à ces derniers des soutiens financiers. Le gouvernement du Niger aurait donc accepté le Covid-19 voire exagéré sur le nombre de cas et des morts pour attirer la compassion et la sympathie de ces acteurs transnationaux en vue de capter leur rente. Les gens s'informent tous les jours de l'évolution de cette maladie dans le monde et les images et vidéos circulent rapidement sur les expériences vécues ailleurs. C'est ce qui explique l'acceptation de son existence ailleurs, de la reconnaissance de ses dégâts certes mais du déni de l'existence des cas comme l'a annoncé le gouvernement.

Pourtant, les autorités politiques et sanitaires ont mis en place un dispositif de communication sur la dangerosité de la maladie, son caractère

contagieux ainsi que le bien-fondé des décisions prises. Les médias ne parlent que du Covid-19, toutes les sonneries des appels téléphoniques sortants vibrent au rythme des sensibilisations en français mais aussi en langues nationales. Mais lorsque le Ministre de santé sort en personne sur les ondes de la télévision nationale pour parler du Covid-19, de son évolution au Niger ou encore pour démentir les rumeurs, les gens n'y croient pas. En effet, un Ministre est vu comme un politicien. Au Niger, les politiciens sont perçus comme des hommes d'affaires, des menteurs qui se servent plus qu'ils ne travaillent pour servir les populations. Lorsqu'un message est lu par un Ministre en personne à la télévision, il produit l'effet inverse. Il accroît plus de méfiance, de suspicion et renforce l'idée que le Covid-19 au Niger est une création politique. La présence du Ministre de la santé à la télévision a gêné voire choqué les responsables des commissions. Ces derniers estiment qu'il ne lui appartient pas de communiquer les détails de la gestion de l'épidémie car c'est eux qui reçoivent en retour le coup de son intervention.

D'une pathologie dramatique à une maladie familiale

Avant l'apparition du premier cas de Covid-19 au Niger, l'angoisse des populations était perceptible. A cette période, le nombre quotidiens des morts rapportés par les médias internationaux, dans les pays industrialisés comme la France, l'Angleterre, les États-Unis ou l'Italie se compte par milliers. L'économie mondiale était aux arrêts et les pays africains commencent à recenser leurs morts. La notification d'un premier cas au Niger n'était qu'une question de temps. Le message à la nation très solennel au ton sérieux du Président de la République, annonçant la fermeture des frontières et le confinement de la ville de Niamey, fut un choc. Les gens avaient peur que le pire arrive pour le pays en particulier la ville de Niamey où les premiers cas étaient d'abord localisés. Des familles entières ont réussi à fuir la ville en dépit de l'interdiction. Les gens écoutent les informations pour savoir si le traitement existe. A cela s'ajoute le traitement réservé aux premiers cas dans les hôpitaux, ainsi que leurs contacts. En effet, les morts ne sont pas remis à leurs parents

et sont enterrés furtivement. L'interdiction des rassemblements funèbres paraissait impensable avant. Il faut dire également que les populations ne sont pas habituées d'une part à la gestion des épidémies de ce genre mais surtout de voir des familles entières confinées, des personnes en tenue de protection accompagnées par les forces de sécurité pour quadriller une maison où un cas est détecté afin de la désinfecter. Ceci a été vécu comme un drame social pour les familles concernées et même pour le quartier en question. Un drame qui laisse des traces d'autant plus que les personnes victimes de ces traitements ont fait l'objet des stigmatisations.

Avec le temps, la catastrophe annoncée n'a pas eu lieu. Les mesures de distanciation sociales ne sont plus respectées et la rigueur et le traitement médiatique à outrance observés au début par les autorités dans la gestion de la pandémie disparaissent peu à peu. Les gens comprennent que finalement, le Covid-19 n'est pas aussi mortelle au Niger, qu'il ne l'est qu'en occident. D'autres crient même au scandale et évoquent un complot contre l'économie des pays africains. C'est pour ces raisons et bien d'autres que les gens ne croient pas vraiment aux chiffres qui sont fournis par les autorités notamment les cas dits positifs et les personnes qui seraient mortes de la maladie. Ils estiment que les personnes décédées d'une infection respiratoire et d'antécédents (les comorbidités) sont classées et considérées comme des morts du covid-19. Agir sur les chiffres serait un moyen d'attirer les partenaires et recevoir des Fonds Covid-19. Le Covid-19 devient progressivement une pathologie normale. Ceux qui croient, les personnes testées (positives ou négatives) ou pas estiment qu'elle peut facilement se traiter. Les distanciations sociales ou le port de masque, même dans l'espace public devient une mise en scène. Même face aux caméras, les officiels de l'État observent peu ou pas ces mesures. Le relâchement est partout. Ceux qui dénie le caractère mortel de la maladie de plus en plus considérée comme une « simple grippe améliorée », ou un « rhume compliqué », se disent désormais soulagés. Ils véhiculent ou acceptent pour leur part des théories de type conspirationnistes qui imputent à des « forces obscures ou maléfiques » d'avoir créé ou facilité le développement à dessein du virus responsable de la maladie à coronavirus.

Les théories complotistes et le Covid-19

Plusieurs théories de complot sont nées avec le Covid-19. Ces théories sont diverses et variées. Elles imputent d'abord la responsabilité de l'homme Blanc de vouloir réduire le nombre d'êtres humains présents sur terre afin de pouvoir influencer sur la démographie, en particulier chez les Noirs africains dont la démographie est beaucoup plus rapide que les autres. D'autres thèses stipulent que le vaccin serait fabriqué en Europe dans le but de restreindre les libertés publiques à travers des mesures de confinement, d'état d'urgence, de passe sanitaire etc. Ceci est l'œuvre d'une organisation secrète qui milite dans l'ombre pour la grande réinitialisation dans le monde entier. Il s'agit concrètement de réorienter le reflexe des citoyens partout où ils se trouvent. L'exemple du pèlerinage à la ville sainte des musulmans, la Mecque, illustre selon eux de façon flagrante une guerre. En effet, pour la deuxième année consécutive, le pèlerinage est suspendu par les autorités du Royaume d'Arabie Saoudite, aux fins de l'amélioration de la pandémie dans le monde. D'autres vont plus loin en estimant que c'est une guerre déclarée à l'islam, en ce sens que ses grands lieux de culte sont fermés pendant que les compétitions internationales de football ressemblent des milliers de supporters comme ce fut d'ailleurs le cas au stade de Niamey lors de la première vague. Par ailleurs, l'aide des pays développés à travers le dispositif COVAX et différentes formes d'appui, alors qu'ils étaient durement touchés, a été vécue comme un cadeau empoisonné. Plutôt que le vaccin, il s'agirait du virus lui-même face à la résistance des pays de l'Afrique face à la maladie.

L'homme africain, le climat et le Covid-19

Pourquoi les pays africains sont-ils relativement épargnés par la pandémie comparativement à l'occident ? Pourquoi l'hécatombe annoncée par l'OMS et l'ONU en Afrique subsaharienne n'a-t-elle pas eu lieu ? Les personnes interviewées ont plusieurs interprétations. Il s'agit d'abord du climat chaud des pays sahéliens comme le Niger. Cette question du climat

a fait l'objet des débats dans la presse et dans les milieux scientifiques. L'on considère que le virus SARS-COV-2 ne peut survivre à une chaleur ambiante de 65°. Les gens qui suivent l'actualité s'en souviennent de l'opinion de l'ancien président américain Donald Trump qui a longtemps nié l'existence de la maladie qu'il voit comme une simple grippe et plus tard une maladie qui peut être combattue grâce à la chaleur. Au Niger, les gens estiment que c'est certes une maladie qui peut être contractée aussi bien par les Blancs que les Noirs, les Africains. Cependant, ces derniers présenteraient un organisme plus résistant que les Blancs du fait du climat hostile auquel ils sont habitués. C'est aussi avec l'argument sur la vie ou la survie du virus dans les conditions climatiques qui lui sont hostiles que le Covid-19 est considéré comme une maladie des Blancs, une maladie des étrangers.

Ensuite le deuxième aspect, qui va parfois de pair avec la chaleur, et qui expliquerait la résistance des Africains face à la maladie serait le traitement contre le paludisme, une maladie devenue endémique dans certains pays de l'Afrique Subsaharienne. Cette idée fait en effet écho aux recommandations du médecin et biologiste français Didier Raoult sur l'usage de l'hydroxychloroquine contre la maladie. Une recommandation largement suivie au Niger et au-delà. Le traitement antipaludique à base de la chloroquine, suivi par la grande majorité des habitants de cette zone, aurait conditionné leur organisme à mieux résister face au virus. Aussi, la mortalité plus élevée observée dans la région maghrébine serait liée à l'absence du paludisme dans la zone et donc à l'absence de la chloroquine dans l'organisme de ses populations. Le paludisme est une maladie certes mortelle, plus mortelle d'ailleurs que le SIDA ou le Covid-19 en termes du nombre de décès. Mais son traitement devient un motif de prévention contre celle-ci. C'est ce qui explique la pénurie de la chloroquine liée à sa surconsommation par les populations. Aux premiers signes d'un rhume, la toux, le mal à la gorge, etc. les gens se précipitent souvent pour en prendre dans l'espoir de prévenir l'éventualité de la survenue du covid-19.

Compliance des populations à l'égard des mesures de prévention contre le Covid-19

Au Niger, les mesures prises par le gouvernement contre le Covid-19 étaient rapides. Il s'agissait de se préparer à faire face à une maladie qui traverse les frontières et dont l'effet ravageur en termes de perte de vies humaines, de pression sur le système de santé et de destruction de l'économie, pour ne citer que ces aspects, est évident. Les populations ont été sensibilisées par les moyens médiatiques sur la nécessité d'appliquer strictement les mesures suivantes : port de masque, distanciation sociale, auto-isolement, réalisation du test en cas de suspicion, couvre-feu et vaccination. A un certain moment des dispositions coercitives voire répressives ont été prises pour en assurer le respect.

Connaissances et perceptions sur les mesures de prévention

La gestion du covid-19 au Niger et les différentes mesures qui l'accompagnent ont été progressivement instaurées et intégrées par la population. L'État et ses partenaires ont mis des moyens de communication assez conséquents pour vulgariser ces mesures, dont certaines sont d'ailleurs connues par les populations au vu de ce qui se passe ailleurs. C'est pourquoi, les personnes interrogées ont cité sans problèmes ces mesures. Il s'agit entre autres de : la fermeture des frontières aériennes et terrestres (sauf transports des biens de premières nécessités ; l'arrêt du transport interurbain arrêté ; le confinement de la ville de Niamey ; l'instauration du couvre-feu à Niamey ; l'interdiction des rassemblements, de cérémonie des baptêmes, mariages etc. ; l'obligation du port du masque dans les lieux publics ; la mise en place du dispositif de lavage des mains dans les lieux publics et la fermeture des lieux de cultes (les mosquées et les églises). Ces mesures ont été diversement comprises et appréciées par les populations. D'une part, certains estiment qu'elles ont été prises de façon générale pour protéger les populations face à un risque qui menace la vie des populations. Ils estiment que cela, à certains égards, a été efficace en ce sens que seule la ville de Niamey a enregistré des cas plus nombreux.

Quand les pauvres vivent et les aisées se barricadent

L'attitude des populations face au Covid-19 est marquée par la fracture/inégalité sociale assez visible et évidente. Il est intéressant de voir les réactions totalement différentes des uns par rapport aux autres dans la gestion de la maladie en termes de prévention et de recherche de traitement. Ces réactions sont fonctions des croyances et des rapports que les individus ont avec la maladie elle-même mais au-delà avec la science. Dans les quartiers aisés comme Yantala plateau, les gens ont exprimés plus de peur, de craintes des conséquences du Covid-19 sur leur vie, celle de leur proche mais également sur leurs carrières professionnelle (pour les uns) et académique (pour les autres). Ce sont des gens qui ont réellement cru à son arrivée au Niger et sont projetés dans l'hécatombe annoncée face à une catastrophe sanitaire inédite qui se profile.

Le niveau de croyances à la maladie, à ses conséquences, correspond à la croyance qu'ils ont sur la science en général et donc des projections statistiques et épidémiologiques en particulier. Il faut dire que les jeunes rencontrés sont des lettrés qui fréquentent tous des écoles privées, parfois les plus connues de la ville de Niamey. Leurs parents, avec qui, ils ont bien sûr vécu l'expérience des premiers cas au Niger, de l'isolement de la ville de Niamey, de la fermeture des écoles et des frontières aériennes et terrestres sont des hauts fonctionnaires de l'État ou exercent dans le privé en côtoyant les Blancs et voyagent de par le monde. Ils ont des parents proches en Afrique mais également en Europe et en Amérique qui vivent effroyablement le Covid-19. Ils ont accès aux chaînes d'informations privées les plus prisées et les plus à jour et suivent également l'évolution de la maladie au Niger à travers les réseaux sociaux. Voilà pourquoi ils ont plus exprimé de la peur et ont essayé de se protéger plus que les autres qui vivent parfois dans l'anonymat.

Les images et vidéos qui circulent dans les médias et les réseaux sociaux ont participé à façonner la peur et la crainte d'être envahi par une maladie qui à la fois transcende les frontières mais menace le travail des parents et les examens à l'école avec des risques de blanchir l'année ou les années². Face à cette peur, les gestes barrières et d'autres mesures de protection ont, de loin été plus respectés ici qu'ailleurs. En effet, les concernés ont communiqué à leurs proches et parents qu'ils sont désormais en confinement et ne reçoivent des invités à la maison que par nécessité. Des dispositifs de lavage des mains mis en place pour toute entrée. Les gardiens/vigils sont chargés de veiller au respect de la consigne avant l'entrée des maisons y compris pour les membres de la famille dont chacun dispose de son gel hydroalcoolique et des masques dans le sac.

Pendant ce temps, les pauvres, les gens qui vivent dans l'anonymat social cherchent les moyens d'assurer leur pitance quotidienne. Les jeunes, ceux qui ont quitté l'école prématurément tentent de joindre les bouts et font le petit commerce. Certains fréquentent les marchés de la ville et ne respectent ni les gestes barrières, ni ne portent le masque. Ils mangent ensemble et accomplissent les cinq prières quotidiennes loin des yeux des forces de l'ordre, en dépit de l'interdiction décrétée par les autorités sanitaires. Quant à ceux qui sont au chômage et qui sont nombreux, ils sont organisés dans des réseaux de sociabilité communément appelé les Fada où ils prennent du thé, fument de la cigarette et discutent à longueur des journées. Ils passent souvent une bonne partie de la nuit ensemble et se dispersent quand les forces de l'ordre s'approchent notamment pendant le couvre-feu instauré à Niamey dès 19 heures. Très peu d'entre eux ont cru certes à la maladie au départ et certains ont tenté de respecter la distanciation même dans les Fada avant de considérer finalement le covid-19 comme « un simple rhume » qui se traite de diverses façons et qu'on peut guérir sans forcément prendre des médicaments.

2. Il y avait eu, pendant la première vague qu'a connue le Niger avec la fermeture des écoles et des universités, des rumeurs d'une année blanche qui se profile.

Des mesures de prévention assez connues considérées comme inadaptées au contexte local

Du port de masque à l'auto-isolement en passant par la distanciation sociale et le lavage des mains, l'inventaire des mesures se fait assez facilement. Beaucoup connaissent les mesures de prévention. Cependant, les expériences vécues par les personnes testées concernant l'application des mesures sont tout autant mitigées que leur rapport à l'État qui en est à la base. Pour certains, il est plus facile d'accepter l'auto-isolement, le port du masque et le couvre-feu du fait que leurs conditions socioéconomiques le permettaient. Leur appartenance à une classe sociale dite « aisée » explique en grande partie leur adhésion aux mesures de prévention. Il n'en n'est pas de même pour les personnes de classe sociale inférieure pour qui la situation de pauvreté oblige à braver le couvre-feu à la recherche du pain quotidien sans accès au masque ni au dispositif de lavage de main. La critique majeure qui est faite de ces mesures est qu'elles sont inadaptées au contexte local majoritairement pauvre. C'est du copier-coller des mesures prises dans les pays occidentaux dont les réalités épidémiologiques, économiques et culturelles ne sont pas similaires.

De l'incompréhension à la défiance de l'autorité de l'État

Si les gens trouvent normal que l'État intervient pour protéger les populations, certaines mesures ont été jugées exagérées voire liberticides. Il s'agit par exemple de la fermeture des lieux de cultes, une décision sur laquelle le gouvernement a été sévèrement critiqué. Les facteurs culturels, de la société en générale à dominante musulmane, ont pesé négativement dans l'application des mesures de prévention. Par exemple, la distanciation sociale qui stipule un non regroupement des personnes, le couvre-feu et la fermeture des lieux de cultes comme les mosquées ont causé une incompréhension au point où la défiance de l'autorité de l'État s'est installée. L'application stricte, y compris par le recours aux dispositifs de coercition, des mesures de prévention (port du masque dans les lieux recevant du public, l'auto-isolement, confinement partiel,

couvre-feu) ont créé des conflits entre la population et les forces de l'ordre. L'impact des mesures de prévention ont concerné la baisse de revenu suite à la suspension des activités économiques particulièrement dans le secteur privé. Les programmes scolaires ont eux aussi été impactés du fait de la fermeture des établissements pendant près de 2 mois.

Dépistage du Covid-19 : de la contrainte à la dissimulation

La stratégie du testing à Niamey est une composante essentielle dans la gestion de la pandémie du Covid-19 au Niger. En effet, les autorités se sont penchées sur le test comme moyen de prévention mais aussi comme passage vers la stratégie de prise en charge des personnes testées positives à la maladie. Pourtant cette stratégie de test est perçue comme inadaptée car elle ne concerne que les personnes suspectées (symptomatiques et cas contact) qui entre dans le circuit de la surveillance. Le test se fait donc au cas par cas et gratuitement en passant seulement par le SAMU. Après l'ouverture des frontières, le coût du test a été fixé à 30000 CFA (aux alentours de 46 €) puis revu à la baisse 25000 CFA. Ce coût relativement élevé, pour le commun des nigériens, fait que beaucoup de personnes n'en ont pas accès. Les quelques personnes qui en ont fait l'expérience l'ont fait par contrainte mais aussi par nécessité car c'est le seul moyen pour connaître son statut. L'acte est qualifié de désagréable et l'attente du résultat est relativement longue et accablante (de 3 à 7 jours). La peur des pesanteurs sociales (isolement social, stigmatisation sociale, intervention du SAMU à domicile, l'issue du test positif...) incite à la dissimulation des symptômes ressentis et le refus de se faire tester.

Le test et après... ?

Si certaines personnes acceptent volontairement de s'auto-isoler en attendant le résultat du test il n'en est pas de même pour d'autres qui malgré la suspicion refusent de passer le test en dépit de sa gratuité quand on passe par le circuit de la surveillance (SAMU). Ainsi, se remarque une forte absence d'intention de se faire dépister même quand la personne

ressent des symptômes sauf quand il y a obligation du test pour raison de voyage comme c'est ici le cas : *« moi si ce n'est pas le voyage je ne ferai pas le test parce que je suis sûr que je n'ai pas la covid. J'ai pris de l'ail, je suis immunisé maintenant »*. La présence des forces de l'ordre à la devanture des domiciles des premiers cas enregistrés a accentué la stigmatisation sociale de ces personnes ainsi que de leurs familles et au-delà la perte de confiance vis-à-vis des autorités.

Vaccination : entre exhortation à l'exemplarité et refus catégorique

Le faible taux vaccinal (jusqu'alors moins de 25% au premier trimestre 2023) s'explique non seulement par le fait qu'une grande partie de la population ne croit pas au Covid-19 mais aussi et surtout parce que les autorités n'ont pas donné le bon exemple. Le refus vaccinal s'explique par l'ambiguïté qui s'est installée autour de cette mesure de prévention. Le manque d'assurance, de crédibilité du vaccin, des théories complotistes distillées ont eu raison de la campagne vaccinale. Les gens n'y croient pas, donc ils ne vont pas se faire vacciner déclare une personne interviewée. Le rapport à l'autorité (défiance en grande partie) et les ressentiments par rapport aux premières mesures de prévention mises place ont gravement impacté la campagne vaccinale. Le rejet/refus de la vaccination contre le Covid-19 a eu des conséquences négatives sur la campagne de vaccination contre la méningite qui se déroulait à la même période. Nonobstant, les quelques personnes qui ont cru grâce à la sensibilisation et leurs croyances et ont accepté de se faire vacciner l'ont fait pour des raisons de protection pour soi-même et ses proches. En somme, le constat majeur qui se dégage est que la compliance (conformité) est étroitement liée à la croyance des personnes. Le fait de croire ou de ne pas croire à la maladie détermine en grande partie les attitudes ou comportements de prévention que les personnes vont avoir.

Discussions

Quelques constats tirés des résultats

Les résultats de cette recherche nous permettent entre autres de faire les constats sur la bonne connaissance des mesures de prévention, le changement de perception entre les deux périodes de pics épidémiques, les effets de l'infodémie notamment les fakes news et l'accentuation la perte de confiance et la défiance institutionnelle.

D'abord, ce qu'il faut noter c'est la connaissance maîtrisée des mesures de prévention contre le Covid-19 des différentes catégories de la population de l'étude. En effet, si cela est moins curieux pour les professionnels de santé car ayant reçu des formations, il est tout aussi plus surprenant de constater qu'en population générale l'ensemble des interviewés ont une parfaite information sur les mesures barrières. Cependant, le respect de ces mesures dans la pratique du quotidien est assez mitigé. D'aucuns déclarant craindre de contracter la maladie et du coup s'imposent le respect strict, du moins dans la mesure de ses possibilités, des gestes barrières. Tandis que pour d'autres c'est la banalisation du risque, l'indifférence et l'insouciance qui les animent. Cette situation explique pourquoi dans certains quartiers les émeutes ont eu raison sur l'ordre et le respect des règles du confinement partiel conduisant souvent à l'affrontement avec les forces de l'ordre.

Partant de l'analyse de la temporalité à travers la différence entre les 2 pics épidémique, nous constatons en effet une différence de perception entre le moment où la pandémie se déclarait (annonce du premier cas enregistrée dans le pays) et celui de la deuxième vague soit huit mois de différence. A la peur du nouveau, de l'inconnu, du tragique voir même de l'hécatombe dans les premiers moments de la pandémie se substitue la connaissance, l'habitude et la banalisation. Le coronavirus qui fait tant parler de lui, qui a causé tant de bouleversements et d'énormes pertes en vie humaine (ailleurs plus qu'ici) n'est finalement pas ce qu'il faut

penser de lui. Le Covid-19 ne fait plus peur car il n'est pas si dangereux ici qu'il ne l'est ailleurs. C'est un simple rhume que l'organisme à l'habitude de combattre sans traitement. Ce changement de perception de la population est certes une conséquence de la variation de temps et des réalités factuelles des données épidémiologiques sur les deux périodes mais il aussi le résultat d'une exposition à la surinformation.

Le temps a fait son effet mais l'infodémie aussi et les fakes news particulièrement. En effet, l'abondance et l'accessibilité d'informations vraies et fausses sur l'espace public médiatique n'a pas facilité la tâche aux équipes de gestion de la crise. Face à cette situation, d'importantes mesures d'information et de sensibilisation avaient été prises mais c'était sans compter qu'elles participent quand bien même à l'infodémie. Séparer le vrai du faux n'est pas toujours évident quand on sait que beaucoup d'utilisateurs des réseaux sociaux notamment ne se donnent pas le temps de la vérification pour ce qui ont les capacités de pourvoir le faire. Ce n'est pas aisé pour plusieurs d'entre eux à entendre leurs discours sur le temps qu'ils consacrent à suivre les messages diffusés sur les réseaux sociaux plus que sur les médias officiels qui sont au service des autorités. Ces autorités qui ont tout fait pour introduire la maladie sur le territoire à en croire les propos de certains interviewés.

La perte de confiance et la défiance institutionnelle cristallisent d'avantage le climat social en augmentant tout simplement un fort sentiment de révolte de la population contre l'application de certaines mesures de prévention. C'est particulièrement vrai quand on observe la réaction de la population notamment musulmane contre la mesure concernant la fermeture des mosquées ou l'interdiction des rassemblements lors de la célébration d'évènements sociaux comme les mariages, les baptêmes et les funérailles. Cet émoi n'a pas apaisé le climat social au contraire une bonne partie de la population a exprimé sa frustration qui par des manifestations constituant des troubles à l'ordre public qui pas la défiance à l'ordre établi.

Les préjugés sur le Covid-19, la gestion de la crise liée à cette pandémie, les conséquences suite à l'application des mesures de prévention fortement perçues et subies par la grande partie de la population, l'impact social et économique de la crise, de même que l'infodémie, tous ces facteurs ont concouru au déficit de la confiance institutionnelle et à l'affaiblissement des rapports des citoyens aux pouvoirs publics.

Quelques difficultés rencontrées

D'une façon générale, l'enquête s'est déroulée sans incidents majeurs ou toute autre perturbation de nature à compromettre la validité des données collectées. Les différents acteurs rencontrés lors des entretiens individuels en particulier les personnes testées et des focus group étaient disposés à échanger. Mais on note quand même des rendez-vous annulés soit pour convenance personnelle, pour des raisons professionnelles soit pour refus de discuter d'une expérience personnelle jugée parfois traumatisante. Mais avec la base des données disponible et obtenue grâce au soutien du CERMES, les rendez-vous manqués ont été automatiquement remplacés et l'échantillon prévu a été atteint dans le temps et sans difficultés. Quant aux acteurs institutionnels, les personnels soignants (médicaux et paramédicaux), ils étaient prévenus, mais moins disponibles du fait de leur charge du travail (avec notamment la prise en charge des cas positifs du Covid-19 et des autres activités de soins). Mis à part les agents du CERMES qui sont tous des paramédicaux et qui sont en première ligne dans le dispositif de test de la maladie, tous les autres agents de cette catégorie d'acteurs exercent dans des institutions hospitalières de la capitale. Il s'agit de ces trois plus grands hôpitaux : l'Hôpital Général des Références ; l'Hôpital National de Niamey et l'Hôpital National Amirou Boubacar Djallo.

Ils sont à la fois sous la pression professionnelle mais le Covid-19, dont l'arrivée a profondément transformé l'environnement du travail, explique les réticences des personnes à discuter de la maladie. En effet, les gens étaient si réticents à accorder des entretiens qu'ils renvoient parfois les

enquêteurs. A cela s'ajoute une surveillance permanente à laquelle ils font face de la part des autorités politiques, sanitaires qui font face à des pressions populaires avec des rumeurs de types conspirationnistes et des accusations de mauvais traitements/accueils des hôpitaux en cette période particulière.

En dépit des autorisations de recherche délivrées par le Comité National d'Éthique sur la Recherche en Santé (CNERES) et des correspondances administratives envoyées par l'investigateur principal, il a été difficile aux agents de santé d'accorder des entretiens sans l'accord verbal de leur supérieur hiérarchique qui, eux-mêmes étaient réticents. C'est d'ailleurs ce qui explique des entretiens réalisés mais dont les interviewés ont expressément refusé des enregistrements (9 entretiens). C'est aussi ce qui explique le changement de ton et d'opinion des acteurs après l'enregistrement de la conversation avec un enquêté. Dans cette situation, l'investigateur principal a parfois utilisé ses connaissances pour faciliter l'obtention des rendez-vous. Ce sont là autant de matériaux empiriques qui témoignent à la fois de la sensibilité de la question de la gestion de la pandémie du Covid-19 au Niger mais aussi de l'expérience vécue des agents de santé, des personnes testées et des populations en général.

Conclusion

Les perceptions et les comportements des populations vis-à-vis du Covid-19 ont évolué au gré de l'expérience et du temps. La panique et la peur de contracter la maladie, décrite comme extrêmement contagieuse, ont laissé place à de nouvelles perceptions qui conduisent à la banalisation de la maladie et l'abandon progressif des gestes barrières et du respect de la distanciation sociale. Cette peur a largement été involontairement entretenue par les médias, les responsables en charge de la santé mondiale. D'une part, la diffusion quotidienne et à grande échelle des images et vidéos de l'hécatombe et de la pression sur le système causée par la pandémie, étaient de plus en plus insoutenable et faisaient craindre le pire. D'autre part, les hauts responsables de l'ONU comme de l'OMS ont prédit le nombre de morts par millions en Afrique, compte tenu de la fragilité du système de santé des pays africains à pouvoir faire face à la pression comparable à celle qu'on observe en occident.

Ces prises de positions auxquelles s'ajoutent le développement et une forte utilisation des réseaux sociaux ont largement contribué à alimenter et à véhiculer différentes théories de complot autour du Covid-19. En effet, nous avons vu la méfiance des populations vis-à-vis des informations fournies par les médias nationaux comme la télévisions nationale accusée d'être au service du gouvernement qui attise la peur et gonfle les chiffres sur les personnes mortes ou atteintes de la maladie afin de bénéficier de la sympathie et de l'aide extérieure. C'est ainsi que ceux qui ont cru à l'existence de la maladie et ses dégâts ailleurs ont estimés que sa présence au Niger ne mérite pas le traitement et le niveau de réponse apportée par les autorités. A défaut d'avoir vécu avec les personnes atteintes de la

maladie ou leur entourage immédiat, les populations réduisent généralement le Covid-19 à un rhume ou une grippe. C'est pour cette raison qu'on a observé un retour vers la pharmacopée traditionnelle avec les mêmes traitements autrefois réservés aux personnes atteintes des infections respiratoires comme la toux, le rhume etc. Les produits comme le gingembre, le citron et le l'ail deviennent plus prisés y compris d'ailleurs chez les personnes testées et qui croient à l'existence du Covid-19 comme une maladie différente du rhume. A ces traitements se sont ajoutés de nouvelles formes de thérapies contre la maladie, qui ne dépendent ni de la science ou de preuves de guérison ailleurs. Les gens prenaient tout ce qui est véhiculé par les réseaux sociaux comme moyens de se protéger contre une menace pandémique qu'ils ont à moitié cru. A ce niveau, la recherche des médicaments aussi bien en termes de prévention que du traitement ne dépend pas des croyances que les gens ont exprimées de la maladie. Le besoin de se protéger prend le dessus sur les interprétations personnelles. Ceux qui croient au Covid-19 font des tisanes à longueur des journées pour prévenir la maladie. Ceux qui ne croient pas également envoient à leurs proches, à travers les réseaux sociaux, de nouvelles thérapies pour s'en protéger ou se traiter.

Par ailleurs, dès les premiers jours de la maladie au Niger, on a vu comment les autorités ont mis en place un dispositif de riposte à travers une série de mesures qui ont fait écho au sein de la population à Niamey comme dans le reste du pays. Les différentes mesures prises pour atténuer ou briser la chaîne de la propagation ont été comprises, assimilées mais diversement appréciées par ces dernières. Les critiques ont beaucoup plus porté sur la fermeture des lieux de culte et l'interdiction des rassemblements de plusieurs personnes. C'est parce que les lieux de culte comme l'organisation des événements qui rassemblent plusieurs personnes comme les mariages, les décès représentent une valeur symbolique évidente. L'obligation de participer aux rituels qui accompagnent les fidèles à la mosquée, les amis et proches parents au cimetière constituent des valeurs si chères à leurs yeux qu'ils ont vécu ces mesures comme contraires à leur religion et aux valeurs qu'elle véhicule.

Tout au long de cette expérience de la pandémie, on a assisté à des réagencements de différents dispositifs de prévention et de prise en charge du Covid-19 à Niamey. Des populations, aux autorités politiques et sanitaires en passant par le personnel de santé de première ligne, il y a eu une évolution importante dans les perceptions, attitudes et stratégies de test et de riposte face à une maladie sans frontières.

Références bibliographiques

- Adamou, M. (2021). *Les nigériens font plus confiance aux prières quaux vaccins pour prévenir la COVID-19*. AFROBAROMETER.
- Balinska, M.-A., & Léon, C. (2007). Opinions et réticences face à la vaccination. *La Revue de Médecine Interne*, 28(1), 28-32. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2006.10.327>
- Borkman, T. (1976). Experiential Knowledge : A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. *Social Service Review*. <https://doi.org/10.1086/643401>
- Charlier, É., Biemar, S., Boucenna, S., Beckers, J., François, N., & Leroy, C. (2020). *Comment soutenir la démarche réflexive ? Outils et grille d'analyse des pratiques*. De Boeck Supérieur.
- Daniel, C., Bas-Théron, F., & Durand, N. (2012). L'expertise sanitaire : Un regard fondé sur l'analyse des pratiques. *Santé Publique*, 24(1), 41-47. <https://doi.org/10.3917/spub.121.0041>
- Davies, P. (2002). Antivaccination activists on the world wide web. *Archives of Disease in Childhood*, 87(1), 22-25. <https://doi.org/10.1136/adc.87.1.22>
- Desclaux, A. (1992). Le « RAP » et les méthodologies d'anthropologie rapide en santé publique. *Cahiers Santé*.
- Desclaux, A., Bila, B., Sow, K., Varloteaux, M., & A. Hounghinin, R. (2020, novembre). *Les populations d'Afrique sont-elles prêtes à accepter le vaccin anti-Covid-19 ?* [Interview]. <https://theconversation.com/les-populations-dafrique-sont-elles-pretes-a-accepter-le-vaccin-anti-covid-19-149104>
- Desclaux, A., Billaud, A., & Sow, K. (2022). *Anthropologie appliquée aux épidémies émergentes* (L'Harmattan).
- Desclaux, A., & Touré, A. (2018). Quelle « préparation » aux dimensions sociales des épidémies en Afrique ? Une expérience de formation à Conakry. *Médecine et Santé Tropicales*, 28(1).

Elhaji Dagobi, A. (2020a). Les mesure de prévention de la pandémie du Covid-19 au Niger : L'exemple de la suspension de la fréquentation des mosquées. *Revue de philosophie, littérature et sciences humaines*, 1(Numéro spéciale Covid-19).

Elhaji Dagobi, A. (2020b). La communication gouvernementale dans la gestion de la pandémie de Covid-19 au Niger : Le Dispositif étatique et son fonctionnement. *REVUE AFRICAINE DE PHILOSOPHIE ET DE SCIENCES SOCIALES*, 2(N°011).

Eliot, E. (2015). Représentations sociales et épidémies : Entre espace, savoir et pouvoir. *Sciences sociales et sante*, 33(1), Art. 1.

Essi, M.-J., & Njoya, O. (2013). L'enquête CAP en recherche médicale. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE*, 14(2), Art. 2. <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/183>

Flick, Moscovici, Jodelet,. (1992). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales*. https://www.bib-bop.org/base_bib/bib_detail.php?ref=16425&titre=la-perception-quotidienne-de-la-sante-et-de-la-maladie-theories-subjectives-et-representations-sociales

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthode quantitatives et qualitatives* (Chenelière Éducation).

Gagnayre, R., & D'Ivernois, J.-F. (2003). L'éducation thérapeutique : Passerelle vers la promotion de la santé. *Actualité et dossier en santé publique n° 43*. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:hKBaFdZikdwJ:https://ipcem.org/img/articles/gagnjfi.pdf&cd=6&hl=fr&ct=clnk&gl=ne&client=safari>

Gaigne, I. (2017). La réflexivité dans la formation aide-soignante. *Soins Aides-soignantes*, 77, 12-14.

Garrino, L., Gregorino, S., Gargano, A., & Bedin, M.-G. (2010). Les compétences réflexives : Un enjeu majeur dans la formation soignante [Article]. *Perspective soignante*, 84-103.

Giordan, A. (2010). Éducation thérapeutique du patient : Les grands modèles pédagogiques qui les sous-tendent. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 4(3), 305-311. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(10\)70065-1](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(10)70065-1)

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017). *La découverte de la théorie ancrée : Stratégies pour la recherche qualitative* (Armand Colin).

Guerraud, S. (2006). *La pratique réflexive : Un enjeu déterminant pour les professions paramédicales*. Ecole Nationale de Santé Publique de Rennes.

Guerrien, M. (2003a). L'intérêt de l'analyse en composantes principales (ACP) pour la recherche en sciences sociales. *Cahiers des Amériques latines*, 43, Art. 43. <https://doi.org/10.4000/cal.7364>

Guerrien, M. (2003b). L'intérêt de l'analyse en composantes principales (ACP) pour la recherche en sciences sociales. *Cahiers des Amériques latines*, 43, Art. 43. <https://doi.org/10.4000/cal.7364>

Guillaumin, C. (2009). *La réflexivité comme compétence : Enjeu des nouvelles ingénieries de la formation* | Cairn.info. <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/revue-cahiers-de-sociolinguistique-2009-1-page-85.htm>

Haute Autorité de Santé. (2007). *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques

Husson, F., Josse, J., & Lê, S. (2008). FactoMineR : An R Package for Multivariate Analysis. *Journal of Statistical Software*, 25. <https://doi.org/10.18637/jss.v025.i01>

Issa, I. O. (2021). Covid-19 et impacts du confinement sur la population de Niamey (Niger). *European Scientific Journal*, ESJ, 17(27), Art. 27. <https://doi.org/10.19044/esj.2021.v17n27p22>

Jaffré, Y. (2003). Le souci de l'autre : Audit, éthique professionnelle et réflexivité des soignants en Guinée. *Autrepart*, 28(4), 95-110.

Jodelet, D. (2006a). *Place de l'expérience vécue dans les processus de formation des représentations sociales* (p. 235-255).

Jodelet, D. (2006b). *Place de l'expérience vécue dans les processus de formation des représentations sociales* (p. 235-255).

Jodelet, D. (2014). *A propos des jeux et enjeux de savoir dans l'Education Thérapeutique des Patients* (p. 59-76). <https://doi.org/10.17184/eac.797>

Jouet, E., Flora, L. G., & Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérimentiels des patients. *Pratiques de Formation - Analyses*, 2010(58-59), olivier_iv.

Jouet, E., Vergnas, O. L., & Noël-Hureau, E. (2014). *Nouvelles coopérations réflexives en santé : De l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche*. Archives contemporaines.

Kaddouri, M. (2011). Motifs identitaires des formes d'engagement en formation. *Savoirs*, n° 25(1), 69-86.

Khelifi, H. (2021). *La lexicométrie : Un outil efficient pour l'analyse du discours*. 13.

Koné, A. (2021, juillet). *Le Système des Nations Unies et l'Union Européenne accompagnent le Niger dans la vaccination anti Covid-19. Les chefs d'agence de l'OMS et l'UNICEF ainsi que l'Ambassadeur de l'UE reçoivent leur deuxième dose du vaccin*

Labbé, C., & Labbé, D. (2013). Lexicométrie : Quels outils pour les sciences humaines et sociales ? *Usages de la lexicométrie en sociologie*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00834039>

Las Vergnas, O., Jouet, E., & Renet, S. (2017, mai). Déploiement de la démocratie sanitaire : Point d'étape et typologie de la prise en considération de la réflexivité collective des malades et autres personnes concernées (Version longue, texte mis à jour en Mars 2018). *85e congrès de l'ACFAS Symposium 517 - Réflexivité collective : quels processus et effets?* <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01964744>

Le Goaster, C. (2012). Introduction - Experts et expertises en santé publique. Diversité des acceptions, multiplicité des enjeux : Comment avancer ? *Santé Publique*, 24(1), 39-40. <https://doi.org/10.3917/spub.121.0039>

Le jeune, C. (2019). Christophe Lejeune, Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. *Lectures*. <https://journals.openedition.org/lectures/17952>

Mattern, C., Rafiringa, S., & Rafanomezantsoa, S. (2022). Bouleversement des pratiques des soignants face à la COVID-19 à Antananarivo, Madagascar. *Les Cahiers de l'OPPEE*, N°2.

Meredith, D., & Sivry, P. (2018). *L'hésitation vaccinale et ses déterminants*. www.exercer.fr/numero/146/page/360/

Messaadi, N. (2017). *Apprentissages en situations informelles et construction de soi : Cas des personnes atteintes de diabète* [These de doctorat, Lille 1]. <https://www.theses.fr/2017LIL12024>

M-F Fortin et J. Gagnon. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche, 3e édition—Livres du préscolaire à l'université | Chenelière*. <https://www.cheneliere.ca/9896-livre-fondements-et-etapes-du-processus-de-recherche-3e-edition.html>

Moumouni, A. (2021, mars). *Les Nigériens font plus confiance aux prières qu'aux vaccins pour prévenir la COVID-19*. Afrobarometr. <https://www.afrobarometer.org/publication/ad434-les-nigeriens-font-plus-confiance-aux-prieres-quaux-vaccins-pour-prevenir-la/>

Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.niewi.2012.01>

Nouaille-Degorce. (2020). L'expertise scientifique au défi de la crise sanitaire. *Les papiers de recherche de l'ENA*. <https://www.ena.fr/A-la-Une/L-expertise-scientifique-au-defi-de-la-crise-sanitaire>

Olivier de Sardan, J.-P., & Vari-Lavoisier, I. (2022). Introduction : Pour une approche comparatiste des modèles voyageurs. *Revue internationale des études du développement*, 248, Art. 248.

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2022). *Vaccins et vaccination*. https://www.who.int/fr/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1

P. Paillé et A. Mucchielli. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales—4e éd. Armand Colin*. <https://www.armand-colin.com/lanalyse-qualitative-en-sciences-humaines-et-sociales-4e-ed-9782200614706>

Parent, A.-A. (2016). Pratique réflexive et organisation communautaire : Le point de vue de professionnels sur la stratégie de soutien au développement des communautés en santé publique. *Approches inductives : travail intellectuel et construction des connaissances*, 3(1), 39-67. <https://doi.org/10.7202/1035194ar>

Ratinaud, P., & Marchand, P. (2015). Des mondes lexicaux aux représentations sociales. Une première approche des thématiques dans les débats à l'Assemblée nationale (1998-2014). *Mots. Les langages du politique*, 108, Art. 108. <https://doi.org/10.4000/mots.22006>

Reinert, A. (1983). Une méthode de classification descendante hiérarchique : Application à l'analyse lexicale par contexte. *Les cahiers de l'analyse des données*, Dunod, 13.

Reinert, A. (1986). Un logiciel d'analyse lexicale. *Les cahiers de l'analyse des données*, Dunod, 12.

Revillot, J.-M. (2016). *Manuel d'Éducation Thérapeutique du Patient : Modèles, méthodes et pratiques* (Dunod).

Salem, A. (1982). Analyse factorielle et lexicométrie : Synthèse de quelques expériences. *Mots. Les langages du politique*, 4(1), 147-168. <https://doi.org/10.3406/mots.1982.1055>

Sell, K., Saringer-Hamiti, L., Geffert, K., Strahwald, B., Stratil, J. M., & Pfadenhauer, L. M. (2021). Politikberatung durch Expert*innenräte in der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland : Eine Dokumentenanalyse aus Public-Health-Perspektive. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 165, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.06.002>

Soncarrieu, T. (2001). C., Delory Monberger. Les histoires de vie : De l'invention de soi au projet de formation. . Paris : Anthropos. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 30/3, Art. 30/3. <http://journals.openedition.org/osp/5167>

Tabuteau, D. (2010). L'expert et la décision en santé publique. *Les Tribunes de la santé*, 27(2), 33-48. <https://doi.org/10.3917/seve.027.0033>

Thievenaz, J. (2017). L'analyse des activités du patient : Une occasion de réinterroger la notion de travail. *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE*, 44, Art. 44. <https://doi.org/10.4000/edso.2106>

Tourette-Turgis, C. (2013). L'université des patients : Une reconnaissance institutionnelle des savoirs des malades. *Le sujet dans la cite*, N° 4(2), 173-185.

Tourette-Turgis, C., & Pelletier, J.-F. (2014). Expérience de la maladie et reconnaissance de l'activité des malades : Quels enjeux ? *Le sujet dans la cite*, N° 5(2), 20-32.

Vacher, Y. (2015). *Construire une pratique réflexive*. De Boeck Supérieur.

Valentini, H. (2012). Toutes et tous des experts. *Santé Publique*, 24(1), 3-4. <https://doi.org/10.3917/spub.121.0003>

Vicherat-Stoffel, B. (2017). *Le soin de soi : Apprenance et agentivité en santé au mitan de la vie* [These de doctorat, Paris 10]. <https://www.theses.fr/2017PA100050>

Wolfe, R. M. (2002). Content and Design Attributes of Antivaccination Web Sites. *JAMA*, 287(24), 3245. <https://doi.org/10.1001/jama.287.24.3245>

XLSTAT by addinsoft. (2021a, octobre 12). *Analyse en Composantes Principales (ACP)*. XLSTAT, Your data analysis solution. <https://www.xlstat.com/fr/solutions/fonctionnalites/analyse-en-composantes-principales-acp>

XLSTAT by addinsoft. (2021b, octobre 12). *Analyse en Composantes Principales (ACP)*. XLSTAT, Your data analysis solution. <https://www.xlstat.com/fr/solutions/fonctionnalites/analyse-en-composantes-principales-acp>



Annexes

Annexe A. Note d'information pour les participants à l'étude "Appui des sciences sociales face à la pandémie de COVID-19 : Étude qualitative de la compréhension du testing à Niamey".

Investigateur principal : Mamane ABDOU OUMAROU

Contact : (+227) 99 96 96 96 96

Email : mamaneabdououmarou@gmail.com

Financeur : Subside Ministère Français des Affaires Etrangères

Objectif de la recherche

La crise sanitaire du coronavirus ainsi que les dispositifs mis en place par les États pour la prévention et le diagnostic impactent et/ou renforcent le rapport des populations à la maladie et aux soins. Un tel contexte est susceptible de renforcer la défiance envers le système de santé et peut influencer les pratiques de recours, notamment pour le diagnostic. En contexte épidémique, les sciences humaines et sociales (SHS) sont notamment sollicitées pour étudier les contextes d'exposition au risque et les pratiques sociales influant sur la transmission, la compréhension des logiques de transmission par les individus et plus globalement les logiques d'interprétation de l'épidémie, le rapport aux soins et à la maladie. Tenir compte des dimensions sociales de l'épidémie est essentiel pour appuyer les interventions en santé publiques de réponse face à une épidémie.

Ce projet s'intéresse plus particulièrement au dispositif de test et à la manière dont il est compris/vécu par 3 catégories d'individus : professionnels de la santé, individus ayant été testés et population générale. La recherche se déroulera dans les capitales de pays partenaires, contrastées du point de vue de leur développement économique et de leur système de santé.

Procédures

Cela consiste en un entretien individuel qui va durer entre 1h et 1h30mn environ. Si vous acceptez de participer, on va vous poser des questions concernant vos connaissances et vos opinions sur le dépistage pour le COVID 19. Vos réponses resteront confidentielles et anonymes. Le papier sur lequel vous allez apposer votre signature (indiquant votre consentement) sera gardé séparément de vos réponses. Personne en dehors de l'équipe de recherche n'aura accès aux informations que vous allez nous donner. Tous les dossiers seront gardés confidentiels. Dans les documents, nous utiliserons un code à la place de votre nom. Les enregistrements seront détruits à la fin du programme.

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire

Si, à n'importe quel moment vous voulez-vous retirer de cette étude, vous êtes libre de le faire et vous ne serez pas sanctionné. Si vous décidez de ne pas participer ou de vous retirer avant la fin de la discussion, cela n'aura pas de conséquence négative pour vous.

Quels sont les risques que vous encourez si vous participez à cette étude ?

A notre avis, il n'y a pas de risque majeur lié à la participation à cette étude. Le risque que nous voyons dans cette étude est social, c'est-à-dire si une personne extérieure à l'étude découvrirait votre statut ou vos pratiques/comportements à travers la participation à cette étude. Mais nous minimisons ce risque en vous interviewant dans un endroit confidentiel.

Quels sont les bénéfices de la participation à cette étude ?

Votre participation nous permettra de mieux comprendre comment s'organise le dépistage pour le COVID 19 et de participer ainsi à améliorer l'offre de dépistage du COVID 19.

Compensation

Si vous consentez à participer à cette étude, à la fin de votre participation vous recevrez une somme équivalente aux frais de transport que vous aurez engagé.

Si vous avez des questions

Si vous avez des doutes ou si vous avez besoin de plus ample clarification, vous pouvez contacter l'investigateur principal dont les coordonnées sont situées à l'entête de ce document).

Vos droits en tant que participant

Encore une fois, votre participation est volontaire et je répète que vous êtes libre de changer d'avis à tout moment concernant votre participation ou de refuser de répondre à certaines questions. Cette étude a été examinée et approuvée par le Comité National d'éthique pour la Recherche en Santé du Niger.

Vous avez le droit de recevoir une copie de ce formulaire de consentement. Si vous avez des questions par rapport à la manière dont vous êtes traité dans le cadre de l'étude ou vos droits en tant que participant, vous pourrez contacter l'investigateur principal au CERMES.

Date à laquelle l'information a été délivrée : / /

Par : (nom, prénom, fonction)

Annexe B. Formulaire de Consentement – Participation à un entretien individuel

“Apport des sciences sociales à la compréhension de la pandémie de COVID-19 : Étude qualitative de la compréhension du testing à Niamey”

La notice d’information décrivant le but, les méthodes, les bénéfices et les risques, de la recherche qualitative (entretiens individuels) sur le déroulement du dépistage pour le COVID 19 m’a été lue et expliquée. J’ai eu l’opportunité d’avoir des réponses satisfaisantes à toutes les questions sur l’étude.

- J’accepte volontairement d’y participer.
- J’accepte d’être enregistré(e). Je n’accepte pas d’être enregistré(e).

Date

Signature du Participant ou empreinte digitale

Je certifie que la nature et le but, les bénéfices potentiels ainsi que les risques possibles liés à la participation à cette recherche ont été expliqués au participant ci-dessus.

Date

Signature de la Personne ayant recueilli le Consentement

Annexe C. Canevas d'entretien pour les individus ayant été testés

Guide d'entretien semi-directif avec des individus ayant été testés (patients et contacts - positifs ou négatifs)

Recueil des expériences personnelles de testing

Objectif : analyse du vécu du protocole de test par les individus ayant été testés (l'issue du test - positif ou négatif - n'est pas un critère d'inclusion).

I. Connaissance de la maladie

1. On parle beaucoup du Covid 19 ; pourriez-vous me dire ce que vous avez entendu dire sur cette maladie ? (origine ; traitement...)
2. Quel a été votre principale source d'information ? Auprès de ces sources, quel type d'information recherchez-vous ? Pour ce qui de votre santé en général, en quelle source d'information avez-vous le plus confiance ? Et pour le COVID en particulier ?
3. Relance : Selon vous, quels sont les symptômes de la maladie ?
4. Relance : Est-ce une maladie qui se traite selon vous et si oui comment ? (si évoqué plus haut relancer pour avoir plus de précisions)
5. Avez-vous le sentiment qu'il s'agit d'une maladie grave ? Pourquoi ?

II. Circonstances du test

6. Pourquoi avez-vous décidé de faire le test ? (qui a conseillé/corps médical/famille/... ; certains symptômes ; peur pour soi ; peur pour l'entourage ?)
7. Au moment où vous avez décidé de faire le test quels symptômes avez-vous ressentis et lesquels ? Pouvez-vous me les décrire ? (pour les patients)

8. Si vous vous êtes fait tester sur la base de vos symptômes, combien de jours après apparition des symptômes vous êtes-vous fait tester ?

9. Qu'est-ce qui vous fait penser que ce pouvait être le Covid-19 ?

III. Déroulement du test

10. Pouvez-vous nous raconter comment s'est déroulée la procédure de test ? Aviez-vous une appréhension à vous faire tester ?

11. Quelles sont les différentes étapes que vous avez rencontré à partir du moment où la décision de faire le test a été prise et la réalisation du test en lui-même ? (Connaissance du lieu du test, accueil ; dispositif...)

12. Une fois que vous avez eu des doutes sur le Covid combien de temps avez-vous attendu pour faire le test ? Étiez-vous rassuré ou anxieux dans l'attente de ses résultats ?

13. Combien de temps avez-vous attendu entre la réalisation du test et la remise de résultats (nombre de jours)? Comment avez-vous vécu ce temps d'attente, que s'est-il passé (auto confinement ? confinement obligatoire ? mise à l'écart ?) ? Avez-vous changé vos pratiques quotidiennes ?

14. Est-ce que votre entourage proche a été contacté pour se faire tester également (cas contacts) ? Des membres de votre proche entourage ont-ils été faire leur test ? A quel moment ?

IV. Dispositif d'annonce

15. Racontez-moi ce qui s'est passé lors de l'annonce ?

16. Comment s'est passé votre remise du résultat ? (par qui ; comment ; par téléphone, par lettre, en face à face par un médecin...)

17. Comment votre résultat vous a-t-il été annoncé et avec quels mots ?

18. Quelles informations vous ont été transmises ? (sur : la Prise en charge et le ttt ; complications ; précautions pour l'entourage ?

V. Prise en charge

19. A partir du moment où vous avez été testé, pouvez-vous me parler des mesures/soins que vous avez reçus ? Avez-vous été traité en structure hospitalière ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi et où ? Comment ça s'est passé (à domicile et en structure hospitalière) ?

20. Comment décririez-vous l'attitude du personnel soignant à votre égard (poser la question pour les médecins et les paramédicaux) ? Donnez des exemples, des gestes ou des paroles

VI. Impact du fait d'avoir été "suspect covid", de s'être fait tester et/ou d'être positif au COVID sur leur vécu quotidien

21. Le fait d'avoir été suspecté et testé pour le Covid-19 ont-ils eu des conséquences sur votre vie familiale ? Et sur votre vie sociale ?

22. Quand votre famille/votre entourage ont su que vous étiez effectivement positifs, comment votre famille et votre entourage ont-ils réagi ? (rejet ; méfiance ; stigmatisation => terme utilisé par l'interviewé)

23. S'il y a eu "mise à l'écart", comment avez-vous vécu ce rejet/stigmatisation ?

VII. Vécu et perception de l'efficacité des mesures de prévention et de prise en charge mises en place par le gouvernement

24. Que pensez-vous des mesures de prévention (distanciation sociale, port de masque, confinement, fermeture des frontières...) prises par les autorités ? Avez-vous été capable d'appliquer ces mesures ? Si oui lesquelles ? Comment ? Si non, lesquelles, et pourquoi ?

25. Vous sentez vous aujourd'hui rassuré ou inquiet sur votre santé et celle de la population de votre pays/région ?

26. Concernant le testing, quelles seraient vos suggestions pour l'amélioration du processus ?

Annexe D. Canevas d’entretien pour les professionnels de santé

Entretiens semi-directifs avec des professionnels de santé (médecins et paramédicaux)

Retour d’expérience des soignants face au COVID-19

Objectif : identification des difficultés rencontrées par les soignants et des moyens mis en place pour les contourner et des normes palliatives mises en place pour permettre au processus de test de fonctionner malgré les difficultés : compréhension du protocole et du dispositif de test, difficultés rencontrées, failles au niveau de la chaîne de référence du patient, réticences et refus de diagnostic, dispositif d’annonce du résultat, vécu et perception de l’efficacité des mesures de prévention et prise en charge mises en place par les gouvernements.

I. Difficultés rencontrées et moyens mis en place pour les contourner (faire la différence entre les différentes périodes de l’épidémie et de la disponibilité des équipements)

1. Pouvez-vous nous expliquer quel a été/quel est votre rôle dans la gestion de la C 19?
2. Faisiez-vous partie spécifiquement d’une équipe de gestion du Covid 19 (Tri, Test, soins...). Pourquoi avez-vous été choisi (e)?
3. Avez-vous bénéficié d’une formation sur la prise en charge spécifique du Covid/sur l’utilisation des Équipement de Protection Individuelle (EPI) ?
4. Quelles difficultés rencontrez-vous et comment gérez-vous les difficultés ?
5. Comment vous “débrouillez” pour solutionner les difficultés ?
6. Avez-vous le sentiment de bénéficier de tous les moyens pour mener à bien votre tâche?

7. Avez-vous le sentiment de bénéficier de tous les moyens pour vous protéger?

8. Comment vivez-vous la période de crise du Covid-19 ? (crainte pour vous, votre entourage...). Que mettez-vous en place pour limiter votre contamination et celle de vos proches?

II. Compréhension des étapes du protocole de dépistage

9. Pouvez-vous m'expliquer le protocole du test au Niger ?

10. Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées concernant la mise en œuvre/application du dispositif du test ? (accueil des patients, encombrement, disponibilité des tests, charge de travail ...)

11. Quels étaient les profils des personnes que vous avez testées? (voyageurs en vue d'un départ, personnes présentant des symptômes, personnes ayant été confinées...)

12. Quelles étaient, généralement, les attitudes des patients au moment de faire le test ?

13. Comment se faisait l'annonce du résultat ? Avez-vous été spécifiquement formé pour cela ?

14. Si vous étiez responsables de l'annonce, quelles étaient les réactions des personnes testées à l'annonce d'un test positif ?

Annexe E. Canevas de focus group en population générale

Focus group avec des individus issus de la population générale

Recueil des expériences personnelles en population générale face au testing

Objectif : Saisir le niveau de compréhension du protocole de dépistage en population générale (pour des individus n'ayant pas forcément été testés). L'objectif sous-jacent est l'analyse des motifs qui vont encourager un individu à se faire tester (leviers) ou qui vont au contraire faire obstacle au testing.

I. Connaissance de la maladie (quels symptômes évocateurs ? Source d'informations ?)

1. On parle beaucoup du Covid-19, qu'avez-vous entendu dire sur cette maladie ?
2. Quels sont les symptômes du le Covid-19 ?
3. Comment avez-vous appris l'apparition du Covid-19 à l'échelle mondiale ?
4. Comment avez-vous appris l'arrivée du Covid-19 en (PAYS) et quelle a été votre réaction ?
5. Comment vous informez-vous généralement sur cette maladie...)
6. Suivez-vous régulièrement les informations ?
7. Quel type d'informations recherchez-vous (traitement, vaccin, test, données épidémiologiques, transmission et mesures de protection...)

II. Sentiment d'être exposé

8. Vous sentez vous exposé à la contamination par le covid 19 ? (voir si il y a peur ou inquiétude...)

10. Qu'est qui vous inquiète dans cette maladie ?
11. Pensez-vous pouvoir vous en protéger ? (SI OUI) De quelle manière ?
12. Pouvez-vous nous expliquer ce que vous faites (ou avez fait) pour vous protéger et protéger vos proches) relancer sur les pratiques et comportements
13. Si NON pour quelle raison ?
14. Estimez-vous que les mesures prises par les autorités soient suffisantes pour vous protéger ?

III. Compréhension de la procédure du test

15. Que savez-vous concernant le test ? (Intérêt, protocole, lieu, moment...)
16. Avez-vous fait ou songez-vous à faire le test et pour quelles raisons ? (qu'il ait pensé ou non à le faire)

(POUR CEUX QUI ONT FAIT LE TEST) Que pensez-vous de l'organisation (accueil, délais d'attente, encombrement, temps de retour, modalités de l'annonce...)?

IV. Vécu et perceptions de l'efficacité des mesures de prévention et de prise en charge mises en place par les gouvernements

17. Que pensez-vous des mesures de prévention (confinement, fermeture des frontières, port de masque, distanciation sociale, lavage des mains, le couvre-feu, isolement sanitaire d'une région, quartier...)
18. Pensez-vous que ces mesures ont été efficaces ? Expliquez-nous en quoi ?
19. Estimez-vous que ces mesures aient permis de lutter contre l'épidémie du Covid-19 ?
20. Que pensez-vous des mesures de prise en charge des malades du Covid-19 (isolement sanitaire, traitement...)?



Investigations N°3



Étude des déterminants de l'hésitation de la vaccination contre le Covid-19 au Niger

Investigateur principal

Mamane ABDOU OUMAROU

Contributeur

Olivier LAS-VERGNAS

Collaborateurs

Balkissa IBRAHIM HAROUNA, Assoumane CHEFOU ABOUKA

Financement

Projet REPAIR, subside Ministère Français des Affaires Étrangère

Période

Septembre à Décembre 2022

Résumé

La vaccination est un succès en termes de santé et de développement dans le monde (OMS, 2022). Bien que son importance soit démontrée, il existe depuis toujours, une réticence à la vaccination, qui ne concernait qu'une minorité d'individus. Au fil des années, cette opposition liée à la crainte d'effets secondaires et à une remise en question de l'utilité de certains vaccins, n'a cessé d'accroître (Balinska & Léon, 2007). Aujourd'hui, la vaccination est confrontée à une véritable « crise de confiance ». Le Niger ne fait pas exception à ce phénomène que l'OMS qualifie d'hésitation vaccinale qui s'est accentué avec la vaccination contre le Covid-19. En effet, après une cinquième campagne de vaccination du Covid-19, le taux de couverture des primo-vaccinés frôle les 24% et 21% pour les 2 doses.

Dans ce contexte, cette recherche s'est donnée pour objectif d'étudier les déterminants de l'hésitation de la vaccination du Covid-19 à Niamey. Il s'agit d'une étude corrélationnelle descriptive qui a concerné des habitants de la ville de Niamey de plus de 18 ans (échantillonnage non probabiliste/accidentel). La collecte de données par administration de questionnaire s'est faite d'octobre à décembre 2022. Les analyses statistiques (descriptives, multivariées, Test de Wilcoxon-Mann-Whitney) ont été appliquées aux données.

Les résultats montrent une corrélation positive entre le choix de se faire vacciner et certains déterminants contextuels que sont la proximité avec un centre de santé, la confiance institutionnelle, à l'industrie pharmaceutique et la perception de la gravité de la pandémie. Le statut vacciné est également corrélé positivement avec certains déterminants individuels que sont la vaccination comme norme sociale, aprioris pour la vaccination, information sur les objectifs de la vaccination, légitimité de la vaccination et avantages perçus. Le refus de la vaccination quant à lui est très corrélé avec certains déterminants liés au vaccin qui sont la perception de risques spécifiques et les effets indésirables.

En conclusion, cette étude a permis de décrire quelques facteurs qui pourraient éclairer la compréhension du phénomène de l'hésitation vaccinale.

Mots-clés : déterminant, hésitation, vaccination, Covid-19, Niamey

Introduction

La vaccination est un succès en termes de santé et de développement dans le monde. Chaque année, elle permet d'éviter 3,5 à 5 millions de décès causés par des affections comme la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la grippe et la rougeole (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2022). En plus d'être une intervention efficace grâce à laquelle le nombre de décès et de cas de maladies sont réduits, la vaccination est aussi utilisée comme une stratégie qui concourt à la diminution des inégalités dans la prestation de soins de santé primaires. De plus, les vaccins constituent l'élément clé des soins primaires et diminuent les risques de contracter une maladie en stimulant les défenses naturelles de l'organisme à produire une meilleure protection (OMS, 2022). Bien que son importance soit démontrée, il existe depuis toujours, une réticence à la vaccination, qui ne concernait qu'une minorité d'individus. Au fil des années, cette opposition liée à la crainte d'effets secondaires et à une remise en question de l'utilité de certains vaccins, n'a cessé d'accroître (Balinska & Léon, 2007).

Aujourd'hui, la vaccination est confrontée à ce qui peut être qualifié d'une véritable « crise de confiance ». Ainsi, en 2016, l'Europe relevait les plus hauts taux « d'avis négatifs » concernant l'importance, la sécurité et l'efficacité des vaccins. (Meredith & Sivry, 2018). La réticence proviendrait schématiquement, de trois catégories de raisonnement qui ressortent dans le discours anti-vaccinal : « il est important que la décision de vaccination découle d'un choix individuel ; l'industrie et les autorités ne recommandent la vaccination qu'à des fins économiques ; enfin, la vaccination serait nuisible pour la santé et n'aurait qu'un rôle négligeable

dans le contrôle et l'élimination des épidémies » (Davies, 2002; Wolfe, 2002). Egalement des effets secondaires imputés aux vaccins sont surtout d'ordre neurologique et immunitaire dans les pays industrialisés, alors qu'on reproche à ceux-ci d'induire une stérilité, voire de contaminer avec le VIH, dans les pays en voie de développement. (Balinska & Léon, 2007).

Suite à la crise sanitaire du Covid-19, comme la plupart des pandémies ayant sévit les siècles derniers, les scientifiques ont mis au point, en un temps record, des vaccins capables d'immuniser les personnes contre le SARS-CoV-2 et de ce fait ralentir sa propagation. La découverte du vaccin a donné lieu à de grandes campagnes de vaccination à travers le monde. Toutefois, on y relève un manque d'adhésion, s'accompagnant d'une grande controverse autour des vaccins et leurs effets secondaires. Particulièrement, en Afrique les populations sont plus réticentes et manifestent leurs craintes face à la vaccination contre le Covid-19. En effet, au Cameroun, au Sénégal, au Bénin comme au Burkina Faso, entre 6 et 7 personnes sur 10 affirment qu'elles n'accepteraient pas le vaccin anti-Covid-19 si on le leur proposait (Desclaux et al., 2020).

Confronté depuis le 19 mars 2020 à la pandémie du Covid-19, le gouvernement du Niger a, à travers le dispositif COVAX et avec l'assistance de ses partenaires, mis en œuvre plusieurs stratégies de lutte contre le Covid-19 dont la campagne de vaccination qui avait débuté le 29 mars 2021, en vue d'apporter une immunisation à l'ensemble de la population et pouvoir briser la propagation du virus (Koné, 2021). Malgré, les dispositions prises pour assurer la réussite de cette campagne de vaccination, on note que plus de la moitié de la population se dit ne pas être disposés à se faire vacciner et ne fait pas confiance au gouvernement quant à son rôle d'assurer l'innocuité du vaccin contre le Covid-19 (Adamou, 2021). De plus, près de neuf nigériens sur 10 ont plus foi en la prière qu'aux vaccins pour prévenir l'infection du Covid-19 (Moumouni, 2021). Ce phénomène d'hésitation à la vaccination s'observe un peu partout dans le monde à travers les mouvements qualifié « antivax » qui prend de plus en plus d'ampleur.

Depuis quelques années, un groupe d'experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'est penché sur ce phénomène de l'hésitation vaccinale en cherchant à comprendre les obstacles et les leviers de la vaccination. Selon ces experts, l'hésitation vaccinale se caractérise par un retard à l'acceptation d'un vaccin ou son refus, malgré une facilité d'accès. Les déterminants de l'hésitation à la vaccination peuvent être liés à des facteurs contextuels, à des facteurs individuels ou collectifs ou liés au vaccin à la vaccination même.

Certains résultats de l'étude Appui des sciences sociales face à la pandémie de Covid-19 font ressortir, en plus de la défiance institutionnelle et la perte de confiance, des traces de l'hésitation vaccinale à la fois en population générale et chez les professionnels de santé. Le deuxième constat est que la vaccination ne décolle pas malgré les cinq campagnes réalisées. Le taux actuel des primo vaccinés est autour de 24% et 21% pour le schéma vaccinal complet ce qui correspond à deux doses au Niger. Ainsi, dans ce contexte, quels peuvent être les déterminants pouvant constituer des freins ou des leviers à la vaccination contre le Covid-19 au Niger ?

Cette enquête se donne pour objectif d'étudier les principaux déterminants de l'hésitation vaccinale contre le Covid-19 au Niger. Elle vise spécifiquement à identifier les facteurs contextuels, individuels, collectifs et environnementaux qui détermineraient l'hésitation vaccinale contre le covid-19 ; de tester l'applicabilité de la matrice de l'OMS concernant les déterminants de l'hésitation vaccinale ; de recueillir éventuellement des déterminants de l'hésitation vaccinale n'ayant pas été rapporté et enfin de faciliter la compréhension du phénomène de l'hésitation vaccinale en vue d'une meilleure intervention en santé publique.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude corrélationnelle descriptive. La démarche théorie ancrée quantitative qui a sous tendue l'enquête ne vise pas la représentativité ni même l'exhaustivité mais plutôt l'éventail de la population pouvant permettre la vérification et/ou le test des hypothèses (Glaser & Strauss, 2017). Cette investigation a été menée auprès des habitants de la ville de Niamey sélectionnés selon un échantillonnage raisonné (accidentel ou par convenance). Les critères d'inclusion sont : d'abord l'âge (avoir 18 ans ou plus), ensuite consentir de répondre au questionnaire et enfin « tout venant », toute personne croisée sur place ou de passage au moment où l'équipe d'enquête est de passage sur le boulevard Mali béro. Pour ce faire, quinze points ont été identifiés qui vont du rond-point Gadafawa au rond-point Escadrille. La collecte de données s'est déroulée d'octobre à décembre 2022.

La méthode d'enquête quantitative par questionnaire, adressé en français, en Hausa et Zarma, a été utilisée afin de collecter les données socioéconomiques et sociodémographiques (sexe, âge, quartier, profession, niveau d'instruction). Le questionnaire anonyme (voir annexe) a été développé à partir des éléments de la matrice de l'OMS concernant l'hésitation vaccinale auquel d'autres éléments non mentionnés ont été rajoutés puis administré aux participants. Une échelle de Likert est appliquée. C'est une échelle d'attitude ou d'observation des fréquences des faits comprenant cinq degrés à travers laquelle il est demandé à l'observateur d'exprimer le degré d'observation relatif à une affirmation. Elle constitue une forme d'évaluation composite d'une caractéristique combinant plusieurs énoncés qui donne lieu à l'attribution de valeurs ou de scores (M-F Fortin et J. Gagnon, 2016).

Les méthodes d'analyses statistiques descriptives (moyenne, taux, écart-type) et multivariées (Analyse en Composante Principale, test de Wilcoxon-Mann-Whitney) ont été appliquées aux données recueillies au moyen du logiciel XIStat.

Résultats

Statistiques descriptives

Caractéristiques de la population : répartition par genre et part statut vaccinal

Un total de 961 personnes a été abordé avec 461 refus (48%) contre 500 acceptations (52%) de répondre au questionnaire (Français 145, Hausa 188 et Zarma 167). Les raisons de cet important taux de refus sont rapportées et discutées dans la partie discussion. La répartition en genre de la population ayant répondu est constituée majoritairement de sexe masculin 398 hommes soit 80% contre 102 femmes soit 20%. L'intervalle d'âge est de 18 ans minimum et 80 ans maximum. La moyenne d'âge pour les hommes est de 39 ans contre 32 ans pour les femmes. La répartition par statut vaccinal donne les résultats suivants : non vaccinés 391 soit 78% contre 109 vaccinés soit 22%.

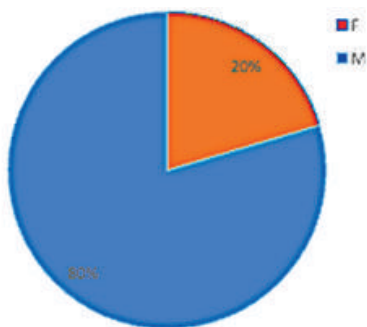


Figure 1 : répartition par genre

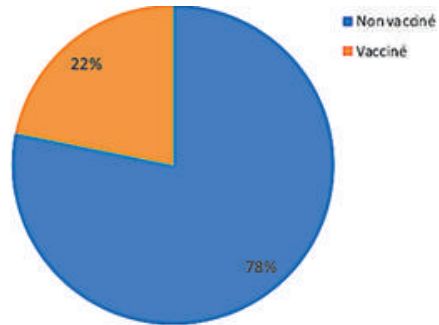


Figure 2 : répartition par statut vaccinal

Le croisement des variables genre et statut vaccinal donne le résultat suivant : une prédominance du sexe masculin à la fois chez les vaccinés et les non vaccinés.

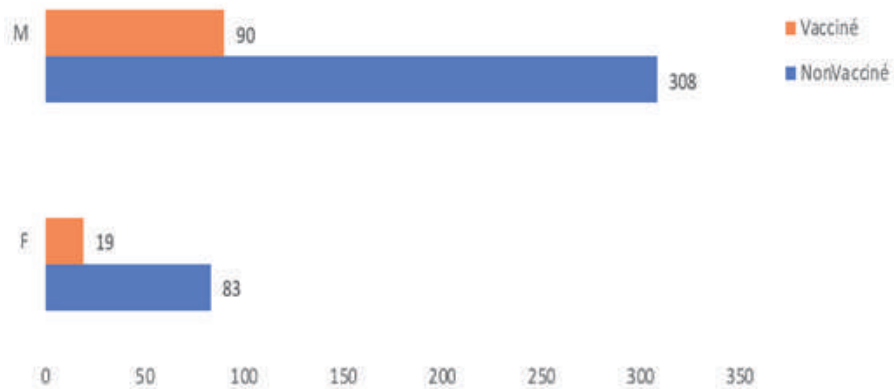


Figure 3 : croisement des variables genre et statut vaccinal

Au vu de la quantité d'informations recueillies à travers les variables âge, niveau d'instruction, quartier et profession, les données ont été agrégées. Le regroupement a permis de créer les nouvelles variables suivantes : tranche d'âge pour la variable âge ; quatre niveaux d'instruction pour la variable niveau d'instruction, quartier de haut standing ou bas standing pour la variable quartier et enfin plusieurs secteurs d'activités pour la variable profession.

Le croisement des variables tranches d'âge et statut vaccinal (figure 4) montre que les tranches d'âge 18-45 ans sont les plus vaccinées et ont un poids important dans la population de l'étude.

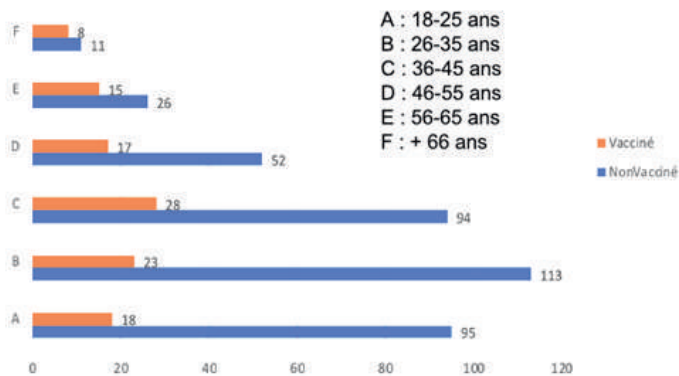


Figure 4 : croisement des variables tranches d'âge et statut vaccinal

Le croisement des variables et niveau d’instruction et statut vaccinal (figure 5) montre que les personnes du niveau secondaire sont les plus vaccinées et ont un poids important dans la population de l’étude.

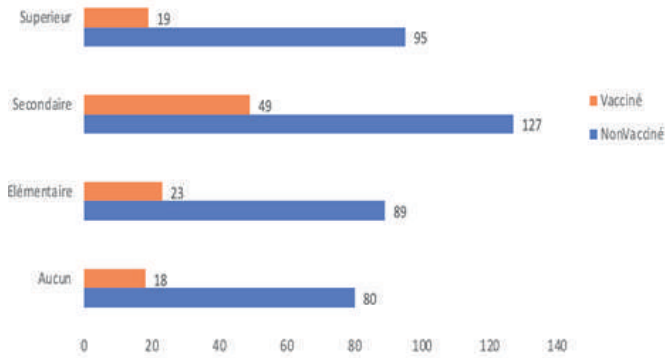


Figure 5 : croisement des variables niveau d’instruction et statut vaccinal

Le croisement des variables quartier d’habitation et le statut vaccinal (figure 6) montre que les habitants des bas standings sont les plus vaccinés.

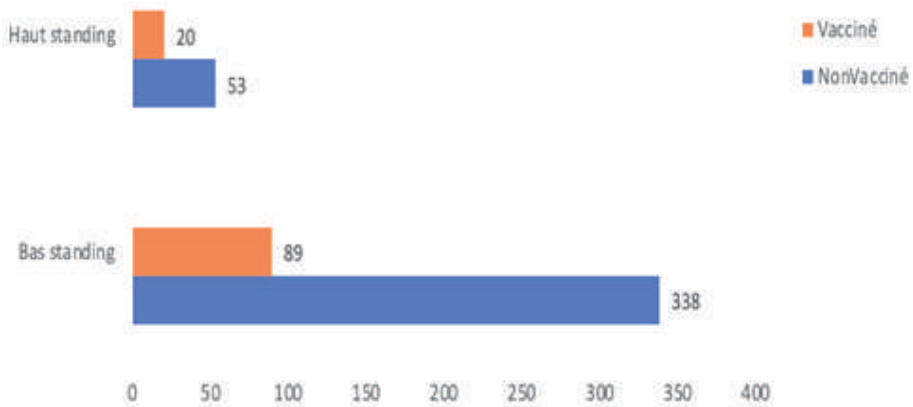


Figure 6 : croisement des variables quartier et statut vaccinal

Le croisement des variables secteur d'activités et le statut vaccinal (figure 7) montre que les personnes exerçant les petits commerces sont les plus vaccinées.

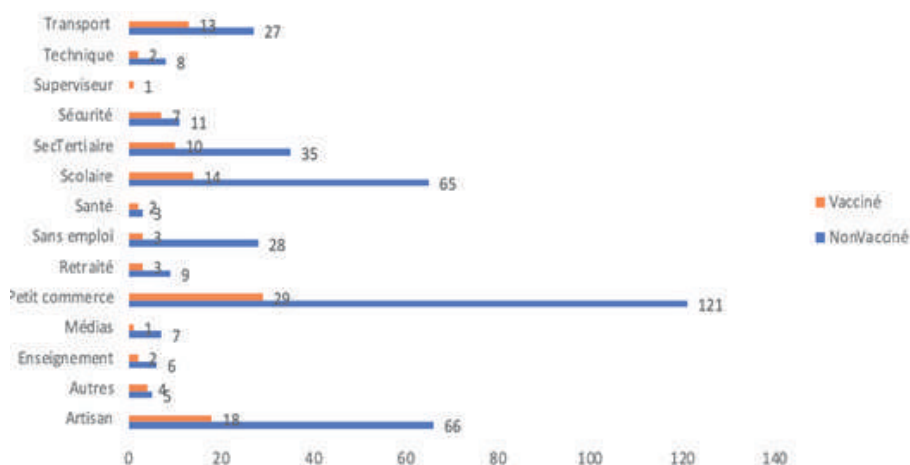


Figure 7 : croisement des variables secteurs d'activité et statut vaccinal

Statistiques multivariées : premières ACP des trois familles des déterminants

Les figures 8, 9 et 10 présentent les résultats des ACP réalisées à partir des trois familles des déterminants. Un regroupement des variables corrélées positivement puis un test statistique Wilcoxon-Mann-Whitney a été réalisé afin de regarder quelles sont les variables les plus significatives.

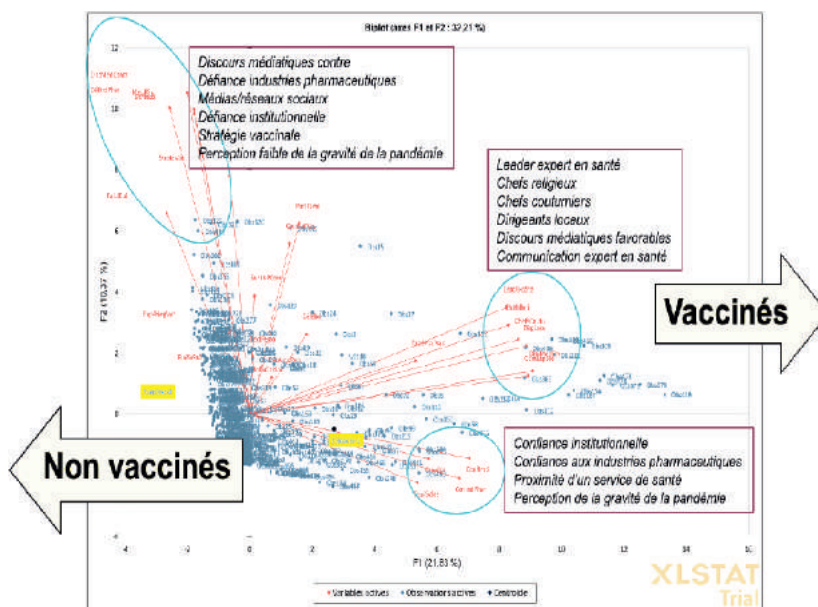


Figure 8 : ACP de la famille des déterminants contextuels

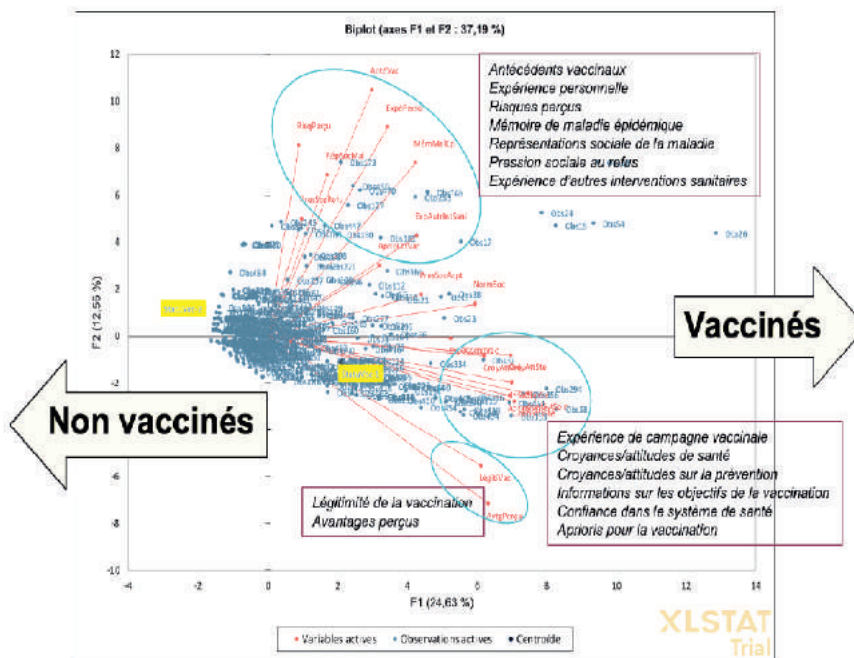


Figure 9 : ACP de la famille des déterminants individuels et collectifs

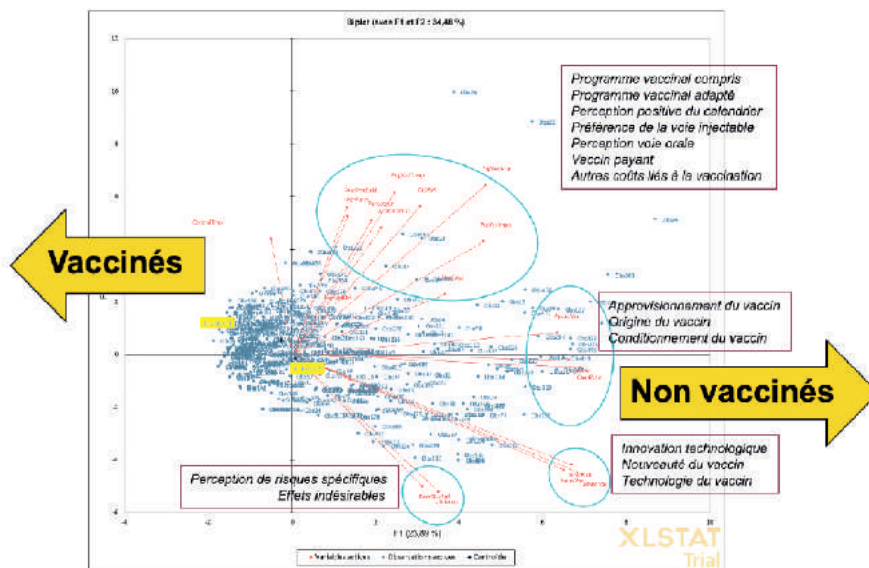


Figure 10 : ACP de la famille des déterminants liés au vaccin et la vaccination

Test de Wilcoxon-Mann-Whitney

Le test a permis de d'isoler les variables dont la p-value n'est pas significative. La figure suivante fait la synthèse des p-values des variables par familles des déterminants.

Synthèse (p-values) :

| Variable\Sous-échantillons | 1 - 2 |
|----------------------------|---------|
| ComExpSté | <0,0001 |
| DiscMédFav | <0,0001 |
| DiscMédContr | <0,0001 |
| MédRSx | 0,000 |
| LeadExpSté | <0,0001 |
| DirgLocw | <0,0001 |
| ChefsRefl | <0,0001 |
| ChefsCoutu | <0,0001 |
| PartFami | 0,530 |
| Célébri | 0,636 |
| ExpéNegVac | 0,032 |
| ExpéPosiVac | <0,0001 |
| InfluCatSoc | 0,022 |
| DéiAutrPers | 0,028 |
| DéciPerso | 0,734 |
| StratéVac | 0,278 |
| ContraNéc | <0,0001 |
| PosiSvSté | <0,0001 |
| EloisVSté | 0,116 |
| SentNPCCern | 0,037 |
| ConIndPhar | <0,0001 |
| DéfIndPhar | <0,0001 |
| ConInsti | <0,0001 |
| DéfInsti | 0,003 |
| GravEpi | <0,0001 |
| FaiblEpi | <0,0001 |

Déterminants contextuels

Synthèse (p-values) :

| Variable\Sous-échantillons | 1 - 2 |
|----------------------------|---------|
| AntéVac | 0,196 |
| ExpéPerso | 0,780 |
| MémMalEpi | 0,994 |
| CroyAttSté | <0,0001 |
| CroyAttPré | <0,0001 |
| RépSocMal | 0,002 |
| InfoObjVac | <0,0001 |
| AprioPrVac | <0,0001 |
| AprioCtrVac | 0,228 |
| ConfSytSoin | <0,0001 |
| ConfPersSté | <0,0001 |
| ExpéCompVac | <0,0001 |
| ExpAutrIntSani | 0,003 |
| LégitVac | <0,0001 |
| AvtgPerçu | <0,0001 |
| RisqPerçu | <0,0001 |
| NormSoc | <0,0001 |
| PresSocAcpt | 0,003 |
| PresSocRefu | 0,117 |

Déterminants individuels et collectifs

Synthèse (p-values) :

| Variable\Sous-échantillons | 1 - 2 |
|----------------------------|---------|
| EftIndési | <0,0001 |
| PercRisqSpé | 0,001 |
| PercVoiOri | 0,723 |
| NouvVac | 0,008 |
| TechnoVac | 0,012 |
| InnoTech | 0,007 |
| PréfVoiOri | 0,000 |
| PréfVoiInj | 0,001 |
| PrgVacComp | <0,0001 |
| PrgVacAdpt | 0,638 |
| PrgVacImpo | 0,062 |
| OriginVac | 0,712 |
| CondiVac | 0,762 |
| AppriVac | 0,477 |
| PercPosiCald | <0,0001 |
| PercNegCald | 0,666 |
| ContraTimp | 0,021 |
| VacGrtul | 0,000 |
| VacPayt | 0,916 |
| AutrCoûtVac | 0,159 |

Déterminants liés au vaccin et à la vaccination

Figure 11 : synthèses des p-values des variables par familles des déterminants

Deuxièmes ACP des trois familles des déterminants

De nouvelles ACP ont été réalisées uniquement à partir des variables dont les p-values sont significatifs afin de rendre les corrélations plus lisibles. Les figures 12, 13 et 14 présentent les résultats de ces ACP.

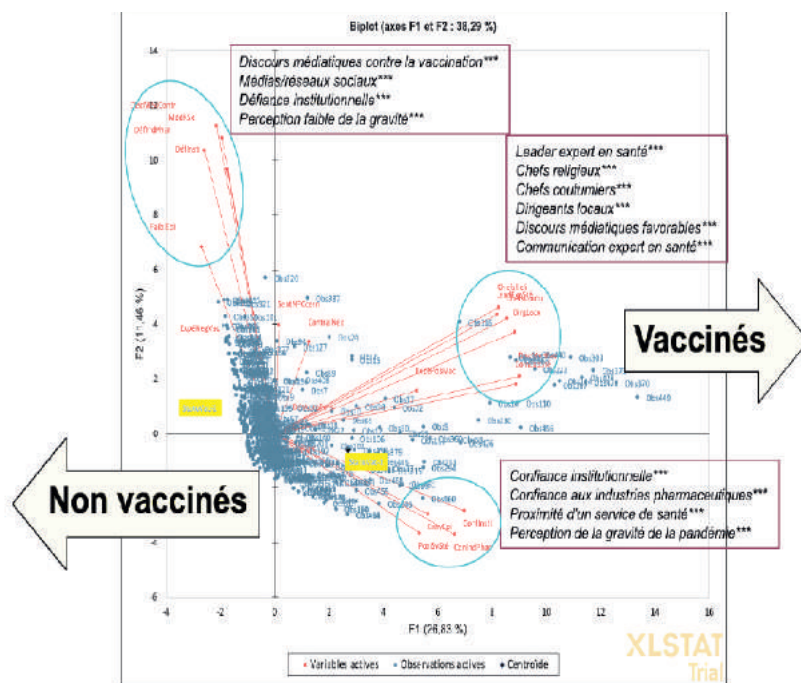


Figure 12 : ACP de la famille des déterminants contextuels

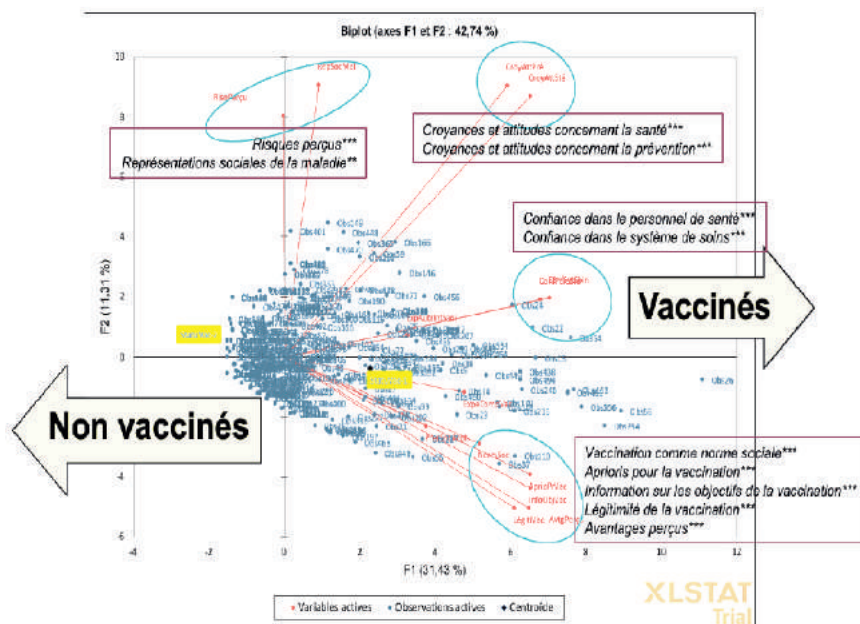


Figure 13 : ACP de la famille des déterminants individuels et collectifs

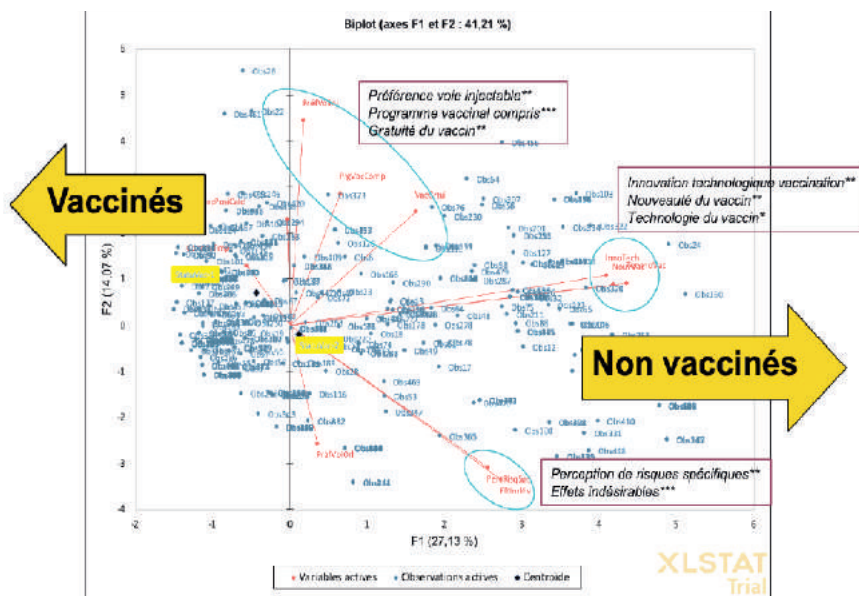


Figure 14 : ACP de la famille des déterminants liés au vaccin et la vaccination

Ces résultats montrent une corrélation positive entre le choix de se faire vacciné et certains déterminants contextuels que sont la proximité avec un centre de santé, la confiance institutionnelle, à l'industrie pharmaceutique et la perception de la gravité de la pandémie (figure 12). Le statut vacciné est également corrélé positivement avec certains déterminants individuels que sont la vaccination comme norme sociale, aprioris pour la vaccination, information sur les objectifs de la vaccination, légitimité de la vaccination et avantages perçus (figure 13). Le refus de la vaccination quant à lui est très corrélé certains déterminants liés au vaccin qui sont la perception de risques spécifiques et les effets indésirables (figure 14).

Discussion

Le premier constat que cette étude permet de faire concerne le taux de refus important de répondre au questionnaire. Les principales raisons que nous avons pu recueillir concernent le rapport au politique et leurs expériences de la gestion de la pandémie. En effet, beaucoup de personnes refusaient catégoriquement d'être interrogées dès qu'elles sont approchées. Elles

déclaraient que l'enquête était « une autre manœuvre du gouvernement ». D'autres personnes préfèrent simplement ne pas répondre au questionnaire parce qu'elles n'avaient pas de temps à accorder aux enquêteurs ou parce qu'elles craignaient que leurs réponses leur attirent des « ennuis avec le gouvernement ». Il se dégage un climat de peur mais surtout de manque de confiance accrue de la population envers les politiques. Cependant, des personnes interrogées (une minorité) disaient qu'elles auraient bien voulu être enregistrées afin que leurs ressentiments soient transmis au gouvernement.

Aussi, suite à certaines mesures prises pendant le confinement des citoyens s'étaient vu confisqués leurs passeports jusqu'à expiration de leurs visas. Une douzaine parmi les personnes approchées pour cette étude avait refusé de répondre au questionnaire, pour avoir gardé ces mauvais souvenirs, en plus du fait qu'elles se considéraient du parti d'opposition. Ainsi d'après ces personnes, répondre aux questionnaires serait une façon d'appuyer le parti au pouvoir, ce qui est selon elles contraire à leur éthique. D'autres personnes avaient refusé de répondre au questionnaire après avoir appris qu'elles ne recevraient pas de rémunération en contrepartie de leurs réponses.

À certains carrefours, une quinzaine de refus avaient été enregistrés dont un qui voulait absolument que ses propos soient transcrits. Deux autres refus étaient dus au fait que ces personnes n'avaient pas du tout connaissance des campagnes de vaccination, encore moins la gratuité du vaccin. De plus, une grande partie pensaient que la vaccination était uniquement destinée aux voyageurs, relevant un manque de communication et de sensibilisation autour des campagnes de vaccination. Toujours aux alentours du même point, il y'en avaient qui étaient pratiquement en colère et ne voulaient plus entendre parler du Covid-19 car pour eux-ci les problèmes qu'occasionne le paludisme sont plus grave et devraient constituer la priorité principale du gouvernement.

Enfin, la plupart des personnes qui avaient refusé de répondre au questionnaire n'avaient juste pas envie d'y répondre ou n'accordent pas d'importance à tout ce qui est en rapport avec le Covid-19. Étant donné qu'au moment du confinement on leur avait empêché d'aller à la mosquée et de sortir à certaines heures de la soirée, ces personnes ne voyaient aucun intérêt à répondre à cette enquête. Ainsi, l'application stricte des mesures de restrictions à la population, durant la première vague du COVID-19, semblent être une des raisons qui pourraient expliquer cette perte de confiance au politique mais également le faible taux de vaccination (22%) malgré les 5 campagnes.

S'agissant de résultats proprement dits, les informations (ancrées au données) nous apprennent premièrement que la prédominance du sexe masculin, du fait de son poids important, dans la population de même pour les catégories professionnelles et le quartier est simplement un fait de hasard compte de la méthode. Deuxièmement, les jeunes adultes (18-45 ans) sont les plus vaccinés. Troisièmement, que cette population de répondants vaccinés exerce les petits commerces, habite les quartiers de bas-standing et a un niveau d'instruction de type secondaire (entre le collège et le lycée). C'est peut-être une surprise, mais compte tenu de la méthode (choix raisonné, par convenance) le hasard a fait que cette catégorie représente un poids important dans la population de l'étude. Quatrièmement, on constate que le taux des personnes vaccinées (22%) reflète le taux national de la vaccination (entre 21 et 24%). Même si la technique d'échantillonnage utilisée dans l'étude n'a pas une visée de représentativité, cette coïncidence attire quand même l'attention et peut être mis en lien avec les raisons des refus. Toutefois, ces résultats constituent en soit des informations importantes qui peuvent donner des orientations à la stratégie de vaccination pour de futures campagnes.

En fin de compte, la matrice de l'OMS sur les déterminants de l'hésitation vaccinale s'applique bien au contexte nigérien en dépit de quelques difficultés de traduction en langues nationales de certains termes techniques. Cependant, la méthode qualitative par entretien pourrait être utilisée en transformant cette matrice comme un guide d'entretien semi-directif.

Les difficultés rencontrées sont principalement liées aux conditions de réalisation de cette étude. D'abord, pendant la première semaine, l'enquête était faite en matinée et en après-midi. Sauf que nous nous sommes rendu compte que la période de l'après-midi est assez infructueuse peut être du fait du temps qu'il faisait (soleil est au zénith), les gens ne sont pas dans la rue ou parce qu'il y a beaucoup d'intermittence (pause déjeuner, pause prières). La difficulté de traduction évoquée tantôt a vite été corrigée après les constats de la première semaine de collecte. Pourtant des dispositions avaient été prises pour arriver à une traduction plus proche de la réalité afin de faciliter la compréhension. Il s'était agi de faire traduire le questionnaire par des collègues du domaine médicale, locuteurs natifs des deux principales langues nationales utilisées (Hausa et le Zarma), afin de recueillir les items qui semblent difficiles à comprendre. Malgré les 500 réponses enregistrées, notre objectif était d'atteindre un minimum 1000 répondants sauf que la réalité du terrain en a fait autrement. Qu'à cela ne tienne, le nombre de 500 répondants est statistiquement significatif au regard de ce que suggère la méthode de théorie ancrée quantitative qui est l'approche choisie pour cette étude

Conclusion

Cette recherche s'était donnée pour objectif d'étudier les principaux déterminants de l'hésitation vaccinale contre le Covid-19 au Niger. Elle cherchait spécifiquement à identifier parmi les facteurs contextuels, individuels, collectifs et environnementaux, lesquels pourraient expliquer le phénomène de l'hésitation vaccinale contre le Covid-19. L'étude essayait aussi de tester l'applicabilité de la matrice de l'OMS concernant les déterminants de l'hésitation vaccinale en recueillant éventuellement des déterminants n'ayant pas été rapporté. L'étude visait enfin de faciliter la compréhension du phénomène de l'hésitation vaccinale en vue d'une meilleure intervention en santé publique.

La méthodologie, l'approche ainsi que la technique mobilisée ont permis d'aboutir à ces résultats. D'abord, le choix de se faire vacciné est corrélé positivement à certains déterminants contextuels que sont la proximité avec un centre de santé, la confiance institutionnelle, à l'industrie pharmaceutique et la perception de la gravité de la pandémie. Ensuite, le statut vacciné est également corrélé positivement avec certains déterminants individuels que sont la vaccination comme norme sociale, aprioris pour la vaccination, information sur les objectifs de la vaccination, légitimité de la vaccination et avantages perçus. Enfin, le refus de la vaccination quant à lui est très corrélé avec certains déterminants liés au vaccin qui sont la perception des risques spécifiques et les effets indésirables.

En conclusion, cette étude a permis de décrire quelques facteurs qui pourrait éclairer la compréhension du phénomène de l'hésitation vaccinale. Une reprise de cette étude à l'échelle nationale, sur la base d'un échantillonnage représentatif, pourrait fort nous renseigner sur ce phénomène et ses effets sur les interventions en santé publique.

Références bibliographiques

Adamou, M. (2021). *Les nigériens font plus confiance aux prières quaux vaccins pour prévenir la COVID-19*. AFROBAROMETER.

Balinska, M.-A., & Léon, C. (2007). Opinions et réticences face à la vaccination. *La Revue de Médecine Interne*, 28(1), 28-32. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2006.10.327>

Borkman, T. (1976). Experiential Knowledge : A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. *Social Service Review*. <https://doi.org/10.1086/643401>

Charlier, É., Biemar, S., Boucenna, S., Beckers, J., François, N., & Leroy, C. (2020). *Comment soutenir la démarche réflexive ? Outils et grille d'analyse des pratiques*. De Boeck Supérieur.

Daniel, C., Bas-Théron, F., & Durand, N. (2012). L'expertise sanitaire : Un regard fondé sur l'analyse des pratiques. *Santé Publique*, 24(1), 41-47. <https://doi.org/10.3917/spub.121.0041>

Davies, P. (2002). Antivaccination activists on the world wide web. *Archives of Disease in Childhood*, 87(1), 22-25. <https://doi.org/10.1136/adc.87.1.22>

Desclaux, A. (1992). Le « RAP » et les méthodologies d'anthropologie rapide en santé publique. *Cahiers Santé*.

Desclaux, A., Bila, B., Sow, K., Varloteaux, M., & A. Hounghin, R. (2020, novembre). *Les populations d'Afrique sont-elles prêtes à accepter le vaccin anti-Covid-19 ?* [Interview]. <https://theconversation.com/les-populations-dafrique-sont-elles-pretes-a-accepter-le-vaccin-anti-covid-19-149104>

Desclaux, A., Billaud, A., & Sow, K. (2022). *Anthropologie appliquée aux épidémies émergentes* (L'Harmattan).

Desclaux, A., & Touré, A. (2018). Quelle « préparation » aux dimensions sociales des épidémies en Afrique ? Une expérience de formation à Conakry. *Médecine et Santé Tropicales*, 28(1).

Elhaji Dagobi, A. (2020a). Les mesure de prévention de la pandémie du Covid-19 au Niger : L'exemple de la suspension de la fréquentation des mosquées. *Revue de philosophie, littérature et sciences humaines*, 1(Numéro spéciale Covid-19).

Elhaji Dagobi, A. (2020b). La communication gouvernementale dans la gestion de la pandémie de Covid-19 au Niger : Le Dispositif étatique et son fonctionnement. *REVUE AFRICAINE DE PHILOSOPHIE ET DE SCIENCES SOCIALES*, 2(N°011).

Eliot, E. (2015). Représentations sociales et épidémies : Entre espace, savoir et pouvoir. *Sciences sociales et sante*, 33(1), Art. 1.

Essi, M.-J., & Njoya, O. (2013). L'enquête CAP en recherche médicale. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE*, 14(2), Art. 2. <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/183>

Flick, Moscovici, Jodelet, (1992). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales*. https://www.bib-bop.org/base_bib/bib_detail.php?ref=16425&titre=la-perception-quotidienne-de-la-sante-et-de-la-maladie-theories-subjectives-et-representations-sociales

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthode quantitatives et qualitatives* (Chenelière Éducation).

Gagnayre, R., & D'Ivernois, J.-F. (2003). L'éducation thérapeutique : Passerelle vers la promotion de la santé. *Actualité et dossier en santé publique n° 43*. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:hKBaFdZikdwJ:https://ipcem.org/img/articles/gagnjfi.pdf&cd=6&hl=fr&ct=clnk&gl=ne&client=safari>

Gaigne, I. (2017). La réflexivité dans la formation aide-soignante. *Soins Aides-soignantes*, 77, 12-14.

Garrino, L., Gregorino, S., Gargano, A., & Bedin, M.-G. (2010). Les compétences réflexives : Un enjeu majeur dans la formation soignante [Article]. *Perspective soignante*, 84-103.

Giordan, A. (2010). Éducation thérapeutique du patient : Les grands modèles pédagogiques qui les sous-tendent. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 4(3), 305-311. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(10\)70065-1](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(10)70065-1)

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017). *La découverte de la théorie ancrée : Stratégies pour la recherche qualitative* (Armand Colin).

Guerraud, S. (2006). *La pratique réflexive : Un enjeu déterminant pour les professions paramédicales*. Ecole Nationale de Santé Publique de Rennes.

Guerrien, M. (2003a). L'intérêt de l'analyse en composantes principales (ACP) pour la recherche en sciences sociales. *Cahiers des Amériques latines*, 43, Art. 43. <https://doi.org/10.4000/cal.7364>

Guerrien, M. (2003b). L'intérêt de l'analyse en composantes principales (ACP) pour la recherche en sciences sociales. *Cahiers des Amériques latines*, 43, Art. 43. <https://doi.org/10.4000/cal.7364>

Guillaumin, C. (2009). *La réflexivité comme compétence : Enjeu des nouvelles ingénieries de la formation* | Cairn.info. <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/revue-cahiers-de-sociolinguistique-2009-1-page-85.htm>

Haute Autorité de Santé. (2007). *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques

Husson, F., Josse, J., & Lê, S. (2008). FactoMineR : An R Package for Multivariate Analysis. *Journal of Statistical Software*, 25. <https://doi.org/10.18637/jss.v025.i01>

Issa, I. O. (2021). Covid-19 et impacts du confinement sur la population de Niamey (Niger). *European Scientific Journal*, ESJ, 17(27), Art. 27. <https://doi.org/10.19044/esj.2021.v17n27p22>

Jaffré, Y. (2003). Le souci de l'autre : Audit, éthique professionnelle et réflexivité des soignants en Guinée. *Autrepart*, 28(4), 95-110.

Jodelet, D. (2006a). *Place de l'expérience vécue dans les processus de formation des représentations sociales* (p. 235-255).

Jodelet, D. (2006b). *Place de l'expérience vécue dans les processus de formation des représentations sociales* (p. 235-255).

Jodelet, D. (2014). *A propos des jeux et enjeux de savoir dans l'Education Thérapeutique des Patients* (p. 59-76). <https://doi.org/10.17184/eac.797>

Jouet, E., Flora, L. G., & Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. *Pratiques de Formation - Analyses*, 2010(58-59), olivier_lv.

Jouet, E., Vergnas, O. L., & Noël-Hureau, E. (2014). *Nouvelles coopérations réflexives en santé : De l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche*. Archives contemporaines.

Kaddouri, M. (2011). Motifs identitaires des formes d'engagement en formation. *Savoirs*, n° 25(1), 69-86.

Khelifi, H. (2021). *La lexicométrie : Un outil efficient pour l'analyse du discours*. 13.

Koné, A. (2021, juillet). *Le Système des Nations Unies et l'Union Européenne accompagnent le Niger dans la vaccination anti Covid-19. Les chefs d'agence de l'OMS et l'UNICEF ainsi que l'Ambassadeur de l'UE reçoivent leur deuxième dose du vaccin AstraZeneca*. www.afro.who.int/fr/countries/niger

Labbé, C., & Labbé, D. (2013). Lexicométrie : Quels outils pour les sciences humaines et sociales ? *Usages de la lexicométrie en sociologie*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00834039>

Las Vergnas, O., Jouet, E., & Renet, S. (2017, mai). Déploiement de la démocratie sanitaire : Point d'étape et typologie de la prise en considération de la réflexivité collective des malades et autres personnes concernées (Version longue, texte mis à jour en Mars 2018). *85e congrès de l'ACFAS Symposium 517 - Réflexivité collective : quels processus et effets?* <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01964744>

Le Goaster, C. (2012). Introduction - Experts et expertises en santé publique. Diversité des acceptions, multiplicité des enjeux : Comment avancer ? *Santé Publique*, 24(1), 39-40. <https://doi.org/10.3917/spub.121.0039>

Le jeune, C. (2019). Christophe Lejeune, Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Lectures. <https://journals.openedition.org/lectures/17952>

Mattern, C., Rafiringa, S., & Rafanomezantsoa, S. (2022). Bouleversement des pratiques des soignants face à la COVID-19 à Antananarivo, Madagascar. *Les Cahiers de l'OPPEE*, N°2.

Meredith, D., & Sivry, P. (2018). *L'hésitation vaccinale et ses déterminants*. www.exercer.fr/numero/146/page/360/

Messaadi, N. (2017). *Apprentissages en situations informelles et construction de soi : Cas des personnes atteintes de diabète* [These de doctorat, Lille 1]. <https://www.theses.fr/2017LIL12024>

M-F Fortin et J. Gagnon. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche, 3e édition—Livres du préscolaire à l'université* | Chenelière. <https://www.cheneliere.ca/9896-livre-fondements-et-etapes-du-processus-de-recherche-3e-edition.html>

Moumouni, A. (2021, mars). *Les Nigériens font plus confiance aux prières qu'aux vaccins pour prévenir la COVID-19*. Afrobarometr. <https://www.afrobarometer.org/publication/ad434-les-nigeriens-font-plus-confiance-aux-prieres-quaux-vaccins-pour-prevenir-la/>

Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.niewi.2012.01>

Nouaille-Degorce. (2020). L'expertise scientifique au défi de la crise sanitaire. *Les papiers de recherche de l'ENA*. <https://www.ena.fr/A-la-Une/L-expertise-scientifique-au-defi-de-la-crise-sanitaire>

Olivier de Sardan, J.-P., & Vari-Lavoisier, I. (2022). Introduction : Pour une approche comparatiste des modèles voyageurs. *Revue internationale des études du développement*, 248, Art. 248.

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2022). *Vaccins et vaccination*. https://www.who.int/fr/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1

P. Paillé et A. Mucchielli. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales—4e éd.* Armand Colin. <https://www.armand-colin.com/lanalyse-qualitative-en-sciences-humaines-et-sociales-4e-ed-9782200614706>

Parent, A.-A. (2016). Pratique réflexive et organisation communautaire : Le point de vue de professionnels sur la stratégie de soutien au développement des communautés en santé publique. *Approches inductives : travail intellectuel et construction des connaissances*, 3(1), 39-67. Annexe <https://doi.org/10.7202/1035194ar>

Ratinaud, P., & Marchand, P. (2015). Des mondes lexicaux aux représentations sociales. Une première approche des thématiques dans les débats à l'Assemblée nationale (1998-2014). *Mots. Les langages du politique*, 108, Art. 108. <https://doi.org/10.4000/mots.22006>

Reinert, A. (1983). Une méthode de classification descendante hiérarchique : Application à l'analyse lexicale par contexte. *Les cahiers de l'analyse des données*, Dunod, 13.

Reinert, A. (1986). Un logiciel d'analyse lexicale. *Les cahiers de l'analyse des données*, Dunod, 12.

Revillot, J.-M. (2016). *Manuel d'Éducation Thérapeutique du Patient : Modèles, méthodes et pratiques* (Dunod).

Salem, A. (1982). Analyse factorielle et lexicométrie : Synthèse de quelques expériences. *Mots. Les langages du politique*, 4(1), 147-168. <https://doi.org/10.3406/mots.1982.1055>

Sell, K., Saringer-Hamiti, L., Geffert, K., Strahwald, B., Stratil, J. M., & Pfadenhauer, L. M. (2021). Politikberatung durch Expert*innenräte in der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland : Eine Dokumentenanalyse aus Public-Health-Perspektive. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 165, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.06.002>

Soncarrieu, T. (2001). C., Delory Monberger. Les histoires de vie : De l'invention de soi au projet de formation. . Paris : Anthropos. L'orientation scolaire et professionnelle, 30/3, Art. 30/3. <http://journals.openedition.org/osp/5167>

Tabuteau, D. (2010). L'expert et la décision en santé publique. *Les Tribunes de la santé*, 27(2), 33-48. <https://doi.org/10.3917/seve.027.0033>

Thievenaz, J. (2017). L'analyse des activités du patient : Une occasion de réinterroger la notion de travail. Éducation et socialisation. *Les Cahiers du CERFEE*, 44, Art. 44. <https://doi.org/10.4000/edso.2106>

Tourette-Turgis, C. (2013). L'université des patients : Une reconnaissance institutionnelle des savoirs des malades. *Le sujet dans la cite*, N° 4(2), 173-185.

Tourette-Turgis, C., & Pelletier, J.-F. (2014). Expérience de la maladie et reconnaissance de l'activité des malades : Quels enjeux ? *Le sujet dans la cite*, N° 5(2), 20-32.

Vacher, Y. (2015). Construire une pratique réflexive. De Boeck Supérieur.

Valentini, H. (2012). Toutes et tous des experts. *Santé Publique*, 24(1), 3-4. <https://doi.org/10.3917/spub.121.0003>

Vicherat-Stoffel, B. (2017). Le soin de soi : Apprenance et agentivité en santé au mitan de la vie [These de doctorat, Paris 10]. <https://www.theses.fr/2017PA100050>

Wolfe, R. M. (2002). Content and Design Attributes of Antivaccination Web Sites. *JAMA*, 287(24), 3245. <https://doi.org/10.1001/jama.287.24.3245>

XLSTAT by addinsoft. (2021a, octobre 12). *Analyse en Composantes Principales (ACP)*. XLSTAT, Your data analysis solution. <https://www.xlstat.com/fr/solutions/fonctionnalites/analyse-en-composantes-principales-acp>

XLSTAT by addinsoft. (2021b, octobre 12). *Analyse en Composantes Principales (ACP)*. XLSTAT, Your data analysis solution. <https://www.xlstat.com/fr/solutions/fonctionnalites/analyse-en-composantes-principales-acp>

Annexe : Questionnaire

| Données sociodémographiques | |
|---|------------------|
| Genre : | Age : |
| Profession : | Quartier : |
| Niveau d'instruction : | |
| <p>Préciser qu'il est question de la vaccination contre le Covid-19</p> <p>Statut vaccinal ?</p> <p>Vacciné <input type="checkbox"/> Non vacciné <input type="checkbox"/> Pas de réponse <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui vacciné où ?</p> <p>Pourquoi ce lieu ?</p> <p>.....</p> | |

Nous utilisons une échelle de Likert de 1 à 5 (1=valeur minimale à 5=valeur maximale), cochez la case sous la valeur qui correspond à votre réponse pour chacune des modalités des questions posées. 1=Jamais ; 2=Rarement ; 3=Souvent ; 4=Très souvent ; 5=Toujours

| 1. Déterminants contextuels | | Jamais | Rarement | Souvent | Très souvent | Toujours |
|--|---|--------|----------|---------|--------------|----------|
| A quel degré les éléments, situations ou facteurs ci-dessous ont-ils influencé vos choix/décisions ? | | | | | | |
| Communication et contexte médiatique | Expert en santé | | | | | |
| | Discours médiatiques en faveur la vaccination | | | | | |
| | Discours contre la vaccination dans les médias | | | | | |
| | Médias/réseaux sociaux | | | | | |
| Leaders d'opinion et influenceurs | Expert en santé | | | | | |
| | Dirigeants locaux | | | | | |
| | Chefs religieux | | | | | |
| | Chefs coutumiers | | | | | |
| | Parents, familles, proches | | | | | |
| | Célébrités | | | | | |
| Faits et récits historiques | Expériences négatives avec la vaccination/autres questions de santé | | | | | |
| | Expériences positives avec la vaccination/autres questions de santé | | | | | |
| Religion, culture, segmentation socio-économique | Influences et catégorisations sociales | | | | | |
| | <i>Genre déterminant l'autonomie des personnes</i> | | | | | |
| | Choix et décision personnelle | | | | | |
| Politiques et stratégies de vaccination | Stratégie vaccinale plus ou moins dirigistes | | | | | |
| | Mesures de contrainte | | | | | |
| Accessibilité géographique | Proximité des services de santé | | | | | |
| | Éloignement des services de santé | | | | | |
| | <i>Sentiment de n'être pas concerné</i> | | | | | |

| | | | | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| Rapports à l'industrie pharmaceutique | Confiance | | | | | |
| | Défiance | | | | | |
| Rapports aux institutions | Confiance | | | | | |
| | Défiance | | | | | |
| Contexte épidémiologique | <i>Gravité de l'épidémie au plan national</i> | | | | | |
| | <i>Faiblesse de l'épidémie au plan national</i> | | | | | |

| 2. Déterminants individuels et collectifs | | Jamais | Rarement | Souvent | Très souvent | Toujours |
|--|---|--------|----------|---------|--------------|----------|
| A quel degré les éléments, situations ou facteurs ci-dessous ont-ils influencé vos choix/décisions ? | | | | | | |
| Antécédents vaccinaux et expérience personnelle | Antécédents vaccinaux | | | | | |
| | Expérience personnelle | | | | | |
| | Mémoire des maladies épidémiques | | | | | |
| Représentations de la santé, de la maladie et des mesures de prévention alternatives | Croyances et attitudes concernant la santé | | | | | |
| | Croyances et attitudes concernant la prévention | | | | | |
| | Représentations sociales des maladies | | | | | |
| Connaissances et information sur la vaccination | Information sur les objectifs de la vaccination | | | | | |
| | A priori pour la vaccination | | | | | |
| | A priori contre la vaccination | | | | | |
| Rapports au système de santé | Confiance dans le système de soins | | | | | |
| | Confiance dans le personnel | | | | | |
| | Expérience de campagnes de vaccination | | | | | |
| | <i>Expérience d'autres interventions sanitaires</i> | | | | | |
| Perception des risques et avantage de la vaccination | Légitimité de la vaccination | | | | | |
| | Avantages perçus | | | | | |
| | Risques perçus | | | | | |
| Perceptions de la vaccination | Norme sociale | | | | | |
| | Pression sociale à accepter | | | | | |
| | Pression sociale au refus | | | | | |

| 3. Déterminants liés au vaccin et la vaccination | | Jamais | Rarement | Souvent | Très souvent | Toujours |
|--|---|--------|----------|---------|--------------|----------|
| A quel degré les éléments, situations ou facteurs ci-dessous ont-ils influencé vos choix/décisions ? | | | | | | |
| Rapports risques/avantages | Effets indésirables | | | | | |
| | Perceptions de risques spécifiques à un vaccin | | | | | |
| Innovation, Réticences ou intérêt | Perceptions et préférences par exemple pour la voie <i>orale plutôt qu'injectable</i> | | | | | |
| Réticences ou intérêt liés au nouveau vaccin | Nouveauté du vaccin | | | | | |
| | Technique de la conception du vaccin (ARN messenger, virus entier désactivé) | | | | | |
| | Innovation technologique liée à la vaccination | | | | | |
| Perception du mode d'administration | Préférence pour la voie orale | | | | | |
| | Préférences pour la voie injectable | | | | | |
| Perception du programme et dispensation | Programme vaccinale compris | | | | | |
| | Programme vaccinale adaptée | | | | | |
| | Programme vaccinale imposé | | | | | |
| Fiabilité de l'origine et de l'approvisionnement des vaccins | Origine du vaccin | | | | | |
| | Conditionnement du vaccin | | | | | |
| | Approvisionnement du vaccin | | | | | |
| Calendrier vaccinal | Perceptions positives du calendrier | | | | | |
| | Perceptions négatives du calendrier | | | | | |
| | Contraintes temporelles | | | | | |
| Coûts | Vaccination gratuite | | | | | |
| | Vaccination payante | | | | | |
| | Autres coûts liés à la vaccination | | | | | |



Investigation N°4



Contribution de l'expertise scientifique et technique dans la gestion de la pandémie du Covid-19 au Niger : une revue après actions

Investigateur principal

Mamane ABDOU OUMAROU

Contributeur

Olivier LAS-VERGNAS

Collaborateurs

Balkissa IBRAHIM HAROUNA, Assoumane CHEFOU ABOUKA

Financement

Projet REPAIR, subside Ministère Français des Affaires Étrangère

Période

Septembre à Octobre 2022

Résumé

Dans le contexte de la gestion de la crise sanitaire liée à la pandémie du Covid-19, les autorités politiques des différents pays ont été confrontées aux difficultés majeures de prendre des décisions rapides et adaptées en recourant aux experts de divers domaines. À l'instar des autres pays, le Niger avait mis en place un comité technique de gestion de la réponse à la pandémie, composé de plusieurs instances stratégiques et opérationnelles. Cette recherche s'est donnée pour objectif de comprendre les rôles joués par les experts dans le cadre de gestion cette pandémie au Niger.

Il s'agit d'une enquête qualitative par entretien mobilisant l'approche compréhensive qui s'inscrit dans une démarche inductive de type théorie ancrée. Suivant un choix raisonné, une douzaine d'experts, de catégories

professionnelles et spécialités différentes, ayant intervenu dans la gestion de la crise de la pandémie du Covid-19 a été identifiée et interviewée au moyen d'entretiens semi-directifs.

Le thème central est celui de la contribution de l'expertise scientifique et technique dans la gestion de la pandémie du Covid-19. Les sous-thèmes abordent les besoins et recours aux experts dans le cadre de la gestion de la crise du covid ; organisation et fonctionnement des instances expertes : objets, typologies et spécificités des expertises ; natures des contributions et des avis des experts ; déficits des ressources, difficultés organisationnelles et populationnelles ; contributions, expertises et appuis des partenaires (OMS, UNICEF, OCHA) et enseignements tirés de la gestion de crise et perspectives.

En somme, cette pandémie a mis en lumière l'existence anonyme et la diversité des expertises scientifiques et techniques locales. Elle a surtout rendu nécessaire le recours à l'expertise dans la réponse aux urgences sanitaires qui peut servir de modèle dans d'autres situations.

Mots-clés : expert, expertise, Covid-19, rôle, contribution

Introduction

Dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire liée à la pandémie du Covid-19, les autorités politiques des différents pays ont été confrontées aux difficultés de prendre des décisions rapides et adaptées afin de faire face à l'urgence sanitaire (Sell et al., 2021). Ces décisions devant être appuyées par des preuves scientifiques probantes, les premiers décideurs se sont tournés vers des experts, de divers domaines et notamment ceux de la santé, pour être accompagner dans la recherche des solutions de prévention et de contrôle de la pandémie.

Des années auparavant, des auteurs se sont penchés sur la question de la définition de l'expertise et l'organisation de sa production, le rôle et la place des experts en santé, la structuration et les fonctions de l'expertise, la qualité et la légitimité de l'expertise publique (Daniel et al., 2012 ; Le Goaster, 2012 ; Valentini, 2012). De ce fait, l'expertise a toujours tenu une place singulière dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé. Elle a, de plus, connu de nouveaux développements au cours de deux dernières décennies (Tabuteau, 2010). Une fois de plus, avec la crise du Covid-19, de nombreux de pays ont senti la nécessité de créer des comités d'experts au sein desquels sont réunis des spécialistes venant de plusieurs disciplines (Sell et al., 2021).

Composés majoritairement de scientifiques et de médecins, ces comités d'experts étaient chargés de conseiller les gouvernements des pays sur les questions telles que la détection de cas, la riposte et la prise en charge. De manière générale, ces experts peuvent être regroupés en trois catégories : chercheurs, professionnels de santé publique et professionnels de la santé. Leurs rôles, les périmètres de leurs missions, les modalités de leurs

interventions, la matière à expertiser, le processus décisionnel sont autant d'objets à analyser dans ce recours des États aux experts.

Ainsi, la crise sanitaire liée à la pandémie du coronavirus a-t-elle été marquée par un retour au premier plan de la figure de l'expert scientifique. L'expertise a joué, dans un contexte de forte incertitude et face à la contrainte de l'urgence, un rôle d'éclairage de la décision publique, mais également de légitimation pour les décideurs (Nouaille-Degorce, 2020). En a-t-il été de même partout ailleurs ? Le Niger ne va pas déroger à la règle en mettant en place, bien avant la détection des premiers cas du Covid-19 sur son territoire, un comité technique de gestion de la réponse à la pandémie du coronavirus³, composé de plusieurs instances stratégiques et opérationnelles.

Dans ce contexte, cette recherche s'est donnée pour objectif de comprendre les rôles joués par les experts dans le cadre de la gestion de la pandémie du Covid-19 au Niger. Plus spécifiquement, elle cherche à décrire le rôle des experts dans le dispositif de gestion de la crise ; analyser la nature des actions, conseils et orientations donnés par les experts ; décrire comment les experts ont-ils aidé à la compréhension, la prise en soins et l'adhésion des populations aux mesures de prévention ; comprendre le niveau d'influence des experts dans la prise de décision des autorités ; documenter les leçons apprises de la gestion de la crise à travers les points de vue de ces experts.

Méthodologie

Il s'agit d'une enquête qualitative par entretien mobilisant une approche compréhensive et s'inscrit dans une démarche inductive de type théorie ancrée (Glaser & Strauss, 2017). Suivant un choix raisonné, une douzaine d'experts, de catégories professionnelles et spécialités différentes, ayant intervenu dans la gestion de la crise de la pandémie du Covid-19, a été identifiée et interviewée au moyen d'entretiens semi-directifs. Pour cela, un guide d'entretien a été élaboré pour la collecte de données qui s'est déroulé courant septembre et octobre 2022.

3. Arrêté N°034 MSP/Cab du 24 Janvier 2020

La sélection de la première catégorie d'experts (N=7) a été faite à partir de la liste nominative des membres des commissions techniques et du groupe d'experts du Ministère de la santé publique⁴. Une seconde catégorie d'experts (N=5), membre d'institutions nationales et d'agences partenaires ont complété la première liste. Les données recueillies ont été analysées aux moyens des méthodes d'analyse thématique (P. Paillé et A. Mucchielli, 2016) et lexicométrique (Salem, 1982 ; Reinert, 1983, 1986 ; Labbé & Labbé, 2013 ; Ratinaud & Marchand, 2015 ; Khelifi, 2021).

Résultats

Analyse thématique

Le thème principal qui fédère les sous-thèmes concerne la contribution de l'expertise scientifique et technique dans la gestion de la pandémie du Covid-19. En effet, un ensemble de sous-thèmes (développés dans les paragraphes qui suivent), ayant émergés des analyses, permettent de caractériser la diversité des figures d'experts, leurs rôles, la place de leurs expertises ainsi que leurs contributions dans la gestion de la crise du Covid-19 au Niger. La schématisation suivante présente l'ensemble des thèmes et sous thèmes.



Figure 1 : représentation de l'arbre thématique

4. Ibid

Nous développons ces principaux thèmes et sous thèmes dans les paragraphes qui suivent.

Des besoins et recours aux experts dans le cadre de la gestion de la crise du Covid

A l'aube de la pandémie du Covid-19, dès janvier 2020 (soit deux mois avant l'apparition du premier cas de covid sur le territoire national), le gouvernement du Niger a mis en place le dispositif national de réponse à la future crise sanitaire qui s'annonçait. Très tôt, les autorités ont mis en place, sous l'égide du Ministère de la Santé Publique (MSP) et du bureau pays de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un plan de préparation et de réponse au nouveau Coronavirus. Il faut dire au passage que le financement de ce plan avait, selon plusieurs analystes (Elhaji Dagobi, 2020b), posé beaucoup de problème. En plus de cela, le gouvernement, à travers notamment le comité de coordination, s'est aussi doté d'un comité technique de gestion de la réponse à la pandémie du coronavirus dont nous verrons plus loin l'organisation et la composition en plusieurs instances. Ainsi, pour animer ces organes de coordination et d'opérationnalisation, des acteurs, essentiellement issus des appareils publics de l'État, ont été sollicités et/ou mobilisés pour répondre à l'appel du gouvernement.

La gestion de cette urgence sanitaire a imposé la mobilisation des expertises nationales. La nécessité de recourir ou de faire appel aux expertises scientifiques locales a permis à la fois de mieux adapter les réponses à la crise et valoriser en même temps les scientifiques nationaux. L'appel à l'expertise nationale raisonne aussi comme pour signifier à l'opinion nationale la capacité de l'État à trouver des réponses adaptées au contexte national à travers l'expertise locale. La constitution et la mobilisation de groupes d'experts (de divers domaines scientifiques et techniques), y compris non nationaux, vient combler un besoin dont le politique ne saurait seul y répondre. En effet, les décisions politiques, pour une fois (du moins ce qui semble perceptible pour tout observateur de la vie

sociopolitique nigérienne) doivent en amont être éclairées par les conseils avisés des scientifiques, des spécialistes, des experts tout simplement. Il est donc fait recours à l'expertise scientifique et technique, pour une fois non pas par mimétisme, par copier-coller de ce qui se fait dans les pays occidentaux, mais du fait d'un besoin réel car la réponse aux problèmes que cause la crise du nouveau Coronavirus nécessite l'existence d'un outil d'aide à la décision que sont les groupes d'experts. Dans un contexte de nécessité d'avoir des évidences scientifiques, il est alors attendu des experts de donner des avis techniques qui vont sans doute être force de proposition dans les choix et les orientations politiques. Comme annoncé, se munir de la science, en faisant appel aux experts issus de divers domaines, sera pour les décideurs publics cette « arme ultime » sans laquelle la bataille contre le nouveau Coronavirus ne pourrait être remportée.

Diversité des profils et pluralités des expertises

Bon nombre d'experts mobilisés dans le cadre de la gestion de la crise du covid avaient été désignés d'office et/ou sur proposition de leurs congénères (désignation institutionnelle, rôle sur proposition). Selon certains d'entre eux, les experts constituent le noyau décisionnel du gouvernement en plus d'être un outil d'aide à la décision. Pour le groupe d'experts, ils sont en quelque sorte comme l'équivalent d'un conseil scientifique qui doit assurer un rôle de conseil, de guidance et d'éveil à l'endroit du gouvernement.

Au-delà de cette perception du rôle, plusieurs profils coexistent dans ces groupes d'experts. Il s'agit entre autres de : chargé des urgences santé, épidémiologiste, juriste, médecin, spécialiste en santé publique, vétérinaire, socio-anthropologue, spécialiste des questions sociales, mathématicien-modéliste, pharmacien, chirurgien, biologiste moléculaire pour ne citer que ceux-là. Malgré cette diversité de profils, on peut cependant constater l'absence de spécialiste des questions économiques ne serait-ce que pour les études d'impacts (prospective, rétrospective, prévisionnelle) de la crise ou des mesures de lutte sur la population, le système de santé ou

sur l'économie en générale. De même, la présence d'un psychologue (social, clinique) dans le groupe aurait pu apporter une valeur ajoutée aux discussions et décisions à prendre dès lors qu'il est question d'analyser les comportements individuels et collectifs, la réaction sociale dans un contexte de crise.

Toutefois, il faut, remarquer que les opinions de l'ensemble des acteurs (que sont les experts mobilisés) convergent vers un satisfecit collectif quant à leurs disponibilités suite à l'appel du gouvernement, leurs investissements en temps et en personne et la qualité des expertises dont ont fait preuve dans le cadre de la gestion de la crise du Covid-19.

Pour une fois la transposition du modèle voyageur (Olivier de Sardan & Vari-Lavoisier, 2022) comme solution à une situation de crise n'a pas été la règle. Mieux, l'expertise locale mobilisée à cette fin a répondu aux attentes des politiques en tenant compte des facteurs contextuels. Sauf qu'une bonne partie des mesures de contrôle de la pandémie, telles que la fermeture des mosquées, le couvre-feu, l'isolement sanitaire de la ville de Niamey, n'a pas obtenu l'adhésion de la population (Elhaji Dagobi, 2020a ; Issa, 2021). La mise en place de ces mesures, quand bien même décriées par beaucoup de personnes, a nécessité une organisation en plusieurs instances.

Organisation et fonctionnement des instances expertes

Aux premières heures de la pandémie du coronavirus au Niger, avant même le tout premier cas détecté le 19 mars 2020 et la fermeture des frontières aériennes, le gouvernement a mis en place le comité technique de gestion de la réponse à la pandémie du coronavirus Covid-19 (Arrêté N°034 MSP/Cab du 24 janvier 2020). Ce mécanisme est organisé en plusieurs instances stratégiques et tactiques. Il s'agit au plan politique du comité interministériel de lutte contre la pandémie du coronavirus présidé par le Premier Ministre, qui reçoit l'appui d'un comité consultatif et d'un groupe d'experts, et au plan opérationnel du comité de coordination présidé par le Secrétaire Général du MSP appuyé par plusieurs commissions

techniques (Arrêté N°054/PM du 25 mars 2020). Ce dispositif reçoit l'appui-conseil, de plusieurs partenaires comme l'OMS, l'UNICEF, l'OCHA à travers une cellule de crise créée à cet effet. Cette cellule donnera naissance au comité technique de gestion de la réponse à la pandémie. Le comité émane du mécanisme de coordination dite multisectorielle déjà mise en place au Niger pour faire face aux catastrophes et aux multiples urgences auxquelles le pays est confronté. Cette organisation est représentée dans la figure suivante.

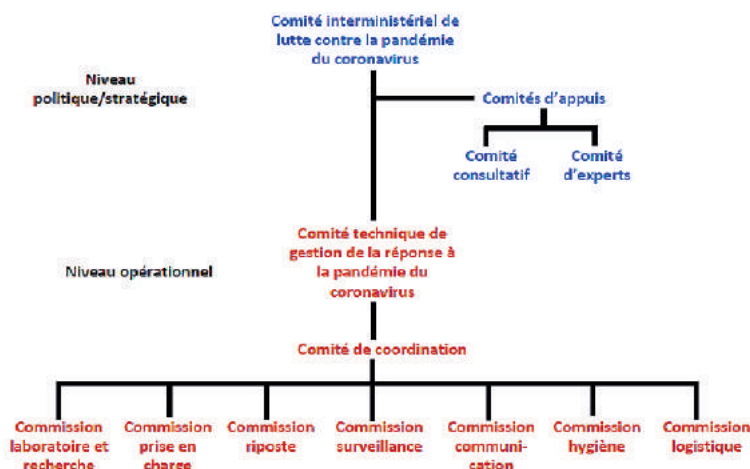


Figure 2 : présentation hiérarchique descendante des instances composant le dispositif national de lutte contre la pandémie

Les missions et les organisations des différentes instances ont été définies lors de leurs créations. Le comité interministériel émet des recommandations sur la stratégie de la gestion de lutte contre le covid-19 ; la vaccination de la population (avec la mise à disponibilité des vaccins grâce au dispositif COVAX et d'autres appuis bilatéraux) ; la gestion des frontières aériennes et la réouverture des frontières terrestres ; les mesures d'accompagnement face aux effets collatéraux des mesures gouvernementales, face à la maladie, etc. le pèlerinage à la Mecque ; les recommandations au gouvernement.

Quant au groupe d'experts, composé majoritairement de personnalités scientifiques et des responsables de plusieurs institutions sanitaires et de recherches biologiques, il a pour rôle d'orienter les prises de décisions au niveau politique mais aussi de donner son avis sur les différentes propositions de prévention et de prise en charge de la maladie dans tout le pays. Mais à notre sens les experts mobilisés dans le cadre de cette crise vont au-delà du groupe d'experts. On les retrouve aussi dans le comité technique de gestion. Cette multiplicité d'instances et d'acteurs va nécessiter la mise en place d'une parfaite coordination.

La coordination des activités se déroule dans un climat de parfaite collaboration avec un rythme régulier et des interactions fortes au début de la crise puis moins régulière et intermittente vers la fin de la pandémie. Le mode des échanges officiels est le passage des commissions devant le groupe d'experts et le comité de coordination ou dans certains cas les présidents de ces instances du niveau opérationnel sont invités à présenter devant le comité interministériel pour recueillir leur avis. Il faut noter que des interactions intra commissions, des réunions régulières, chaque groupe à son rythme, sont organisées pour la mise à niveau des informations recueillies du terrain et la formulation des propositions. De ce fait, le briefing et débriefing quotidiens sont inconditionnellement devenus des outils d'animation.

Une réorganisation du travail notamment des commissions de surveillance, de laboratoire et recherche, de la prise en charge (dispositifs de surveillance, protocole de dépistage, de prise en charge) a été imminemment nécessaire pour apporter une meilleure réponse aux problèmes. Des mécanismes de coordination des opérations et des processus ont été définis, des revues et des monitorings sont assurés régulièrement par les premiers responsables de ces instances. Le fonctionnement et la régulation interne de même que la prise de décision sont fait de façon collégiale et surtout basés sur les évidences scientifiques et les avis des experts en la matière.

Objets, typologies et spécificités des expertises

Les contenus des expertises sont tout autant divers et variés qu'il n'y a d'experts. En effet, à la diversité de matières ou objets à expertiser s'ajoute la diversité de profils d'experts qui présuppose une diversité d'analyses et d'angles de vue. Un premier niveau est l'expertise de la coordination des opérations de surveillance, de riposte, du dépistage et prise en charge. Dans chacun de ces pôles opérationnels se déploient des activités spécialisées et spécifiques à chaque domaine donc une expertise propre. Par exemple dans le cadre de la coordination de la surveillance, la disponibilité d'un protocole de surveillance est cruciale car cela permet de mener à bien la surveillance journalière ainsi que la mise à jour régulière des cas suspects et confirmés ainsi que les cas contacts. Le premier travail pour ces commissions a été donc de définir des protocoles propres à leurs domaines.

A la suite de cela, le deuxième niveau de l'expertise a concerné la prise en compte de la démarche intégrée One Health, transversale aux différentes instances, couplée au développement d'un système de gestion de l'information. Dans le cadre de la coordination de la riposte, des activités spécifiques de définition précise des cas, de gestion des alertes, de conseils et de prise en charge des urgences ont été menées. Pour sa part la coordination de la prise en charge s'est déroulée au sein de l'Hôpital Général des Références, l'unique centre de prise en charge des cas (aux premières heures de la pandémie), pour laquelle un ensemble de formations, spécifiques comme par exemple la gestion du stress, a été donné. La coordination du dépistage a été assurée par le CERMES. Des activités autour de la définition d'une stratégie cohérente, de la pratique du test nasal, de surveillance des variants, de recherche opérationnelle ont pu être menées. Puis un centre de dépistage pour les voyageurs a été aménagé suite à l'ouverture des frontières.

Natures des contributions et des avis des experts

Une des premières contributions du groupe d'experts a porté sur les conseils et les orientations données au sein des différentes commissions et des équipes. La nature des conseils concerne entre autres : l'accompagnement dans la gestion du premier cas, la prise en compte de la dimension socio-anthropologique, les avis sur les mesures de contraintes, la mise en place de l'état urgence sanitaire, la dotation d'un plan de préparation et de réponse, le calcul du R0 et la transposition du modèle d'éradication de la poliomyélite pour ne citer que ceux-là.

La deuxième contribution concerne la prise en charge thérapeutique des cas symptomatiques. Il s'agit en ce moment de mener des vérifications sur les médicaments reçus (car suite à l'appel à l'aide du gouvernement, plusieurs dons en médicaments avaient été reçus), de se prononcer sur l'utilisation de la chloroquine (hydroxychloroquine notamment dont l'efficacité thérapeutique avait été démontré) même si cet avis du groupe d'expert est contraire aux recommandations de l'OMS, de l'applicabilité de certaines normes et directives formulées par l'OMS. Il y a aussi la question d'intégration de la prise en charge psychologique des cas.

La troisième catégorie de contribution concerne la décentralisation de la riposte. En effet, suite à la recommandation du test en milieu communautaire, un déploiement en région des équipes a été opéré afin de pouvoir procéder à la détection de cas. Effectivement cette solution a permis de réaliser le dépistage dans les localités (Zinder, Maradi, Tahoua) et de soulager la charge de travail du CERMES à travers cette stratégie de déconcentration.

La quatrième catégorie de contribution est en lien avec la gestion de l'infodémie un phénomène qui a atteint son paroxysme particulièrement avec cette crise sanitaire du Covid-19. En effet, la circulation rapide d'informations vraies et fausses, grâce à la démocratisation des outils de technologie de l'information et de la communication, a créé de la saturation

d'information et de la confusion chez la population. Cette situation n'améliore pas les campagnes médiatiques d'information et de sensibilisation orchestrées par le gouvernement. Le gouvernement participe sans le vouloir à cette cacophonie d'information qui ne l'arrange en rien. C'est pourquoi un appui a été apporté par le groupe consultatif à la commission communication à travers des actions de sensibilisation (passage sur des médias radio et télé, temps d'échanges en direct avec les auditeurs). Aussi, la nécessité d'un dispositif s'est fait sentir suite à la décision d'une communication régulière sur l'évolution de la maladie. Ainsi, un bulletin quotidien est lu sur les ondes des médias publics notamment aux heures de grandes audiences.

Déficits des ressources, difficultés organisationnelles et populationnelles

Malgré le plan de préparation dont plus de la majorité des ressources sont attendues des partenaires (Elhaji Dagobi, 2020b), l'appel à l'aide du gouvernement a sonné au moment où les premiers cas ont été enregistrés. En effet, des déficits importants de ressources matérielles et financières ont été signalés aux autorités. Il s'agit entre autres de la pénurie d'intrants (réactifs de laboratoire, médicaments, équipements de protection) et de matériels (nombre de place en réanimation). A l'insuffisance du budget des établissements de prises en charge et de dépistages s'ajoute l'absence de contribution financières directe du gouvernement que d'aucun qualifie d'opacité en termes de ressources financières de l'État. Cette situation cristallise la crise et ne permet pas d'améliorer la situation. Certes beaucoup de pays, même développés, avaient souffert des effets de la crise de la pandémie (saturation des hôpitaux, pénurie d'intrant, perte de revue suite aux confinements) mais le contexte et l'évolution épidémiologique n'étaient pas comparables à ce qu'a connu l'Afrique subsaharienne. Et pourtant le début a été très difficile aux dires des experts.

Aux déficits de ressources il faut ajouter des difficultés organisationnelles. Il s'agit pour l'essentiel d'abord de l'absence d'une définition des priorités nationales (ceci contraste avec l'existence du plan de préparation en

amont de la crise). Contrairement au climat de parfaite collaboration discuté plus haut, il est quelquefois fait mention de difficulté à se mettre d'accord sur certains points ou de l'absence de lien direct avec le comité d'experts et d'interaction avec la population. Pour d'autres acteurs, l'absence d'une stratégie de dépistage définie, les difficultés d'approvisionnement, de rationnement des ressources, la question du vaccin ou la prise en charge des personnalités ont été des obstacles avec lesquels ils ont composé. A cela s'ajoute une absence d'expertise extérieure, de la solidarité internationale même si l'aide internationale est arrivée après la première vague de la pandémie. Enfin, l'absence de structure dédiée à la gestion des fonds de recherche et stratégie de communication.

D'autres obstacles, non des moindres, du point de vue de la population ont été relevés. Le déni de la maladie a été un facteur déterminant qui a joué sur la non acceptabilité de la communauté. Certaines mesures de contrôle de la maladie (distanciation sociale, couvre-feu, isolement sanitaire, fermeture des mosquées) ont été perçues comme très contraignantes par la population. L'infodémie, notamment les fakes news ont trouvé le substrat ayant favorisé le rejet des mesures de protection puis la vaccination et la banalisation de la maladie. Pour les experts cette problématique est aussi tributaire au fait que la population est majoritairement analphabète. De plus, les effets de certaines croyances religieuses (ignorance et mauvaise interprétation de la religion) renforcent la résistance dans l'application des mesures et donc les difficultés d'application du confinement. La propagande contre les mesures sécuritaires, les mesures coercitives, certaines maladroites du gouvernement, l'infodémie et bien d'autres facteurs ont joué sur les représentations du Covid-19.

Contributions, expertises et appuis des partenaires (OMS, UNICEF, OCHA)

Suite à l'appel à l'aide lancé par le gouvernement, des partenaires institutionnels se sont mobilisés pour apporter leurs soutiens matériels, financiers et aussi leurs expertises dans la gestion de l'urgence sanitaire.

Trois institutions ont été interrogées parmi tant d'autres. Leurs contributions concernent d'abord leurs expertises particulières dans la gestion des crises sanitaires et humanitaires. En effet, ces organismes sont spécialisés sur des questions de santé, la coordination des opérations humanitaires ou sur les questions d'assistance aux enfants et aux groupes vulnérables. Leurs expertises sont spécifiques à la gestion des urgences de santé, la gestion des incidents et la coordination humanitaire. De prime abord, il est question de travailler sur l'organisation en interne de la réponse en recommandant l'élaboration d'un protocole répondant au contexte national et validé par le bureau pays de l'OMS. La mise en place d'un protocole de surveillance et la création d'une plateforme d'information ont reçu l'adhésion du gouvernement. Une autre activité non des moindres a été l'identification et la fourniture d'équipements et de matériels techniques qui font fortement défaut au pays.

Les partenaires ont poursuivi leurs soutiens à travers des appuis opérationnels et financiers par exemple par la mobilisation de l'expertise interne, la mobilisation des missions diplomatiques, la mobilisation des fonds, des missions techniques, la formation des équipes terrain pour ne citer que cela. On note une contribution importante de ces agences onusiennes qui a sans doute permis de stabiliser et contrôler la crise. Ainsi, les données épidémiologiques (faible prévalence, faible incidence) montrent une situation relativement stable jusqu'à la sortie de la crise.

Enseignements tirés de la gestion de crise et perspectives

On note plusieurs leçons apprises tant sur l'application difficile des mesures de contrôle par la population que sur le recours aux experts et la prise en compte de leurs conseils. Malgré des questionnements en suspens (par exemple qu'est-ce qui explique la faible létalité du Covid-19 dans certaines régions africaines, les erreurs des modèles prédictifs), d'importants enseignements sont tirés. Il s'agit entre autres de la mobilisation des ressources humaines nationales (déploiement, réquisition, affectation), aux nouvelles approches de la riposte en passant par

l'engagement volontaire, le management des équipes, l'appui constant du comité technique aux différentes commissions. L'une des valeurs ajoutées de ces expertises collectives est qu'elles ont été force de proposition et disponibles en temps opportun pour répondre à l'appel du gouvernement. Cette expérience doit être capitalisée selon un bon nombre d'acteurs interrogés qui ne manquent pas d'exprimer leurs aspirations futures et les opportunités à saisir à partir de cette crise. C'est en effet l'occasion pour créer un « centre de recherche digne de ce nom » à même de répondre aux enjeux futurs.

Les succès et les réussites de cette gestion peuvent en partie découler des expériences antérieures de gestions des épidémies (choléra, méningite, Fièvre de la Vallée du Rift) qui ont permis la mise en place d'un dispositif national One Health (ex conseil national de gestion des épidémies). Même si plusieurs critiques ont été portées concernant le plan de préparation et de réponse au nouveau coronavirus, selon certains experts, l'efficacité de la réponse a été démontrée dans cette expérience inédite. Pour plusieurs d'entre eux, l'anticipation des décideurs, la réactivité rapide du système de santé, le leadership gouvernemental, la complémentarité des expertises sont autant de facteurs qui ont fait le succès de cette gestion qui a d'ailleurs été citée en exemple au plan international. Cette reconnaissance internationale a favorisé une prise de conscience sur les capacités internes et l'expertise propre au pays en matière de réponse aux crises sanitaires. Toutefois, d'importants défis restent à être relevés. En effet, cette première expérience seule ne suffit pas. Il faut aller plus en profondeur en prenant des mesures comme le renforcement et le développement de l'expertise locale, la valorisation des ressources intellectuelles, la réforme des hôpitaux et des centres de recherche. A cela s'ajoute l'indépendance de l'État vis-à-vis des partenaires extérieurs et des industries pharmaceutiques. Ces suggestions pourront peut-être apporter une amélioration à l'instant présent et aux situations à venir.

Analyse lexicométrique

Les résultats des analyses lexicométrique montrent ainsi six classes de mots caractéristiques des principales thématiques abordées dans le corpus des entretiens. Il s'agit de : Panique collective face à la réalité de la maladie (classe 1), Expertise technique des partenaires (classe 2), Gestion du dépistage et la surveillance (classe 3), Coordination de la réponse (classe 4), Organisation et fonctionnement des groupes d'experts (classe 5) et Variété des expertises disciplinaires (classe 6). Le test Chi2 réalisé à partir de la variable « catégorie d'expert » a permis de faire la répartition des classes des mots par catégorie d'expert. La figure qui suit présente les différentes classes et catégories

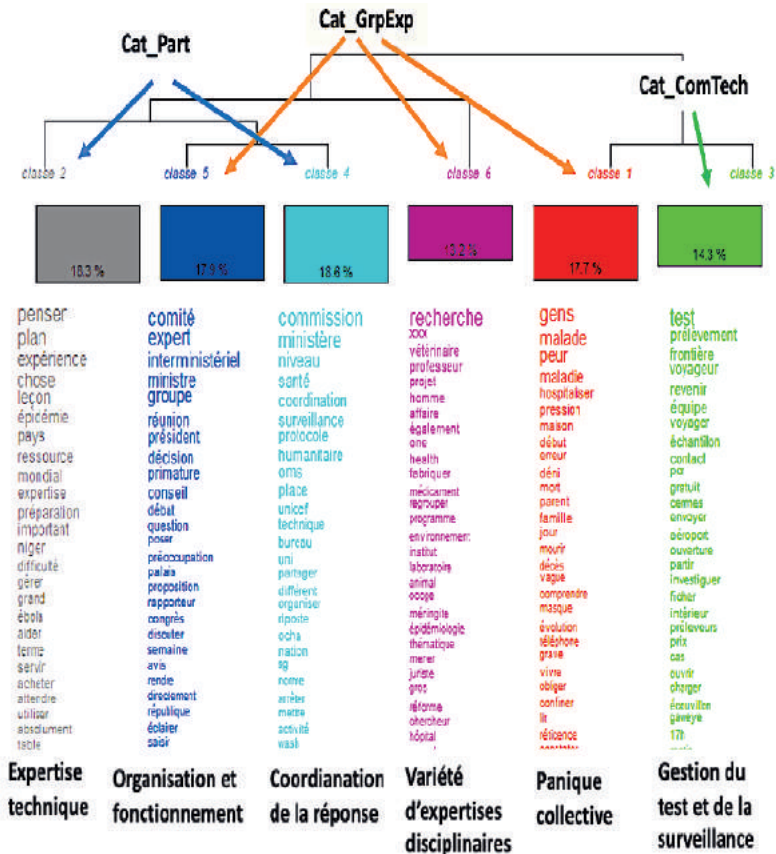


Figure 3 : classes des mots issues des discours des experts et leurs répartitions part catégorie d'experts

Discussions

Cette recherche nous renseigne sur les expertises plurielles et les dimensions organisationnelles de la réponse face à la pandémie du Covid-19 au Niger. Elle constitue une revue après action en ce sens où elle documente, du point de vue des experts, cette expérience collective originale de la gestion d'une urgence sanitaire qui a pris le monde par surprise.

Les résultats présentés montrent à la fois une assez grande richesse tant du point de vue de la diversité des expertises mobilisées que de leurs contributions ainsi que celui de la disponibilité de ces derniers. Ainsi, remarquons-nous quelques points de convergence dans les discours des experts toutes catégories confondues. Une première convergence est le satisfecit que manifestent toutes les catégories d'acteurs experts, scientifiques comme techniques, du secteur public comme du système des nations unies, quant à leur participation élément clé dans le dispositif de réponse à la crise.

Deuxièmement, tous les experts sont unanimes sur le rôle important et crucial qu'ils ont joué dans le cadre de la gestion de cette crise et au-delà leur importance dans toute intervention en santé. Toutefois, on remarque que les acteurs étatiques ont été moins critiques par rapport aux aspects concernant la gestion financière et à la mobilisation des ressources liées à cette crise. On constate aussi que la catégorie experts partenaires dispose d'une expertise clé (du fait peut-être de leur appartenance au système des nations unies) et de grandes expériences apprises sur plusieurs terrains.

Les deux méthodes d'analyse, quoique complémentaire l'une de l'autre, convergent quasiment vers les mêmes thématiques à cette différence que l'analyse thématique (en lecture humaine) n'a pas permis de mettre en évidence le thème de la psychose collective que l'analyse lexicométrique (à l'aide du logiciel Iramuteq) a fait apparaître. Comme limite, cette étude n'a hélas pas pu toucher un plus grand nombre d'experts comme

par exemple ceux de la protection civile ou du Service Médicale d'Urgence et de Réanimation (SAMUR), de par la durée courte de l'étude mais également pour des raisons d'accessibilité à certains membres du groupe d'experts ou des comités.

Conclusion

Cette recherche a été conduite dans l'objectif de comprendre les rôles joués par les experts dans le cadre de gestion de la pandémie du Covid-19 au Niger. Partant des points de vue des experts, l'étude visait spécifiquement de décrire et analyser leurs différents rôles tout en documentant l'expérience de la gestion de cette crise sanitaire. Pour cela, plusieurs experts repartis en trois catégories ont été interviewés pour recueillir leurs expériences dans le dispositif de réponse à cette urgence sanitaire. En plus des experts nationaux, des experts appartenant à des agences et institutions partenaires avaient aussi été impliqués du fait surtout de la spécificité de leurs expertises et leurs rôles clés. Ainsi, les experts ont été le maillon indispensable et nécessaire dans la lutte contre le nouveau coronavirus dont la mobilisation a été opportune. La diversité des profils et les expertises collectives ont sans doute permis de répondre aux inquiétudes et attentes du gouvernement qui a exprimé le besoin de solliciter les experts dès à la première heure de la crise. Plusieurs contributions, difficultés et défis ont été rapportés en plus du satisfécit de l'ensemble des acteurs tant des experts que du gouvernement.

Toutefois, d'autres expertises auraient pu être associées dans ce dispositif eu égard à la complexité et à la dimension plurielle de la crise. Malgré cela, le dispositif de gestion de la crise du Covi-19 a été efficace du point de vue de ces acteurs. Mieux le dispositif a fait école pour certains pays de la sous-région qui n'ont pas manqué de venir s'enquérir de ces succès. Il faut juste s'interroger si les mesures recommandées par les experts scientifiques et techniques et appliquées ont-elles été à la base du contrôle de la pandémie au Niger. En attendant la réponse à cette question, nous pouvons sans doute (par intuition) affirmer que le recours aux experts dans un dispositif institutionnel de gestion des urgences tant à devenir la règle et la grande leçon que nous a apprise la pandémie du Covid-19.

Références bibliographiques

Adamou, M. (2021). *Les nigériens font plus confiance aux prières qu'aux vaccins pour prévenir la COVID-19*. AFROBAROMETER.

Balinska, M.-A., & Léon, C. (2007). Opinions et réticences face à la vaccination. *La Revue de Médecine Interne*, 28(1), 28-32. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2006.10.327>

Borkman, T. (1976). Experiential Knowledge : A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. *Social Service Review*. <https://doi.org/10.1086/643401>

Charlier, É., Biemar, S., Boucenna, S., Beckers, J., François, N., & Leroy, C. (2020). *Comment soutenir la démarche réflexive ? Outils et grille d'analyse des pratiques*. De Boeck Supérieur.

Daniel, C., Bas-Théron, F., & Durand, N. (2012). L'expertise sanitaire : Un regard fondé sur l'analyse des pratiques. *Santé Publique*, 24(1), 41-47. <https://doi.org/10.3917/spub.121.0041>

Davies, P. (2002). Antivaccination activists on the world wide web. *Archives of Disease in Childhood*, 87(1), 22-25. <https://doi.org/10.1136/adc.87.1.22>

Desclaux, A. (1992). Le « RAP » et les méthodologies d'anthropologie rapide en santé publique. *Cahiers Santé*.

Desclaux, A., Bila, B., Sow, K., Varloteaux, M., & A. Hounghin, R. (2020, novembre). *Les populations d'Afrique sont-elles prêtes à accepter le vaccin anti-Covid-19 ?* [Interview]. <https://theconversation.com/les-populations-dafrique-sont-elles-pretres-a-accepter-le-vaccin-anti-covid-19-149104>

Desclaux, A., Billaud, A., & Sow, K. (2022). *Anthropologie appliquée aux épidémies émergentes* (L'Harmattan).

Desclaux, A., & Touré, A. (2018). Quelle « préparation » aux dimensions sociales des épidémies en Afrique ? Une expérience de formation à Conakry. *Médecine et Santé Tropicales*, 28(1).

Elhaji Dagobi, A. (2020a). Les mesure de prévention de la pandémie du Covid-19 au Niger : L'exemple de la suspension de la fréquentation des mosquées. *Revue de philosophie, littérature et sciences humaines*, 1(Numéro spéciale Covid-19).

Elhaji Dagobi, A. (2020b). La communication gouvernementale dans la gestion de la pandémie de Covid-19 au Niger : Le Dispositif étatique et son fonctionnement. *REVUE AFRICAINE DE PHILOSOPHIE ET DE SCIENCES SOCIALES*, 2(N°011).

Eliot, E. (2015). Représentations sociales et épidémies : Entre espace, savoir et pouvoir. *Sciences sociales et sante*, 33(1), Art. 1.

Essi, M.-J., & Njoya, O. (2013). L'enquête CAP en recherche médicale. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE*, 14(2), Art. 2. <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/183>

Flick, Moscovici, Jodelet, (1992). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales*. https://www.bib-bop.org/base_bib/detail.php?ref=16425&titre=la-perception-quotidienne-de-la-sante-et-de-la-maladie-theories-subjectives-et-representations-sociales

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthode quantitatives et qualitatives* (Chenelière Éducation).

Gagnayre, R., & D'Ivernois, J.-F. (2003). L'éducation thérapeutique : Passerelle vers la promotion de la santé. *Actualité et dossier en santé publique n° 43*. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:hKBaFdZikdwJ:https://ipcem.org/img/articles/gagnjfi.pdf&cd=6&hl=fr&ct=clnk&gl=ne&client=safari>

Gaigne, I. (2017). La réflexivité dans la formation aide-soignante. *Soins Aides-soignantes*, 77, 12-14.

Garrino, L., Gregorino, S., Gargano, A., & Bedin, M.-G. (2010). Les compétences réflexives : Un enjeu majeur dans la formation soignante [Article]. *Perspective soignante*, 84-103.

Giordan, A. (2010). Éducation thérapeutique du patient : Les grands modèles pédagogiques qui les sous-tendent. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 4(3), 305-311. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(10\)70065-1](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(10)70065-1)

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017). *La découverte de la théorie ancrée : Stratégies pour la recherche qualitative* (Armand Colin).

Guerraud, S. (2006). *La pratique réflexive : Un enjeu déterminant pour les professions paramédicales*. Ecole Nationale de Santé Publique de Rennes.

Guerrien, M. (2003a). L'intérêt de l'analyse en composantes principales (ACP) pour la recherche en sciences sociales. *Cahiers des Amériques latines*, 43, Art. 43. <https://doi.org/10.4000/cal.7364>

Guerrien, M. (2003b). L'intérêt de l'analyse en composantes principales (ACP) pour la recherche en sciences sociales. *Cahiers des Amériques latines*, 43, Art. 43. <https://doi.org/10.4000/cal.7364>

Guillaumin, C. (2009). *La réflexivité comme compétence : Enjeu des nouvelles ingénieries de la formation* | Cairn.info. <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/revue-cahiers-de-sociolinguistique-2009-1-page-85.htm>

Haute Autorité de Santé. (2007). *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques

Husson, F., Josse, J., & Lê, S. (2008). FactoMineR : An R Package for Multivariate Analysis. *Journal of Statistical Software*, 25. <https://doi.org/10.18637/jss.v025.i01>

Issa, I. O. (2021). Covid-19 et impacts du confinement sur la population de Niamey (Niger). *European Scientific Journal*, ESJ, 17(27), Art. 27. <https://doi.org/10.19044/esj.2021.v17n27p22>

Jaffré, Y. (2003). Le souci de l'autre : Audit, éthique professionnelle et réflexivité des soignants en Guinée. *Autrepart*, 28(4), 95-110.

Jodelet, D. (2006a). *Place de l'expérience vécue dans les processus de formation des représentations sociales* (p. 235-255).

Jodelet, D. (2006b). *Place de l'expérience vécue dans les processus de formation des représentations sociales* (p. 235-255).

Jodelet, D. (2014). *A propos des jeux et enjeux de savoir dans l'Education Thérapeutique des Patients* (p. 59-76). <https://doi.org/10.17184/eac.797>

Jouet, E., Flora, L. G., & Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. *Pratiques de Formation - Analyses*, 2010(58-59), olivier_iv.

Jouet, E., Vergnas, O. L., & Noël-Hureau, E. (2014). *Nouvelles coopérations réflexives en santé : De l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche*. *Archives contemporaines*.

Kaddouri, M. (2011). Motifs identitaires des formes d'engagement en formation. *Savoirs*, n° 25(1), 69-86.

Khelifi, H. (2021). La lexicométrie : Un outil efficient pour l'analyse du discours. 13.

Koné, A. (2021, juillet). Le Système des Nations Unies et l'Union Européenne accompagnent le Niger dans la vaccination anti Covid-19. Les chefs d'agence de l'OMS et l'UNICEF ainsi que l'Ambassadeur de l'UE reçoivent leur deuxième dose du vaccin AstraZeneca. www.afro.who.int/fr/countries/niger

Labbé, C., & Labbé, D. (2013). Lexicométrie : Quels outils pour les sciences humaines et sociales ? Usages de la lexicométrie en sociologie. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00834039>

Las Vergnas, O., Jouet, E., & Renet, S. (2017, mai). Déploiement de la démocratie sanitaire : Point d'étape et typologie de la prise en considération de la réflexivité collective des malades et autres personnes concernées (Version longue, texte mis à jour en Mars 2018). 85e congrès de l'ACFAS Symposium 517 - Réflexivité collective : quels processus et effets? <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01964744>

Le Goaster, C. (2012). Introduction - Experts et expertises en santé publique. Diversité des acceptions, multiplicité des enjeux : Comment avancer ? *Santé Publique*, 24(1), 39-40. <https://doi.org/10.3917/spub.121.0039>

Lejeune, C. (2019). Christophe Lejeune, Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. *Lectures*. <https://journals.openedition.org/lectures/17952>

Mattern, C., Rafiringa, S., & Rafanomezantsoa, S. (2022). Bouleversement des pratiques des soignants face à la COVID-19 à Antananarivo, Madagascar. *Les Cahiers de l'OPPEE*, N°2.

Meredith, D., & Sivry, P. (2018). L'hésitation vaccinale et ses déterminants. www.exercer.fr/numero/146/page/360/

Messaadi, N. (2017). Apprentissages en situations informelles et construction de soi : Cas des personnes atteintes de diabète [These de doctorat, Lille 1]. <https://www.theses.fr/2017LIL12024>

M-F Fortin et J. Gagnon. (2016). Fondements et étapes du processus de recherche, 3e édition—*Livres du préscolaire à l'université* | Chenelière. <https://www.cheneliere.ca/9896-livre-fondements-et-etapes-du-processus-de-recherche-3e-edition.html>

Moumouni, A. (2021, mars). *Les Nigériens font plus confiance aux prières qu'aux vaccins pour prévenir la COVID-19*. Afrobarometr. <https://www.afrobarometer.org/publication/ad434-les-nigériens-font-plus-confiance-aux-prieres-quaux-vaccins-pour-prevenir-la/>

Niewiadomski, C. (2012). Recherche biographique et clinique narrative. *Érès*. <https://doi.org/10.3917/eres.niewi.2012.01>

Nouaille-Degorce. (2020). L'expertise scientifique au défi de la crise sanitaire. *Les papiers de recherche de l'ENA*. <https://www.ena.fr/A-la-Une/L-expertise-scientifique-au-defi-de-la-crise-sanitaire>

Olivier de Sardan, J.-P., & Vari-Lavoisier, I. (2022). Introduction : Pour une approche comparatiste des modèles voyageurs. *Revue internationale des études du développement*, 248, Art. 248.

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2022). *Vaccins et vaccination*.
https://www.who.int/fr/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1

P. Paillé et A. Mucchielli. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*—4e éd. Armand Colin. <https://www.armand-colin.com/lanalyse-qualitative-en-sciences-humaines-et-sociales-4e-ed-9782200614706>

Parent, A.-A. (2016). Pratique réflexive et organisation communautaire : Le point de vue de professionnels sur la stratégie de soutien au développement des communautés en santé publique. *Approches inductives : travail intellectuel et construction des connaissances*, 3(1), 39-67. <https://doi.org/10.7202/1035194ar>

Ratinaud, P., & Marchand, P. (2015). Des mondes lexicaux aux représentations sociales. Une première approche des thématiques dans les débats à l'Assemblée nationale (1998-2014). *Mots. Les langages du politique*, 108, Art. 108. <https://doi.org/10.4000/mots.22006>

Reinert, A. (1983). Une méthode de classification descendante hiérarchique : Application à l'analyse lexicale par contexte. *Les cahiers de l'analyse des données*, Dunod, 13.

Reinert, A. (1986). Un logiciel d'analyse lexicale. *Les cahiers de l'analyse des données*, Dunod, 12.

Revillot, J.-M. (2016). *Manuel d'Éducation Thérapeutique du Patient : Modèles, méthodes et pratiques* (Dunod).

Salem, A. (1982). Analyse factorielle et lexicométrie : Synthèse de quelques expériences. *Mots. Les langages du politique*, 4(1), 147-168. <https://doi.org/10.3406/mots.1982.1055>

Sell, K., Saringer-Hamiti, L., Geffert, K., Strahwald, B., Stratil, J. M., & Pfdenhauer, L. M. (2021). Politikberatung durch Expert*innenräte in der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland : Eine Dokumentenanalyse aus Public-Health-Perspektive. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 165, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.06.002>

Soncarrieu, T. (2001). C., Delory Monberger. Les histoires de vie : De l'invention de soi au projet de formation. . Paris : Anthropos. L'orientation scolaire et professionnelle, 30/3, Art. 30/3. <http://journals.openedition.org/osp/5167>

Tabuteau, D. (2010). L'expert et la décision en santé publique. *Les Tribunes de la santé*, 27(2), 33-48. <https://doi.org/10.3917/seve.027.0033>

Thievenaz, J. (2017). L'analyse des activités du patient : Une occasion de réinterroger la notion de travail. Éducation et socialisation. *Les Cahiers du CERFEE*, 44, Art. 44. <https://doi.org/10.4000/edso.2106>

Tourette-Turgis, C. (2013). L'université des patients : Une reconnaissance institutionnelle des savoirs des malades. *Le sujet dans la cite*, N° 4(2), 173-185.

Tourette-Turgis, C., & Pelletier, J.-F. (2014). Expérience de la maladie et reconnaissance de l'activité des malades : Quels enjeux ? Le sujet dans la cite, N° 5(2), 20-32.

Vacher, Y. (2015). Construire une pratique réflexive. De Boeck Supérieur.

Valentini, H. (2012). Toutes et tous des experts. Santé Publique, 24(1), 3-4. <https://doi.org/10.3917/spub.121.0003>

Vicherat-Stoffel, B. (2017). Le soin de soi : Apprenance et agentivité en santé au mitan de la vie [These de doctorat, Paris 10]. <https://www.theses.fr/2017PA100050>

Wolfe, R. M. (2002). Content and Design Attributes of Antivaccination Web Sites. JAMA, 287(24), 3245. <https://doi.org/10.1001/jama.287.24.3245>

XLSTAT by addinsoft. (2021a, octobre 12). *Analyse en Composantes Principales (ACP)*. XLSTAT, Your data analysis solution. <https://www.xlstat.com/fr/solutions/fonctionnalites/analyse-en-composantes-principales-acp>

XLSTAT by addinsoft. (2021b, octobre 12). *Analyse en Composantes Principales (ACP)*. XLSTAT, Your data analysis solution. <https://www.xlstat.com/fr/solutions/fonctionnalites/analyse-en-composantes-principales-acp>

Annexes

Annexe A : Note d'information

Votre participation à cette étude sur le « Rôle des experts en santé dans la gestion de la pandémie du Covid-19 au Niger » est entièrement volontaire. Si, à n'importe quel moment vous voulez-vous retirer de cette étude, vous êtes libre de le faire. Si vous décidez de ne pas participer ou de vous retirer avant la fin de la discussion, cela n'aura pas de conséquence.

Quels sont les risques que vous encourez si vous participez à cette étude ? : A notre avis, il n'y a pas de risque lié à la participation à cette étude.

Quels sont les bénéfices de la participation à cette étude ?

Votre participation nous permettra de mieux comprendre les rôles des experts en santé dans les actions/interventions de santé publique et notamment dans le cadre de gestion de la crise pandémique du Covid-19 au Niger.

Compensation : Il n'y a aucune compensation au fait que vous consentez à participer à cette étude.

Si vous avez des questions

Si vous avez des doutes ou si vous avez besoin de plus ample clarification, vous pouvez contacter l'investigateur principal :

Mamane ABDYOU OUMAROU

Contact : (+227) 99 96 96 96 96

Email : mamaneabdououmarou@gmail.com

Vos droits en tant que participant

Encore une fois, votre participation est volontaire et je répète que vous êtes libre de changer d'avis à tout moment concernant votre participation ou de refuser de répondre à certaines questions.

Date à laquelle l'information a été délivrée : I _ I _ I / I _ I _ I / I _ I _ I _ I

Par : (nom, prénom, fonction)

Annexe B. Formulaire de Consentement – Participation à un entretien individuel

La notice d'information décrivant le but, les méthodes, les bénéfices et les risques, de la recherche qualitative (enquête par entretiens individuels) sur le “ **Rôle des experts en santé dans la gestion de la pandémie du Covid-19 au Niger** ” m'a été lue et expliquée.

J'ai eu l'opportunité d'avoir des réponses satisfaisantes à toutes les questions sur l'étude.

- J'accepte volontairement d'y participer.
- J'accepte d'être enregistré(e).
- Je n'accepte pas d'être enregistré(e).

Date

Signature **du participant** ou empreinte digitale

Je certifie que la nature et le but, les bénéfices potentiels ainsi que les risques possibles liés à la participation à cette recherche ont été expliqués au participant ci-dessus.

Date

Signature de la **personne ayant recueilli** le consentement

Annexe C : Guide d'entretiens

Expert en santé, rôle, attributs et contributions dans la gestion de la crise du Covid-19

- ◆ Comment avez-vous été désigné membre du comité des experts ?
- ◆ En quoi a consisté votre rôle ?
- ◆ B Dites-nous en substance quels ont été les avis/conseils / recommandations que vous avez émis à l'endroit des décideurs ou de la population.

Place de l'expert en santé dans le dispositif de gestion de la crise

- ◆ Position de l'expert (fonctionnement du comité, interaction entre experts, interaction entre expert et autres comités...)
- ◆ Processus décisionnel (nature, processus, contenus)
- ◆ Niveau d'implication (degrés de participation)
- ◆ Représentation/perception du rôle (compréhension)

Contenu, nature, moment des actions/conseils/orientations donnés par les experts en santé

- ◆ Types de contributions
- ◆ Initiatives/propositions
- ◆ Formes de collaborations avec les décideurs et leurs partenaires
- ◆ Moment de sollicitation

Aide à la compréhension, la prise en soins et à l'adhésion des populations aux mesures de prévention par les experts en santé

- ◆ Compréhension de la pandémie
- ◆ Prévention/prise en soins
- ◆ Adhésion de la population
- ◆ Réaction de la population

Accompagnement des experts dans les prises de décisions des autorités

- ◆ Coopération avec les décideurs dans les prises de décisions
- ◆ Prise en considération des conseils des experts en santé par les décideurs
- ◆ Acceptation/rejet des résultats présentés par les experts
- ◆ Attentes des autorités politiques

Leçons apprises de la gestion de la crise

- ◆ Enseignements retenus
- ◆ Limites/difficultés rencontrées
- ◆ Changements/valeurs ajoutées
- ◆ Avec le recul, quels conseils donneriez-vous aujourd'hui que vous auriez pu/voulu donner au moment de la crise ?

Rôle des experts en santé dans les actions/interventions de santé publique

- ◆ Apports/ contributions

Recours des autorités/décideurs au service des experts en santé

- ◆ Nécessité du recours
- ◆ Nature du besoin
- ◆ Contenus des conseils/contributions
- ◆ Valeurs ajoutées (utilité)
- ◆ Perception du rôle (compréhension)
- ◆ (En gros, comment voyez-vous la figure/personnage de l'expert en santé ?)

Compréhension du rôle de l'expert par la population

- ◆ Expert en santé ? dans le cadre de la gestion du Covid-19 ?
- ◆ Instances de gestion (composantes)
- ◆ Identification de l'expert à travers les médias
- ◆ Rôle/utilité
- ◆ Perception du rôle par la population

Investigation N° 5



Prise en considération de la réflexivité des personnes atteintes de diabète dans le cadre de l'éducation du patient

Investigateur principal

Mamane ABDOU OUMAROU, PhD⁵

Encadrement

Olivier LAS-VERGNAS, PhD⁶, Nassir MESSAADI⁷

Collaboration

URPS/ML Hauts-De-France

Financement

Service de Coopération et d'Action Culturelle de l'Ambassade de France au Niger et Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (CERMES)

Période

Janvier 2020 à Décembre 2022

Résumé

En France comme au Niger, le diabète constitue une préoccupation de santé publique, d'une part par sa prévalence importante et croissante et d'autre part par son impact socioéconomique. D'où l'urgence et la nécessité d'amplifier et d'optimiser les stratégies mises en place pour sa prévention et son contrôle. En plus des progrès thérapeutiques, de nombreuses réponses sont apportées par les médecins, les autorités et les établissements de santé en collaboration avec les usagers que sont les collectifs et les associations de personnes atteintes de diabète. Parmi ces réponses se trouvent les interventions en éducation du patient qui mettent l'accent sur le rôle de la personne malade en tant qu'acteur de sa santé, qu'il faut écouter et dont il faut renforcer le pouvoir d'agir sur ses déterminants de santé.

5. Docteur en sciences de l'éducation de l'Université de Lille, Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (CERMES-Niger) <https://www.theses.fr/s322914>

6. Professeur des universités à l'Université de Lille (Directeur de thèse)

7. Maître des conférences des universités à l'Université de Lille (Co-directeur de thèse)

L'objectif de cette recherche est de contribuer à la compréhension des facteurs influençant l'état de santé des personnes atteintes de diabète sous l'angle de leurs rapports aux savoirs et de leurs réflexivités, en particulier dans le cadre de l'éducation du patient ce dans les territoires de Lille et de Niamey. En réponse à la question de recherche, « *comment la réflexivité des personnes atteintes de diabète est-elle prise en considération dans l'éducation du patient ?* », une méthodologie générale à dominante inductive, de type théorie ancrée et à visée compréhensive, a été mise en place. Puis trois investigations ont été menées à savoir : une étude de littérature scientifique (N=48) et professionnelle (N=10), une enquête qualitative par entretien (N=15) et une enquête par questionnaire (N=197).

Grace à ces dispositifs de recherche, nous sommes à mesure de constater que : d'abord, la réflexivité des personnes atteintes de diabète est bien évoquée dans la littérature à travers certaines de ses dimensions (prise de conscience, prise de décision, autoanalyse, autosurveillance, implication). Ensuite, les personnes atteintes de diabète font preuve d'activités réflexives qui peuvent être mobilisées par les professionnels de santé tant dans le diagnostic médical et éducatif que dans l'évaluation des acquisitions et la définition de leurs projets de vie. Enfin, les professionnels de santé ont une approche de soins en lien avec leurs représentations de la réflexivité des personnes atteintes de diabète. A ce niveau, une première catégorie de professionnels de santé perçoit, dans une logique paternaliste, la réflexivité des malades comme un frein et moins nécessaire dans la prise en charge. Tandis qu'une seconde catégorie de professionnels de santé, qui est dans une logique de coopération, perçoit la réflexivité des malades comme une valeur ajoutée à l'accompagnement médical.

Ces conclusions ont permis de déterminer la place de la réflexivité des personnes atteintes de diabète et caractériser les représentations que les professionnels de santé ont concernant cette dernière dans le cadre l'accompagnement médical. Les professionnels de santé en particulier et le système de santé en général auront tout à gagner à prendre en considération la réflexivité des malades. Cette dernière pourrait permettre par exemple l'amélioration des dispositifs de prise en charge (d'éducation du patient « modèle réflexif ») et au-delà la relation de soins et le partenariat médical.

Mots-clés : rapports aux savoirs, réflexivité, éducation du patient, diabète

Introduction

Aujourd'hui plus que jamais, la recrudescence des maladies chroniques est devenue un enjeu de santé et de société dans tous les pays quel que soit leur niveau de développement économique. Il y a partout urgence de mettre en place des stratégies de lutte à travers des programmes de prévention et de contrôle. Parmi ces affections figure le diabète qui constitue un problème majeur de santé publique d'une part par sa prévalence importante et croissante (selon la Fédération International du Diabète 1 personne sur 11 en 2019) et d'autre part par son impact socioéconomique. En plus des progrès thérapeutiques, de nombreuses réponses sont apportées par les services publics de santé en collaboration avec les usagers que sont les collectifs et les associations des malades. Dans ces réponses, on retrouve des dispositifs de prévention et de prise en charge tels que l'éducation pour la santé, les stratégies thérapeutiques, l'éducation du patient (EP). Ces interventions ont pour but de rendre les personnes malades⁸ actrices de leur santé à qui il faut donner plus de pouvoir d'agir sur leurs déterminants de santé.

De ce fait, les stratégies thérapeutiques, les techniques et approches des soins sont présentées par les recommandations comme devant être de plus en plus orientées pour prendre en considération les dimensions psychosociales, affectives et socioprofessionnelles des personnes malades. Une part importante des travaux, concernant l'éducation et la santé, s'est déployée ces dernières années sur le fait social que constitue la « *construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des malades* ».

8. L'emploi du terme « personne malade » ou « malade » au singulier comme au pluriel est générique. Il renvoie aux personnes atteintes d'une pathologie en l'occurrence le diabète pour cette étude.

Ce fait est attesté d'une part par des textes de lois, des diplômes, et des emplois matérialisant la reconnaissance de ces savoirs d'expériences (cf. la note de synthèse éponyme de Jouet, Flora & Las-Vergnas, 2010). D'autre part, des travaux de recherches confortent cette reconnaissance en s'intéressant à la construction des savoirs expérientiels et la réflexivité des malades (Jouet et al., 2010 ; Tourette-Turgis, 2013 ; Tourette-Turgis & Pelletier, 2014 ; Las Vergnas et al., 2017) à leurs dynamiques identitaires (Kaddouri, 2011 ; Messaadi, 2017) leurs histoires de vie (Niewiadomski, 2012 ; Soncarrieu, 2001) à l'apprenance en santé (Vicherat-Stoffel, 2017) et aux théories subjectives et représentations sociales de la maladie (Flick, Moscovici, Jodelet, 1992). Ces recherches se développent à l'interface des sciences de l'éducation et de la psychosociologie (Jodelet, 2006b, 2014) en se nourrissant de l'idée des savoirs expérientiels dans la lignée des travaux de Borkman (1976).

Cependant, malgré les enjeux de santé et l'évolution du rôle et de la place des personnes malades dans les systèmes de santé, la question de la prise en considération de la réflexivité des malades demeure très peu étudiée et notamment dans l'éducation du patient. Il faut entendre par réflexivité des malades la capacité à réfléchir sur ses actions, de questionner les situations vécues pour en construire du sens (Vacher, 2015 ; Parent, 2016 ; Charlier et al., 2020). La littérature est donc particulièrement plus orientée sur la question de réflexivité des soignants (Jaffré, 2003 ; Guerraud, 2006 ; Guillaumin, C., 2009 ; Garrino et al., 2010 ; Jouet et al., 2014 ; Gaigne, 2017) du fait peut-être des enjeux de professionnalité et d'éthique plus exigeants dans le domaine médical. C'est dans ce contexte que le monde scientifique notamment de la recherche en sciences humaines et sociales se pose la question de la place du « sujet réflexif » en tant qu'acteur de sa santé.

Ainsi, cette recherche vise à comprendre les dimensions réflexives des personnes atteintes de diabète qui entrent en jeu dans l'expérience de la maladie et qui peuvent constituer des facteurs influençant leur état de santé. Elle s'inscrit dans une démarche différentielle entre les territoires

de Lille et Niamey. Pour ce faire, notre question de recherche est ainsi libellée : comment la réflexivité des personnes atteintes de diabète est-elle prise en considération dans l'éducation du patient ?

Méthodologie

Une méthodologie générale à dominante inductive, de type théorie ancrée (Glaser & Strauss, 2017) et à visée compréhensive, a été mobilisée. Pour ce faire, deux investigations ont été conduites en simultané dans la phase exploratoire. Une troisième investigation bénéficiant des résultats issus des deux premières investigations a constitué la phase compréhensive. Chacune des investigations a été menée selon une approche méthodologique et d'outils appropriés.

L'étude de la littérature a été réalisée à travers la méthode PRISMA qui consiste à chercher, à partir des mots clés, des références bibliographiques dans des bases de données. Nous avons suivi une méthode proche de celle de Méto (2020) à travers une démarche spécifique. Elle a concerné à la fois la littérature scientifique (n=48) et littérature professionnelle (n=10) autour de la question de la réflexivité des malades. L'enquête qualitative par entretien a été réalisée par la technique d'entretiens semi-directifs auprès de personnes atteintes de diabète (n=10) puis auprès de professionnels de santé (n=13) sur les terrains d'études que sont Lille et Niamey. L'enquête par questionnaire a concerné uniquement les professionnels de santé sur les deux territoires (n=197) soit Lille (n=73) et Niamey (n=124).

Plusieurs méthodes d'analyses ont été appliquées aux données en fonction de la nature des investigations. L'analyse thématique (P. Paillé et A. Mucchielli, 2016) et lexicométrique (Salem, 1982 ; Reinert, 1983, 1986 ; Labbé & Labbé, 2013 ; Ratinaud & Marchand, 2015 ; Khelifi, 2021) ont été appliquées aux données de la littérature scientifique puis une grille d'analyse spécifique a été élaborée pour l'analyse documentaire qui a concerné la littérature professionnelle.

Pour l'enquête qualitative par entretien deux méthodes d'analyse de contenu ont été mobilisées. Il s'agit de l'analyse par catégories conceptuelles (P. Paillé et A. Mucchielli, 2016 ; Glaser & Strauss, 2017 ; Lejeune, 2019) et de l'analyse lexicométrique (Salem, 1982 ; Reinert, 1983, 1986 ; Labbé & Labbé, 2013 ; Ratinaud & Marchand, 2015 ; Khelifi, 2021).

Pour les données de l'enquête par questionnaire, deux méthodes d'analyse ont été appliquées. Il s'agit de la statistique descriptive en ce qui concerne les données sociodémographiques (variables qualitatives) et de l'Analyses en Composantes principales (ACP) pour les variables quantitatives (Guerrien, 2003b ; XLSTAT by addinsoft, 2021b). Le package FactoMine R du Logiciel R a été utilisé qui est un package dédié à l'analyse exploratoire multivariée des données (Husson et al., 2008).

Résultats des trois investigations

Étude de la littérature

Quand on utilise les mots clés ((reflexivity[Title]) AND ((patient education[Title]) OR (therapeutic education[Title])) AND (diabete*[Title]) aucun article ne sort. Si on élargit avec reflexivity sans préciser aucune localisation on ne tombe que sur un seul article (Harry, Gangnayre, 2013). Élargi à des aspects connexes de la réflexivité (((patient collaboration) OR (patient engagement) OR (patient participation) OR (patient reflexivity) OR (patient involvement)) AND ((patient education[Title]) OR (therapeutic education[Title]))) AND (diabete*[Title])), 32 références apparaissent. La littérature grise a permis de rajouter 16 publications non trouvées sur Pubmed.

En plus du diagramme du processus d'inclusion des textes de la littérature scientifique, nous présentons l'arbre thématique issu de l'analyse thématique.

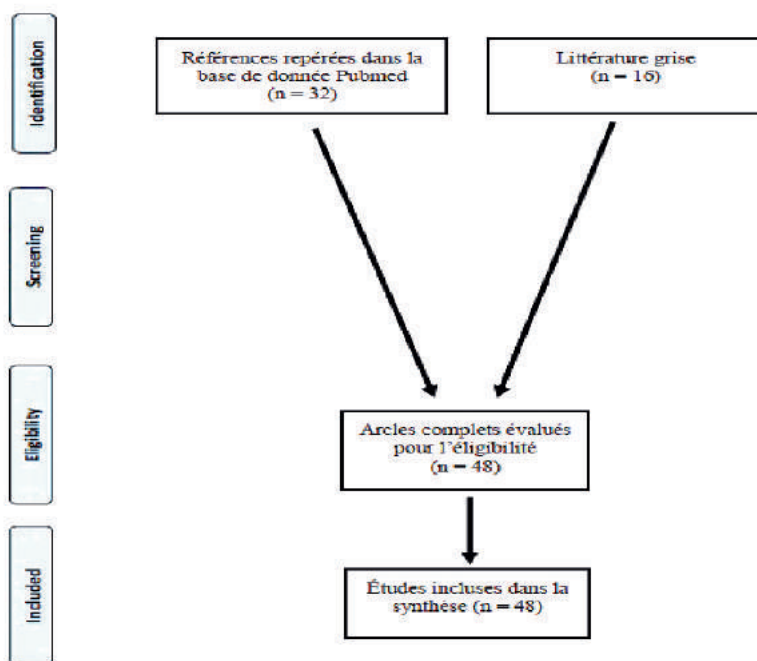


Figure 1 : Diagramme du processus d'inclusion des articles

Les références, repérées dans Pubmed (n=32), concernent le rapport des professionnels de santé aux personnes atteintes de diabète dans le contexte d'éducation du patient. Ce rapport se traduit par le fait que les professionnels de santé sollicitent la collaboration, l'implication, l'engagement, la participation des personnes malades dans des dispositifs d'éducation thérapeutique. La littérature grise (n=16) fait état des dispositifs d'éducation du patient, des questions de savoirs expérientiels et de la réflexivité des malades comme nouvelle forme de coopération en santé.

Le procédé d'analyse thématique a permis de découvrir les principaux thèmes présentés à travers l'arbre thématique qui suit. Les six thèmes concernent : variété de dispositifs d'éducation thérapeutique ; gestion du diabète ; expérimentation d'outils technologiques d'information et de communication ; évaluation de l'efficacité des interventions, savoirs expérientiels des malades et réflexivité des malades.

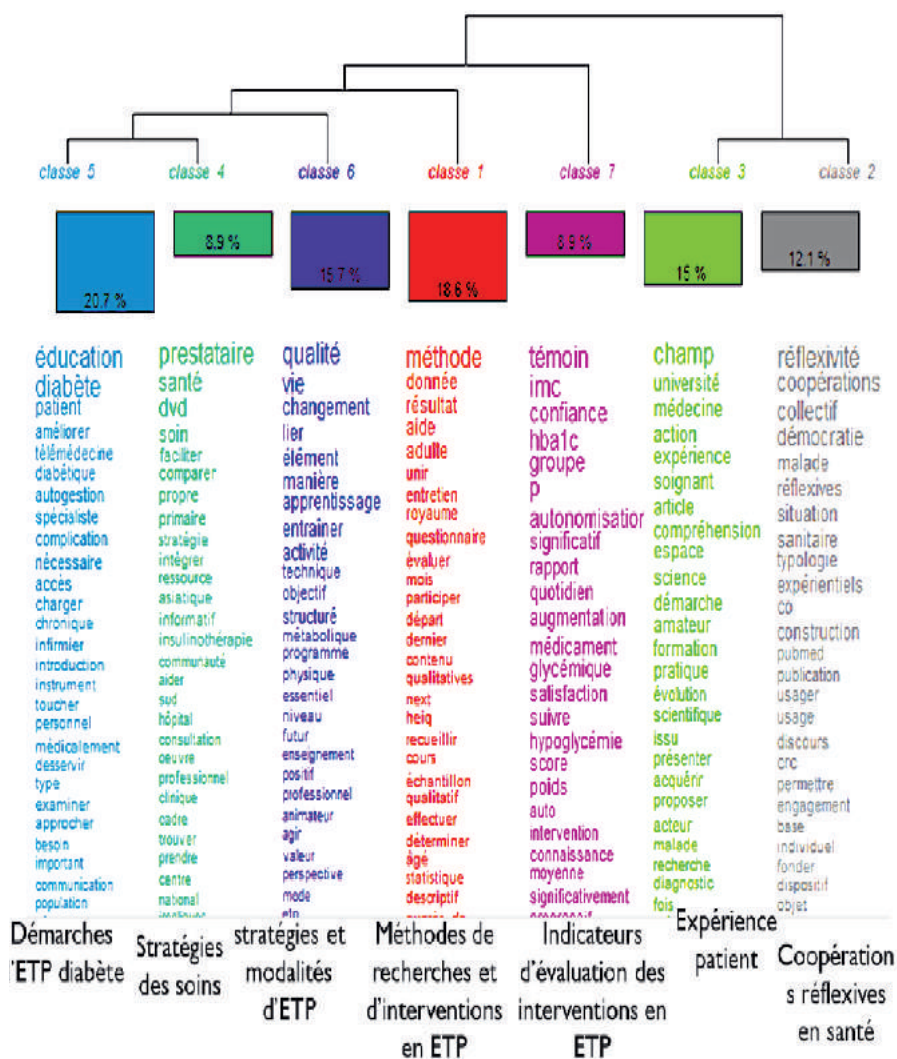


Figure 3 : Résultats des analyses lexicométriques des résumés des articles de la littérature scientifique

Que ce soit dans la littérature scientifique ou professionnelle, des situations réflexives des malades sont mobilisées dans l'ETP. Ces situations peuvent être classées en fonction de leur amplitude (grande amplitude ou faible amplitude) et de la durée la tâche (long terme ou court terme). Aussi, elles peuvent être réparties en trois catégorisées : participation des malades dans les étapes de l'ETP (diagnostic éducatif, définition des objectifs,

évaluation des acquisitions) ; implication des malades dans des dispositifs d'ETP ou de formation des professionnels de santé (patient expert, patient formateur) et gestion quotidienne du diabète (acquisition des compétences d'autosoins et d'adaptation). Certaines de ces situation ou activités du malades (Thievenaz, 2017) peuvent avoir des temporalités faibles de même que leurs amplitudes. C'est l'exemple des activités « se soulager les symptômes » ou « réaliser des gestes techniques et des soins ». A l'opposé de ces activités se retrouvent d'autres activités de type « participer au diagnostic éducatif » ou « être patient formateur » qui mobilisent une grande réflexivité. Ces situations sont représentées dans la figure 4.

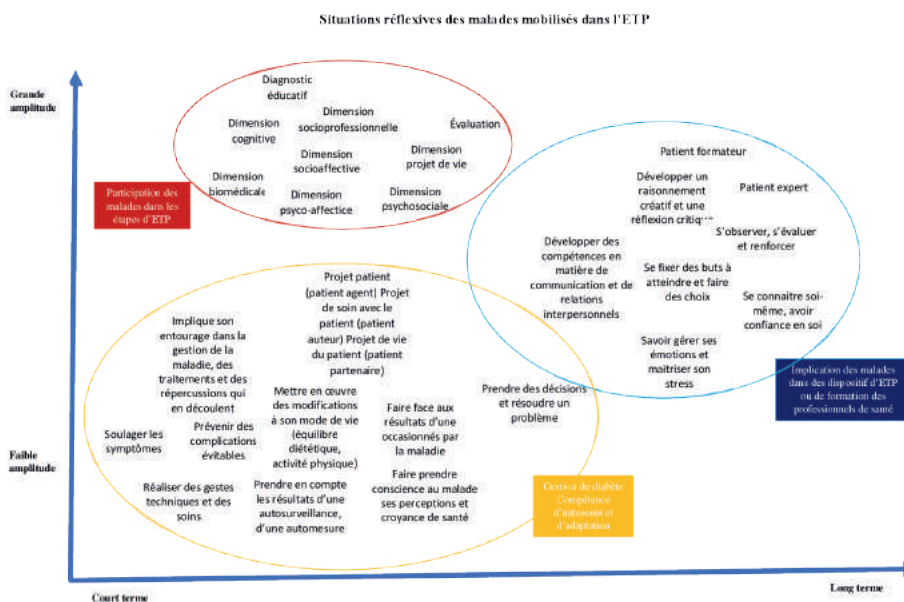


Figure 4 : Synthèse des situations réflexives des malades mobilisées dans la littérature sur l'ETP

En conclusion de cette première étude nous remarquons que la réflexivité est évoquée dans les textes sur l'EP et l'ETP à travers : des formes d'engagement (implication, participation, collaboration) des malades dans des dispositifs d'ETP, de recherche ou de formation des professionnels de santé ; par la reconnaissance des savoirs d'expérience et du rôle des personnes

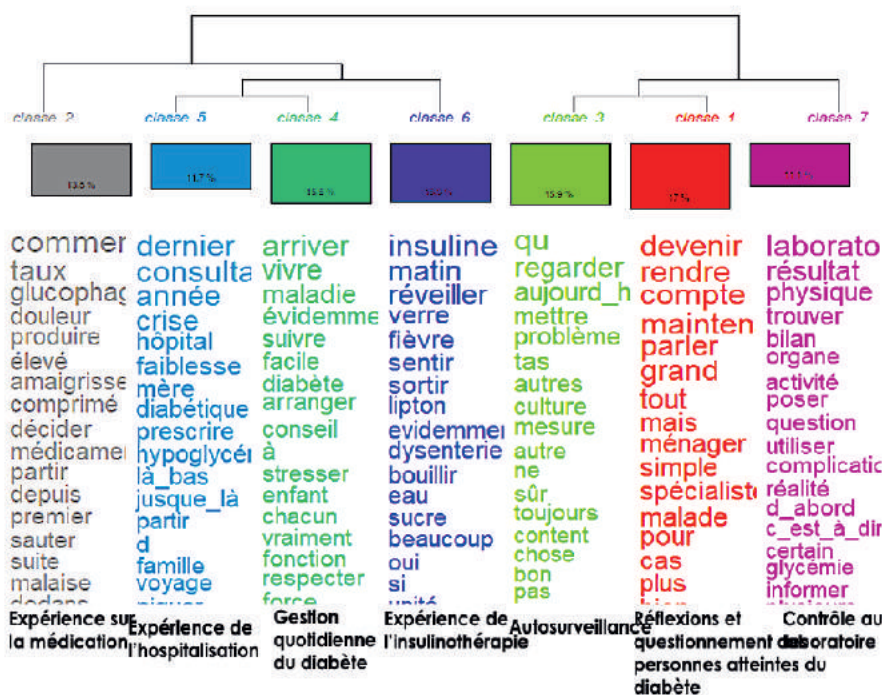


Figure 7 : Classes des mots issues de l'analyse lexicométrique du discours des personnes atteintes de diabète

L'analyse lexicométrique des discours de professionnels de santé (présentés par le dendrogramme de la figure 8) montrent 6 familles de mots caractéristiques des principales thématiques abordées dans le corpus. Pour aborder la question de l'accompagnement médical et éducatif ainsi que la réflexivité des personnes malades, les professionnels de santé ont recours à différentes catégories de lexiques. Il s'agit de : gestion des angoisses et du stress (classe 1) ; activités en atelier d'ETP (classe 2) ; Dimensions en compte dans l'ETP (classe 3) ; stratégies thérapeutiques des personnes atteintes de diabète (classe 4) ; formation des professionnels en ETP (classe 5) et régimes alimentaires des personnes atteintes de diabète (classe 6).

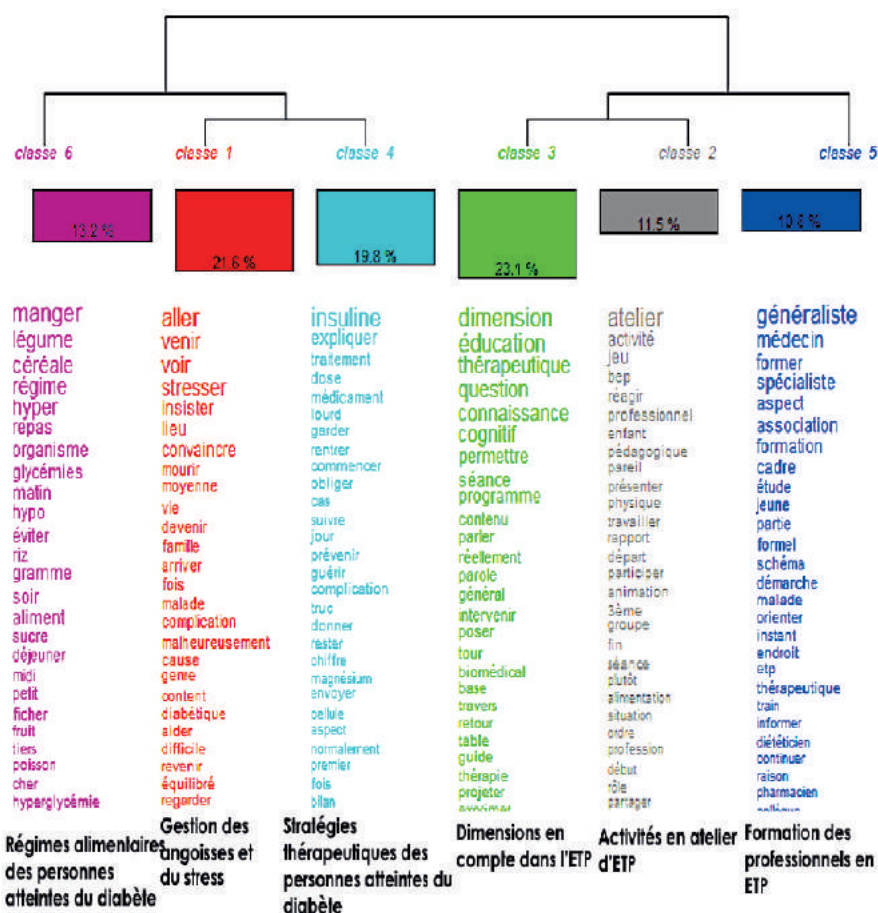


Figure 8 : Classes des mots issues de l'analyse lexicométrique du discours des professionnels de santé

En conclusion de l'enquête qualitative par entretien on remarque que dans le contexte de la gestion du diabète, les personnes malades font preuve d'activités réflexives au travers d'un ensemble d'attitudes, de comportements et de postures (connaissance de soi, prise de conscience, prise de décisions, autoanalyse, stratégies de soi). Dans leurs interactions avec les personnes atteintes de diabète, les professionnels de santé déclarent solliciter l'implication des personnes malades en mobilisant leurs réflexivités tant dans le diagnostic médical et éducatif que dans l'évaluation des acquis et la définition de leurs projets thérapeutiques.

Enquête par questionnaire vers les professionnels de santé

Statistiques descriptives

Pour rappel l'enquête a touché 197 professionnels de santé (124 à Niamey et 73 à Lille) avec une forte prédominance du sexe masculin à Niamey soit 67,7% tandis qu'à Lille 54,7% des répondants s'abstiennent à déclarer leur genre. La répartition en nombre d'année d'expérience professionnelle fait ressortir une forte proportion de la catégorie de 0 à 5 ans (64,5 %) suivi de 6 à 10 ans (32,2%) à Niamey et la catégorie de plus 21 ans d'expérience (43,8%) suivi 0 à 5 ans (31,5%) à Lille. La moyenne des années d'expérience à Niamey est de 4,6 ans tandis qu'à Lille elle est de 16,9 ans. Une forte prédominance de praticiens hospitaliers à Niamey soit 74% tandis qu'à Lille 89,7% des répondants exercent en médecine de ville. Le taux de réponse à Niamey est de 24,8% tandis qu'il est de 14,6% à Lille. Cette disparité s'explique par le fait que les canaux de diffusion des questionnaires n'ont pas été les mêmes pour des raisons liées aux contextes et conditions de réalisation de l'enquête.

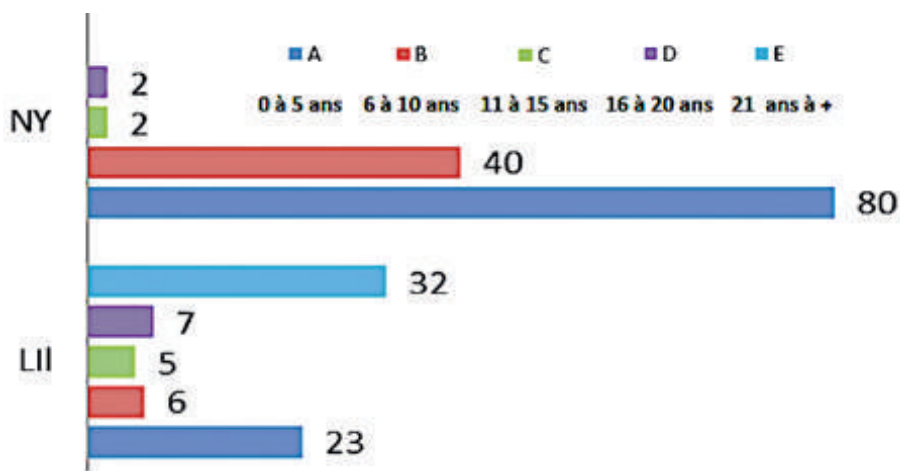


Figure 9 : Répartition par catégorie de la durée d'expérience des professionnels de santé des 2 localités

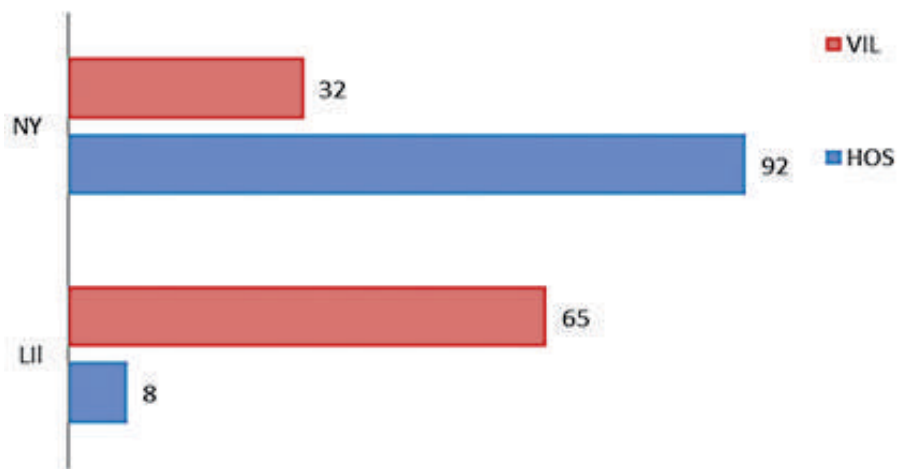


Figure 10 : Répartition par lieu d'exercice professionnel des professionnels de santé des 2 localités

Statistiques multivariées : ACP

Il a été opéré le choix de regrouper quelques familles de questions afin de donner plus de lisibilité et faciliter la compréhension. Il s'agit des groupes thématiques suivants : rapports à la réflexivité (observation, jugements sur la réflexivité et apprentissages), démarche de l'accompagnement médical (objectifs des soins, prise de décision, perception de la relation) et contenus des interactions (priorités des soins, objets des discussions et attentions aux dimensions des malades).

Création de 3 nouvelles variables par regroupement (en vert) pour chacune des 4 séries des familles des sujets

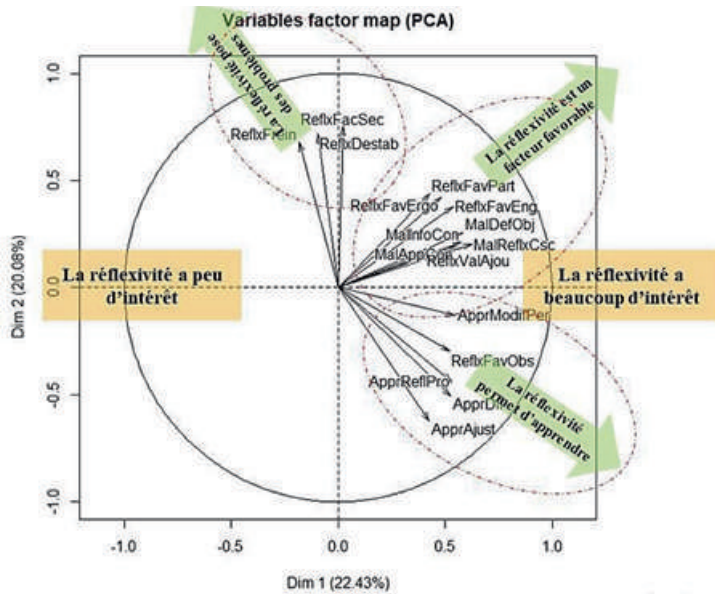


Figure 11: ACP des 16 variables des familles des questions portant sur les rapports à la réflexivité : observation, jugements sur la réflexivité et apprentissages Regroupement en 3 nouvelles variables vertes

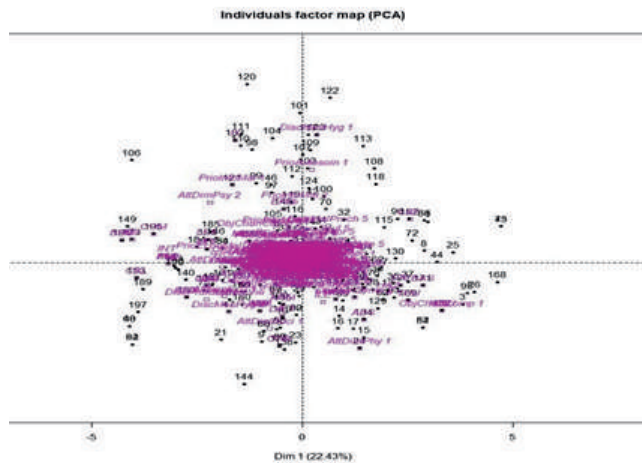


Figure 12 : distribution des individus des ACP des 16 variables des individus des familles des questions portant les rapports à la réflexivité : observation, jugements sur

Création de 7 nouvelles variables par regroupement (en vert) pour les 2 autres séries des familles des sujets

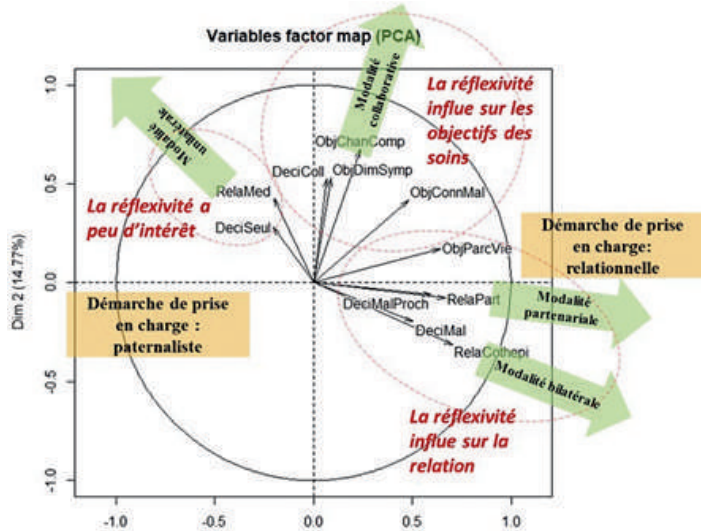


Figure 13 : ACP des 11 variables des familles des questions portant sur la démarche de l'accompagnement médical (objectifs des soins, prise de décision, perception de la relation) Regroupement en 4 nouvelles variables vertes

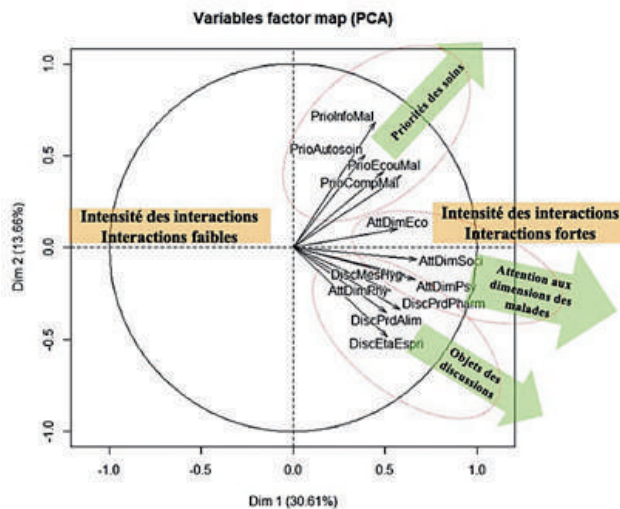


Figure 14 : ACP des 12 variables des familles des questions portant sur les contenus des interactions (priorités des soins, objets des discussions et attention aux dimensions). Regroupement en 3 nouvelles variables vertes

ACP finale obtenue à partir des 10 nouvelles variables vertes (méta analyse de l'ensemble du questionnaire)

Après le regroupement des familles des variables sur la base de leurs thématiques, des nouvelles familles de variables (au nombre de 10) ont été créées à partir des moyennes des groupes des variables corrélées positivement. Une nouvelle ACP a été réalisée en vue d'objectiver le phénomène émergent qui est celui de la catégorisation des rapports des professionnels de santé à la réflexivité des personnes atteintes de diabète dans le cadre de l'accompagnement médical.

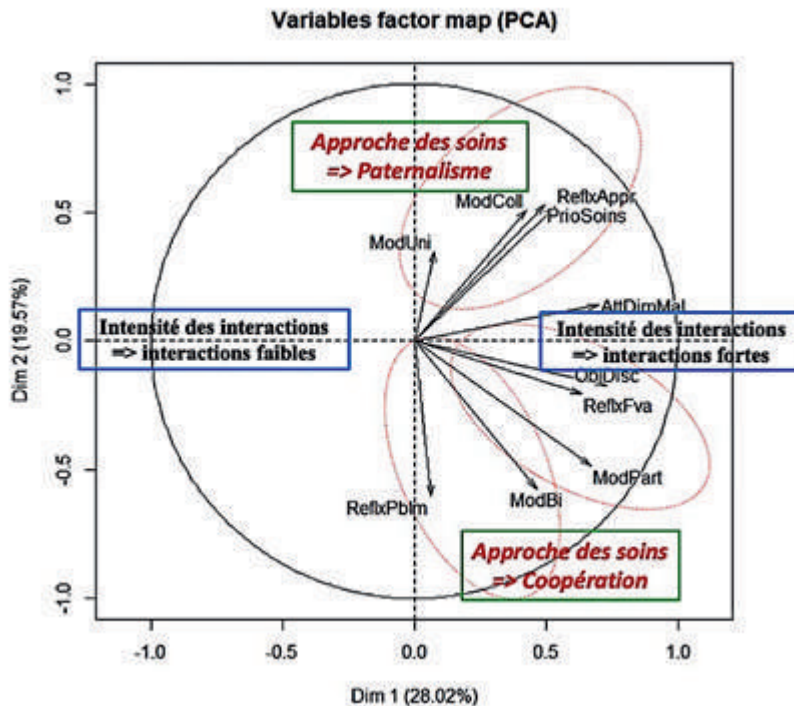


Figure 15 : ACP des 10 nouvelles variables portant sur les rapports à la réflexivité des personnes atteintes de diabète et approches des soins

Corrélation entre certaines variables et les facteurs portés par les axes

A la suite des ACP, des ellipses de confiance des variables qualitatives, qualitatives supplémentaires et leurs modalités ont été tracées afin de déterminer les éléments de significativités (Figure 17, 18, 19 et 20).

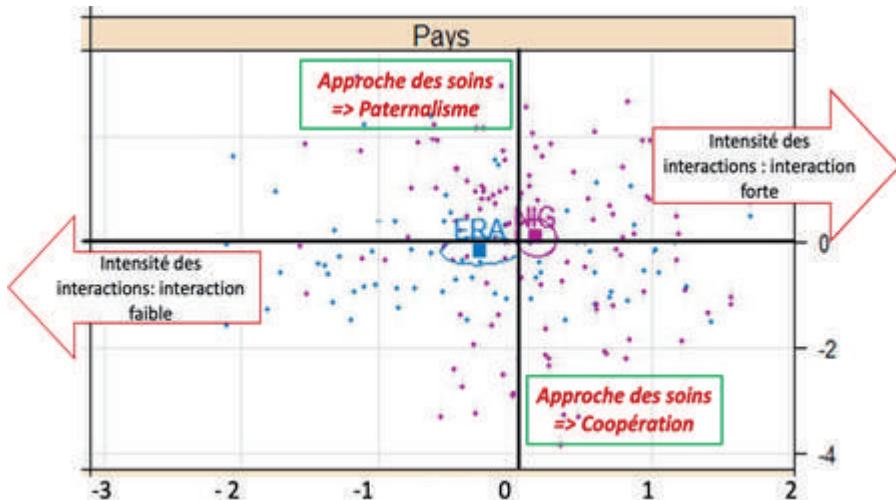


Figure 16 : exemple de l'ellipse de confiance de la variable qualitative « pays »

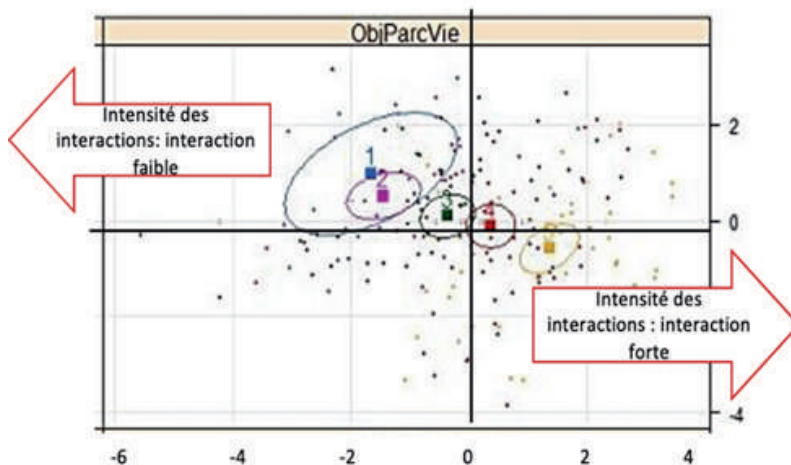


Figure 17 : exemple de l'ellipse de confiance de la variable qualitative « Objectif parcours de vie »

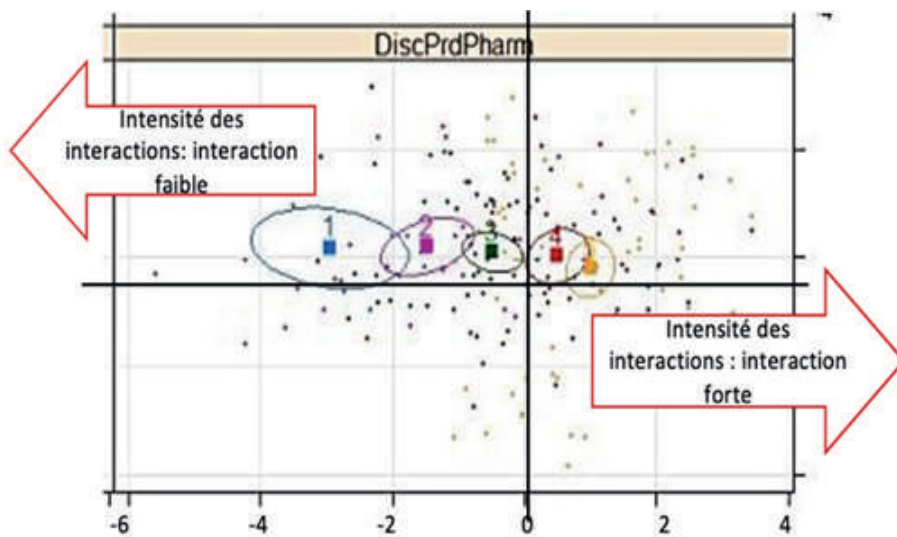


Figure 18 : exemple de l'ellipse de confiance de la variable qualitative « Discussion sur les produits pharmaceutiques »

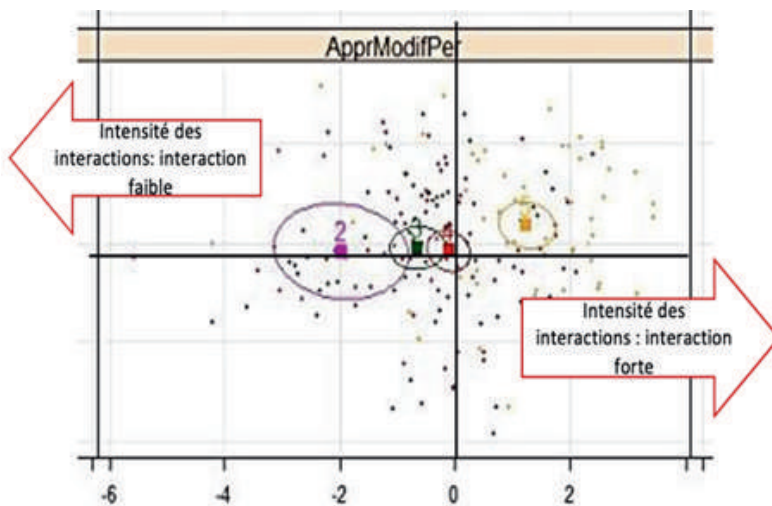


Figure 19 : exemple de l'ellipse de confiance de la variable qualitative « Apprendre à modifier mes perceptions »

Ainsi, l'ACP a permis de sortir 2 catégories de professionnels de santé au regard de leurs rapports à la réflexivité des personnes atteintes de diabète et les approches des soins. Les tableaux 2 et 3 présentent ces 2 catégories. Sur l'axe horizontal, continuum entre deux tendances : interaction faible et interaction forte

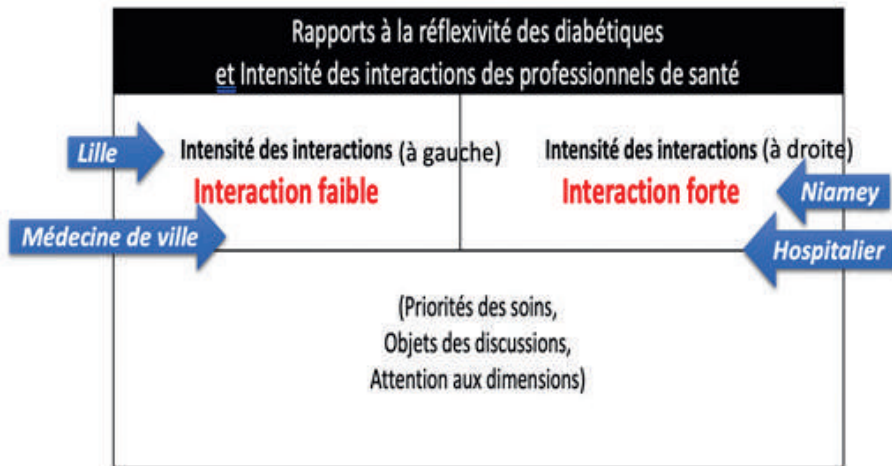


Tableau 2 : Rapport à la réflexivité des diabétiques et intensité des interactions des professionnels de santé



Tableau 3 : Rapport à la réflexivité des diabétiques et approches des soins des professionnels de santé

En conclusion de cette enquête, il se dégage deux tendances d'approches de soins et de représentations de la réflexivité des malades et deux niveaux d'interaction : paternalisme qui s'intéresse moins à la réflexivité des personnes atteintes de diabète et constitué des modalités unilatérale et collégiale (prédominance chez les professionnels de santé à Niamey) ; coopération qui s'intéresse plus à la réflexivité des personnes atteintes de diabète et composée des modalités bilatérale et partenariale (prédominance chez les professionnels de santé à Lille). Néanmoins l'interaction est plus forte à Niamey qu'à Lille

Discussion

L'un des premiers constats dans la recherche documentaire sur la base de données PubMed est la quasi absence de l'emploi du mot « reflexivity » à propos des malades que nous avons mis en évidence. Nous avons repéré que cela se remarque principalement lors de la formulation d'une requête utilisant spécifiquement ce terme. Il faut cependant signaler qu'une idée équivalente est abordée dans certaines recherches ainsi que dans la littérature professionnelle à travers d'autres expressions : il s'agit d'une part des termes d'implication, de participation et d'engagement des malades dans des dispositifs d'éducation du patient, de recherche ou de formation. D'autre part, c'est à travers les notions d'acquisition des compétences d'autogestion, sensorielles, psychosociales et d'adaptation que l'on retrouve des aspects qui renvoient à certaines dimensions du concept de réflexivité.

Les analyses des discours des professionnels de santé issus de l'enquête qualitative montrent et se recoupent avec les recommandations de la littérature professionnelle (directives et manuels). Effectivement, selon leurs visées et approches, les interventions en EP sont multiples et variées. Du développement des compétences d'autosoins à l'autonomisation des personnes atteintes de diabète, les dispositifs d'EP participent à l'accompagnement médical et à la recherche du bien-être des personnes

malades. C'est pourquoi les personnes atteintes de diabète sont placées au cœur des dispositifs d'EP en tant qu'acteurs à qui il faut développer les compétences d'autosoins et d'adaptation (Haute Autorité de Santé, 2007).

Les résultats de l'enquête quantitative (recueil des représentations de la façon dont les professionnels de santé se représentent les activités réflexives des personnes atteintes de diabète) démontrent qu'effectivement, les apprentissages de l'autosoin consistent à faire apprendre aux personnes atteintes de diabète un ensemble de compétences tels que soulager les symptômes, prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une auto mesure, adapter des doses de médicaments, initier un autotraitement, réaliser des gestes techniques et des soins, faire face aux problèmes occasionnés par la maladie (Haute Autorité de Santé, 2007 ; Giordan, 2010 ; Revillot, 2016).

Les résultats des investigations (enquête qualitative par entretien et enquête quantitative par questionnaire) nous permettent de remarquer que les systèmes de santé, dans les deux territoires, demeurent encore marqués par le modèle paternaliste. Les approches de soins, selon ce que nous percevons à partir des déclarations des professionnels de santé enquêtés, prennent encore peu en considération les dimensions réflexives des personnes malades. Et pourtant, de nouvelles approches des soins sont expérimentées et promues. Gagnayre & d'Ivernois, (2003) nous rappellent que la place du malade a considérablement évolué et au-delà même des connaissances acquises grâce à l'éducation thérapeutique (Gagnayre & D'Ivernois, 2003). Cette évolution s'accompagne de l'apparition de la figure d'un patient non seulement porteur de véritables compétences et ayant développé au fil du temps une connaissance de sa maladie mais aussi considéré comme personne ressource pour les autres.

Dans le cadre de notre questionnaire, les professionnels de santé, à la fois sur les deux territoires, déclarent constater que les malades sont de plus en plus réflexifs. Cela vient conforter ce que nous avons pu mettre

en évidence à travers l'enquête qualitative. Cette recrudescence du phénomène de réflexivité des malades peut être mise en lien avec les contextes de l'avènement de la démocratie en santé (contexte français), la prévalence des maladies chroniques et la révolution numérique (contexte propre aux deux territoires de l'étude). Ce sont là des facteurs et conditions ayant permis son apparition ainsi que son émergence.

Cependant, cette réflexivité des malades est perçue de façon plus ou moins mitigée et controversée par les professionnels de santé. A Lille comme à Niamey, les résultats montrent que les professionnels de santé perçoivent la réflexivité des malades tantôt, dans le cadre de la prise en soins, comme frein, déstabilisatrice et facteur secondaire pour les uns, ou comme une valeur ajoutée et un facteur favorable aux soins pour les autres. La réflexivité des malades favorise tout de même (surtout à Niamey) les apprentissages, la définition des objets des discussions et les priorités des soins. Aussi, elle permet aux soignants d'analyser leurs propres pratiques professionnelles, modifier leurs perceptions et représentations des malades et contribue à apporter des connaissances nouvelles grâce aux expériences des malades. En favorisant apprentissages, discussions et priorité des soins, en suscitant la réflexivité des soignants, la réflexivité des malades ne peut alors qu'être une valeur ajoutée pour la prise en soins.

Finalement les approches des soins de type paternalisme ou coopération, sont dépendantes des expériences et rapports (perceptions, représentations, jugements) que les soignants ont à la réflexivité des malades. Selon qu'ils s'intéressent plus ou moins à la réflexivité des malades, les soignants portent des jugements positifs ou négatifs sur cette dernière. Ceci est à mettre en lien avec leurs expériences de l'accompagnement médical (interaction avec les malades) ou peut être avec leurs collègues. Peut-être l'ETP formalisée à Lille est-elle une des raisons du plus grand développement du modèle « coopératiste » que l'EP « native » à Niamey n'arriverait pas à développer. L'EP « native » à Niamey a une interaction forte contrairement à l'ETP à Lille mais elle est moins coopératiste et plus paternaliste.

Conclusion et perspectives

Cette recherche avait pour objectif de chercher à comprendre les dimensions réflexives des personnes atteintes de diabète qui entrent en jeu dans l'expérience de la maladie et qui peuvent constituer des facteurs influençant leur état de santé. Les résultats des trois investigations font d'abord ressortir que la réflexivité des malades est bien évoquée dans la littérature à travers certaines de ses dimensions et propriétés. Ensuite, les personnes malades font preuve, dans le cadre de la gestion de leur maladie, de capacité réflexive qui est mobilisée par les professionnels de santé tant dans le diagnostic médical et éducatif que dans l'évaluation des acquis et la définition de leurs projets thérapeutiques. Enfin, les professionnels de santé (médecins) ont une approche des soins en lien avec leurs représentations de la réflexivité des malades. En définitif, la réflexivité des malades est, selon les situations perçues, tantôt comme une valeur ajoutée et tantôt comme un frein dans le cadre de l'accompagnement médical.

Grace à cela, nous postulons que le « modèle de coopération réflexive », dans lequel la réflexivité des malades est prise en considération et qui constitue une valeur ajoutée pour l'accompagnement médical et la relation des soins, favoriserait les discussions (échanges, retour d'expérience), le partage des décisions dans une logique de partenariat des soins. Aussi, dans la relation de soins, la réflexivité permet-elle d'observer différents régimes d'interactions et d'approches qui peuvent être mise en lien avec les modèles et démarches de soins en vogue dans le système de santé (approche centrée sur le patient, modèle du partenariat patient). Dans leurs principes, la plupart de ces modèles promeuvent la participation, l'implication, et l'engagement des personnes malades dans les soins en particulier et le système de santé en générale.

En définitif, cette recherche peut avoir deux principaux apports ou implications pour les sciences de l'éducation et l'accompagnement médical. Le premier apport est celui du « modèle de la coopération réflexive » où la participation active et la réflexivité des malades sont promues dans l'accompagnement médical favorisant des apprentissages mutuels entre malades et soignants (raisonnement clinique, autoanalyse, démarche réflexive, résolution de problème, retour d'expérience). Nous estimons qu'il peut aussi favoriser une plus grande agentivité des personnes malades à des fins de l'autorégulation de leur santé. Le deuxième apport est une contribution pratique à l'ingénierie des dispositifs d'ETP qui faciliterait des apprentissages et des échanges des savoirs entre personnes malades et équipe soignante. En effet, l'introduction de la démarche réflexive dans l'activité d'EP permettrait aux acteurs (soignants et soignés) de développer la compétence réflexive, favoriser le partage et la valorisation des savoirs entre ces acteurs.

Références bibliographiques

Adamou, M. (2021). *Les nigériens font plus confiance aux prières quaux vaccins pour prévenir la COVID-19*. AFROBAROMETER.

Balinska, M.-A., & Léon, C. (2007). Opinions et réticences face à la vaccination. *La Revue de Médecine Interne*, 28(1), 28-32. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2006.10.327>

Borkman, T. (1976). Experiential Knowledge : A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. *Social Service Review*. <https://doi.org/10.1086/643401>

Charlier, É., Biemar, S., Boucenna, S., Beckers, J., François, N., & Leroy, C. (2020). Comment soutenir la démarche réflexive ? *Outils et grille d'analyse des pratiques*. De Boeck Supérieur.

Daniel, C., Bas-Théron, F., & Durand, N. (2012). L'expertise sanitaire : Un regard fondé sur l'analyse des pratiques. *Santé Publique*, 24(1), 41-47. <https://doi.org/10.3917/spub.121.0041>

Davies, P. (2002). *Antivaccination activists on the world wide web*. *Archives of Disease in Childhood*, 87(1), 22-25. <https://doi.org/10.1136/adc.87.1.22>

Desclaux, A. (1992). Le « RAP » et les méthodologies d'anthropologie rapide en santé publique. *Cahiers Santé*.

Desclaux, A., Bila, B., Sow, K., Varloteaux, M., & A. Hounghin, R. (2020, novembre). *Les populations d'Afrique sont-elles prêtes à accepter le vaccin anti-Covid-19 ?* [Interview]. <https://theconversation.com/les-populations-dafrique-sont-elles-prettes-a-accepter-le-vaccin-anti-covid-19-149104>

Desclaux, A., Billaud, A., & Sow, K. (2022). *Anthropologie appliquée aux épidémies émergentes* (L'Harmattan).

Desclaux, A., & Touré, A. (2018). Quelle « préparation » aux dimensions sociales des épidémies en Afrique ? Une expérience de formation à Conakry. *Médecine et Santé Tropicales*, 28(1).

Elhaji Dagobi, A. (2020a). Les mesure de prévention de la pandémie du Covid-19 au Niger : L'exemple de la suspension de la fréquentation des mosquées. *Revue de philosophie, littérature et sciences humaines*, 1(Numéro spéciale Covid-19).

Elhaji Dagobi, A. (2020b). La communication gouvernementale dans la gestion de la pandémie de Covid-19 au Niger : Le Dispositif étatique et son fonctionnement. *REVUE*

Eliot, E. (2015). Représentations sociales et épidémies : Entre espace, savoir et pouvoir. *Sciences sociales et sante*, 33(1), Art. 1.

Essi, M.-J., & Njoya, O. (2013). L'enquête CAP en recherche médicale. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE*, 14(2), Art. 2. <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/183>

Flick, Moscovici, Jodelet,. (1992). La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales. https://www.bib-bop.org/base_bib/bib_detail.php?ref=16425&titre=la-perception-quotidienne-de-la-sante-et-de-la-maladie-theories-subjectives-et-representations-sociales

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). Fondements et étapes du processus de recherche : Méthode quantitatives et qualitatives (Chenelière Éducation).

Gagnayre, R., & D'Ivernois, J.-F. (2003). L'éducation thérapeutique : Passerelle vers la promotion de la santé. Actualité et dossier en santé publique n° 43. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:hKBaFdZikdwJ:https://ipcem.org/img/articles/gagnjfi.pdf&cd=6&hl=fr&ct=clnk&gl=ne&client=safari>

Gaigne, I. (2017). La réflexivité dans la formation aide-soignante. *Soins Aides-soignantes*, 77, 12-14.

Garrino, L., Gregorino, S., Gargano, A., & Bedin, M.-G. (2010). Les compétences réflexives : Un enjeu majeur dans la formation soignante [Article]. *Perspective soignante*, 84-103.

Giordan, A. (2010). Éducation thérapeutique du patient : Les grands modèles pédagogiques qui les sous-tendent. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 4(3), 305-311. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(10\)70065-1](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(10)70065-1)

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017). *La découverte de la théorie ancrée : Stratégies pour la recherche qualitative* (Armand Colin).

Guerraud, S. (2006). *La pratique réflexive : Un enjeu déterminant pour les professions paramédicales*. Ecole Nationale de Santé Publique de Rennes.

Guerrien, M. (2003a). L'intérêt de l'analyse en composantes principales (ACP) pour la recherche en sciences sociales. *Cahiers des Amériques latines*, 43, Art. 43. <https://doi.org/10.4000/cal.7364>

Guerrien, M. (2003b). L'intérêt de l'analyse en composantes principales (ACP) pour la recherche en sciences sociales. *Cahiers des Amériques latines*, 43, Art. 43. <https://doi.org/10.4000/cal.7364>

Guillaumin, C. (2009). La réflexivité comme compétence : *Enjeu des nouvelles ingénieries de la formation* | *Cairn.info*. <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/revue-cahiers-de-sociolinguistique-2009-1-page-85.htm>

Haute Autorité de Santé. (2007). *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques

Husson, F., Josse, J., & Lê, S. (2008). FactoMineR : An R Package for Multivariate Analysis. *Journal of Statistical Software*, 25. <https://doi.org/10.18637/jss.v025.i01>

Issa, I. O. (2021). Covid-19 et impacts du confinement sur la population de Niamey (Niger). *European Scientific Journal*, ESJ, 17(27), Art. 27. <https://doi.org/10.19044/esj.2021.v17n27p22>

Jaffré, Y. (2003). Le souci de l'autre : Audit, éthique professionnelle et réflexivité des soignants en Guinée. *Autrepart*, 28(4), 95-110.

Jodelet, D. (2006a). *Place de l'expérience vécue dans les processus de formation des représentations sociales* (p. 235-255).

Jodelet, D. (2006b). *Place de l'expérience vécue dans les processus de formation des représentations sociales* (p. 235-255).

Jodelet, D. (2014). A propos des jeux et enjeux de savoir dans l'Education Thérapeutique des Patients (p. 59-76). <https://doi.org/10.17184/eac.797>

Jouet, E., Flora, L. G., & Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. *Pratiques de Formation - Analyses*, 2010(58-59), olivier_iv.

Jouet, E., Vergnas, O. L., & Noël-Hureau, E. (2014). *Nouvelles coopérations réflexives en santé : De l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche*. Archives contemporaines.

Kaddouri, M. (2011). Motifs identitaires des formes d'engagement en formation. *Savoirs*, n° 25(1), 69-86.

Khelifi, H. (2021). La lexicométrie : *Un outil efficient pour l'analyse du discours*. 13.

Koné, A. (2021, juillet). *Le Système des Nations Unies et l'Union Européenne accompagnent le Niger dans la vaccination anti Covid-19*. Les chefs d'agence de l'OMS et l'UNICEF ainsi que l'Ambassadeur de l'UE reçoivent leur deuxième dose du vaccin AstraZeneca. www.afro.who.int/fr/countries/niger

Labbé, C., & Labbé, D. (2013). Lexicométrie : Quels outils pour les sciences humaines et sociales ? *Usages de la lexicométrie en sociologie*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00834039>

Las Vergnas, O., Jouet, E., & Renet, S. (2017, mai). Déploiement de la démocratie sanitaire : Point d'étape et typologie de la prise en considération de la réflexivité collective des malades et autres personnes concernées (Version longue, texte mis à

jour en Mars 2018). *85e congrès de l'ACFAS Symposium 517 - Réflexivité collective : quels processus et effets?* <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01964744>

Le Goaster, C. (2012). Introduction - Experts et expertises en santé publique. Diversité des acceptions, multiplicité des enjeux : Comment avancer ? *Santé Publique*, 24(1), 39-40. <https://doi.org/10.3917/spub.121.0039>

Lejeune, C. (2019). Christophe Lejeune, Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. *Lectures*. <https://journals.openedition.org/lectures/17952>

Mattern, C., Rafiringa, S., & Rafanomezantsoa, S. (2022). Bouleversement des pratiques des soignants face à la COVID-19 à Antananarivo, Madagascar. *Les Cahiers de l'OPPEE*, N°2.

Meredith, D., & Sivry, P. (2018). *L'hésitation vaccinale et ses déterminants*. www.exercer.fr/numero/146/page/360/

Messaadi, N. (2017). *Apprentissages en situations informelles et construction de soi : Cas des personnes atteintes de diabète* [These de doctorat, Lille 1]. <https://www.theses.fr/2017LIL12024>

M-F Fortin et J. Gagnon. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche, 3e édition—Livres du préscolaire à l'université* | Chenelière. <https://www.cheneliere.ca/9896-livre-fondements-et-etapes-du-processus-de-recherche-3e-edition.html>

Moumouni, A. (2021, mars). *Les Nigériens font plus confiance aux prières qu'aux vaccins pour prévenir la COVID-19*. Afrobarometr. <https://www.afrobarometer.org/publication/ad434-les-nigeriens-font-plus-confiance-aux-prieres-quaux-vaccins-pour-prevenir-la/>

Niewiadomski, C. (2012). Recherche biographique et clinique narrative. *Érès*. <https://doi.org/10.3917/eres.niewi.2012.01>

Nouaille-Degorce. (2020). L'expertise scientifique au défi de la crise sanitaire. Les papiers de recherche de l'ENA. <https://www.ena.fr/A-la-Une/L-expertise-scientifique-au-defi-de-la-crise-sanitaire>

Olivier de Sardan, J.-P., & Vari-Lavoisier, I. (2022). Introduction : Pour une approche comparatiste des modèles voyageurs. *Revue internationale des études du développement*, 248, Art. 248.

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2022). Vaccins et vaccination. https://www.who.int/fr/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1

P. Paillé et A. Mucchielli. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales—4e éd.* Armand Colin. <https://www.armand-colin.com/lanalyse-qualitative-en-sciences-humaines-et-sociales-4e-ed-9782200614706>

Parent, A.-A. (2016). *Pratique réflexive et organisation communautaire : Le point de*

vue de professionnels sur la stratégie de soutien au développement des communautés en santé publique. *Approches inductives : travail intellectuel et construction des connaissances*, 3(1), 39-67. <https://doi.org/10.7202/1035194ar>

Ratinaud, P., & Marchand, P. (2015). Des mondes lexicaux aux représentations sociales. Une première approche des thématiques dans les débats à l'Assemblée nationale (1998-2014). *Mots. Les langages du politique*, 108, Art. 108. <https://doi.org/10.4000/mots.22006>

Reinert, A. (1983). Une méthode de classification descendante hiérarchique : Application à l'analyse lexicale par contexte. *Les cahiers de l'analyse des données*, Dunod, 13.

Reinert, A. (1986). Un logiciel d'analyse lexicale. *Les cahiers de l'analyse des données*, Dunod, 12.

Revillot, J.-M. (2016). *Manuel d'Education Thérapeutique du Patient : Modèles, méthodes et pratiques* (Dunod).

Salem, A. (1982). Analyse factorielle et lexicométrie : Synthèse de quelques expériences. *Mots. Les langages du politique*, 4(1), 147-168. <https://doi.org/10.3406/mots.1982.1055>

Sell, K., Saringer-Hamiti, L., Geffert, K., Strahwald, B., Stratil, J. M., & Pfadenhauer, L. M. (2021). Politikberatung durch Expert*innenräte in der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland : Eine Dokumentenanalyse aus Public-Health-Perspektive. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 165, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.06.002>

Soncarrieu, T. (2001). C., Delory Monberger. Les histoires de vie : De l'invention de soi au projet de formation. . Paris : *Anthropos. L'orientation scolaire et professionnelle*, 30/3, Art. 30/3. <http://journals.openedition.org/osp/5167>

Tabuteau, D. (2010). L'expert et la décision en santé publique. *Les Tribunes de la santé*, 27(2), 33-48. <https://doi.org/10.3917/seve.027.0033>

Thievenaz, J. (2017). L'analyse des activités du patient : Une occasion de réinterroger la notion de travail. Éducation et socialisation. *Les Cahiers du CERFEE*, 44, Art. 44. <https://doi.org/10.4000/edso.2106>

Tourette-Turgis, C. (2013). L'université des patients : Une reconnaissance institutionnelle des savoirs des malades. *Le sujet dans la cite*, N° 4(2), 173-185.

Tourette-Turgis, C., & Pelletier, J.-F. (2014). Expérience de la maladie et reconnaissance de l'activité des malades : Quels enjeux ? *Le sujet dans la cite*, N° 5(2), 20-32.

Vacher, Y. (2015). *Construire une pratique réflexive*. De Boeck Supérieur.

Valentini, H. (2012). Toutes et tous des experts. *Santé Publique*, 24(1), 3-4. <https://doi.org/10.3917/spub.121.0003>

Vicherat-Stoffel, B. (2017). *Le soin de soi : Apprenance et agentivité en santé au milieu de la vie* [These de doctorat, Paris 10]. <https://www.theses.fr/2017PA100050>

Wolfe, R. M. (2002). Content and Design Attributes of Antivaccination Web Sites. *JAMA*, 287(24), 3245. <https://doi.org/10.1001/jama.287.24.3245>

XLSTAT by addinsoft. (2021a, octobre 12). *Analyse en Composantes Principales (ACP)*. XLSTAT, Your data analysis solution. <https://www.xlstat.com/fr/solutions/fonctionnalites/analyse-en-composantes-principales-acp>

XLSTAT by addinsoft. (2021b, octobre 12). *Analyse en Composantes Principales (ACP)*. XLSTAT, Your data analysis solution. <https://www.xlstat.com/fr/solutions/fonctionnalites/analyse-en-composantes-principales-acp>

Annexes

Annexe A : Guide d'entretien personne malade

Rapport au diabète : expérience vécue, perception, représentation

- ◆ Parlez-nous de votre vie avec le diabète
- ◆ Comment se passait votre vie avant la découverte de diabète ?
- ◆ Comment se passe votre vie depuis que vous êtes diabétique ?
- ◆ Qu'est-ce que le diabète pour vous ?
- ◆ Comment le diabète s'intègre-t-il dans votre vie au quotidien ?

Connaissance sur le diabète

- ◆ Que savez-vous sur le diabète ?
- ◆ Comment vous renseignez-vous ?

Traitement/soins

- ◆ Comment vous soignez-vous ?
- ◆ Parlez-nous de vos traitements
- ◆ Parlez-nous de l'accessibilité de vos traitements (disponibilité, coût)
- ◆ Faites-vous recours à d'autres formes de traitement ?

Hygiène de vie

- ◆ Que faites-vous pour améliorer votre état de santé ?
- ◆ Comment ça se passe avec votre alimentation ?

Expérience

- ◆ Parlez-nous de choses que vous avez apprises sur votre maladie
- ◆ Comment se passe votre quotidien ?
- ◆ Qu'avez-vous appris sur le diabète ?
- ◆ Que savez-vous sur l'éducation thérapeutique ?

Rapport aux soignants

- ◆ Parlez-nous de vos consultations médicales
- ◆ Comment se déroulent vos échanges avec votre soignant ?
- ◆ Quel rôle joue votre soignant ?
- ◆ Quel regard avez-vous sur vos interactions avec votre soignant ?
- ◆ Comment percevez-vous votre relation avec votre soignant ?

Environnement économique, social et culturel

- ◆ Quel rôle joue votre entourage, famille, amis...?
- ◆ Parlez-nous des moyens que vous déployez dans la gestion de votre diabète
- ◆ Parlez-nous de votre condition de vie
- ◆ Qu'est-ce selon vous est la cause de votre diabète ?

Annexe B : Guide d'entretien professionnel de santé

Premier contact avec le malade

- ◆ Parlez-nous d'une séance de consultation avec un diabétique
- ◆ Comment se passe l'accompagnement médical ?
- ◆ Quels sont les enjeux ?

Activité d'éducation thérapeutique du patient

- ◆ Parlez-nous de l'activité d'éducation thérapeutique du patient
- ◆ Dans quel cadre se déroule cette activité ?
- ◆ Comment l'ETP est-elle régie ou réglementée ?
- ◆ Expliquez-nous comment vous déroulez une activité d'ETP ?
- ◆ Quelle stratégie, méthode, pédagogie déployez-vous ?

Rapport au malade

- ◆ Comment se passent vos interactions avec le malade ?
- ◆ Comment percevez-vous votre relation avec le malade ?

Expérience patient

- ◆ Parlez-nous de vos échanges avec les malades
- ◆ Comment trouvez-vous les connaissances dont les malades sont porteurs ?

Facteur économique, social et culturel

- ◆ Parlez de vos prescriptions médicales
- ◆ Quel rôle joue l'environnement social et culturel dans l'accompagnement médical ?

Annexe C : Récépissé de déclaration de conformité

RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

| | |
|--|---|
| Nom : Université de Lille - CIREL (ULR 4354) | SIREN: 13 00 23583 00011 |
| Adresse : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE | Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00 |

Traitement déclaré

| |
|---|
| Intitulé : Réflexivité des malades et rapports à la réflexivité des soignants dans le cadre de l'accompagnement |
| Référence Registre DPO : 2021-71 |
| Responsable / Chargé (e) de la mise en œuvre : Mme Maria PAGONI ANDREANI Responsable scientifique de la recherche : M. Olivier LAS-VERGNAS Interlocuteur (s): M. Mamane ABDOU OUMAROU |
| <i>Spécificités : Absence de collecte de données personnelles (Exonération de déclaration pour anonymisation à la source)</i> |

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 15 mars 2021

Délégué à la Protection des Données



Annexe D : Questionnaire

| Données sociodémographiques | |
|---|----------------------------------|
| Genre : | Profession : |
| Nombre d'année d'exercice : | Praticien : Hospitalier Ville |
| Pays : | Ville : |
| Canal diffusion : Comment avez-vous eu connaissance de ce questionnaire ? | |

| 1. Dans le cadre du suivi du malade, je discute avec le malade de : | Jamais | Rarement | Souvent | Très souvent | Toujours |
|---|--------|----------|---------|--------------|----------|
| Ses mesures d'hygiène de vie (alimentation, activité physique, sommeil... etc.) | | | | | |
| Son accessibilité aux produits pharmaceutiques | | | | | |
| Son accessibilité aux produits alimentaires | | | | | |
| Son état d'esprit | | | | | |

| 2. Dans le cadre du suivi du malade, il m'arrive de considérer comme prioritaire le fait de : | Jamais | Rarement | Souvent | Très souvent | Toujours |
|---|--------|----------|---------|--------------|----------|
| Écouter ce que dit le malade de sa maladie | | | | | |
| Vérifier ce que le malade a compris de sa maladie | | | | | |
| Faire connaître au malade sa pathologie, le traitement, ses effets... | | | | | |
| Apprendre au malade comment faire de l'autosoins, de l'autosurveillance... | | | | | |

| 3. Dans le cadre du suivi du malade, je cherche à : | Jamais | Rarement | Souvent | Très souvent | Toujours |
|--|--------|----------|---------|--------------|----------|
| Diminuer les troubles et manifestations symptomatiques vécus par le malade | | | | | |
| Améliorer les connaissances du malade | | | | | |
| Changer les comportements du malade | | | | | |
| Aider à la construction de parcours de vie du malade | | | | | |

| 4. Dans le cadre du suivi du malade, je prends les décisions de façon : | Jamais | Rarement | Souvent | Très souvent | Toujours |
|--|--------|----------|---------|--------------|----------|
| Seule (autonome) | | | | | |
| Collégiale (avec un ou plusieurs autres intervenants en santé) | | | | | |
| Partagée/concertée (avec le/la malade) | | | | | |
| Partagée/concertée (avec le malade et ses proches) | | | | | |

| 5. Dans le cadre du suivi du malade, j'observe que ma relation avec lui/elle est : | Jamais | Rarement | Souvent | Très souvent | Toujours |
|---|--------|----------|---------|--------------|----------|
| Uniquement médicale (examen, diagnostic, prescription...) | | | | | |
| Un partenariat de soins (élaboration concertée d'un traitement...) | | | | | |
| Une relation de co-thérapie (accompagnement aux initiatives personnelles, soins de confort, traitements complémentaires...) | | | | | |

| 6. Dans le cadre du suivi du malade, je suis conduit à faire attention à sa dimension : | Jamais | Rarement | Souvent | Très souvent | Toujours |
|--|--------|----------|---------|--------------|----------|
| Physique | | | | | |
| Psychique | | | | | |
| Sociale | | | | | |
| Économique | | | | | |

| 7. Ce que j'apprends des malades grâce à leurs expériences de la maladie me conduit à : | Jamais | Rarement | Souvent | Très souvent | Toujours |
|--|--------|----------|---------|--------------|----------|
| Mieux appréhender leurs difficultés | | | | | |
| Ajuster mes interventions envers eux | | | | | |
| Analyser mes propres pratiques professionnelles | | | | | |
| Modifier les perceptions et représentations que j'ai des malades | | | | | |

| 8. J'observe/ Je constate aujourd'hui que les personnes atteintes de diabète que je soigne : | Jamais | Rarement | Souvent | Très souvent | Toujours |
|---|--------|----------|---------|--------------|----------|
| Ont suffisamment d'information/connaissance sur leurs maladies | | | | | |
| Formulent des réflexions, prise de conscience au sujet de leurs maladies | | | | | |
| Se donnent des objectifs précis à atteindre pour l'amélioration de leur santé | | | | | |
| Contribuent à m'apporter des connaissances nouvelles grâce à leurs expériences de la maladie | | | | | |

| | | | | | |
|---|--------|----------|---------|--------------|----------|
| 9. J'observe que la réflexivité du malade (analyse et examen de sa situation, réflexion sur soi et décision, fixation d'objectif et résolution de problème) favorise : | Jamais | Rarement | Souvent | Très souvent | Toujours |
|---|--------|----------|---------|--------------|----------|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| L'observance thérapeutique du malade | | | | | |
| L'engagement du malade dans le protocole/projet de soins | | | | | |
| La participation du malade par des autosoins | | | | | |
| La co-conception de l'ergonomie des soins | | | | | |

| | | | | | |
|--|--------|----------|---------|--------------|----------|
| 10. Dans le cadre du suivi du malade, j'observe que les activités réflexives du malade sont : | Jamais | Rarement | Souvent | Très souvent | Toujours |
| Une valeur ajoutée | | | | | |
| Un facteur secondaire | | | | | |
| Un frein | | | | | |
| Une source de déstabilisation pour le professionnel | | | | | |

Section facultative

| |
|---|
| 11. Quelles réflexions vous ont été suggérées par ce questionnaire concernant votre pratique de l'accompagnement médical ? |
| |

Merci d'avoir pris le temps de répondre au questionnaire !!!

En guise de conclusion

Les cinq séries de recherches empiriques en SHS appliquées à la santé ont été conduites pour permettre de mieux comprendre des phénomènes liés à la connaissance, à la perception, à l'expérience et aux pratiques individuelles et collectives constituant les dimensions sociales et culturelles des maladies. Les méthodes et approches, dans certains cas propres au SHS, présentes dans ce recueil ont pour but d'aider à mieux comprendre les objets qu'elles investissent.

De ce fait, les problématiques, les méthodologies et les résultats présentés et discutés participent à l'idée de produire des connaissances scientifiques nouvelles dans ce champ mais aussi de pouvoir mieux éclairer les choix et les décisions concernant les réponses que doivent apporter les décideurs et les systèmes de santé.

Toutefois, d'aucuns pourront aider à enrichir ces travaux de recherches qui ne sont qu'œuvre humaine donc imparfaite et susceptible de comporter de lacunes. Dans tous les cas les débats scientifiques qu'elles pourraient suscités permettrons, à n'en point douter, des faire avancer la connaissance dans le champ des SHS s'intéressant aux objets de santé.



