



HAL
open science

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

Mamane Abdou Oumarou, Nassir Messaadi, Olivier Las Vergnas, Ronan Jambou

► To cite this version:

Mamane Abdou Oumarou, Nassir Messaadi, Olivier Las Vergnas, Ronan Jambou. Études des Connaissances, Attitudes et Pratiques préventives (CAP) dans la communauté des professionnels de santé lors de la pandémie du coronavirus à Niamey. Contributions des SHS à la compréhension des épidémies au Niger : cinq investigations empiriques sur le Covid-19 ou l'éducation du patient, Éditions Gashingo, pp.7-42, 2023, 978-2-37235-156-0. <halshs-04498527>

HAL Id: halshs-04498527

<https://shs.hal.science/halshs-04498527v1>

Submitted on 27 Mar 2024

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

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.

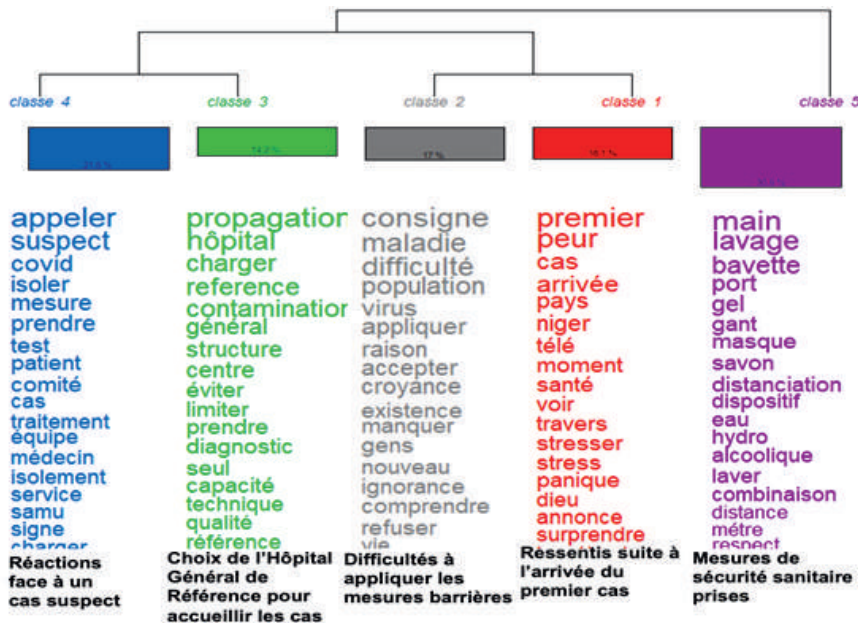


Figure 1 : Classes des lexiques issues des discours des professionnels de santé

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.

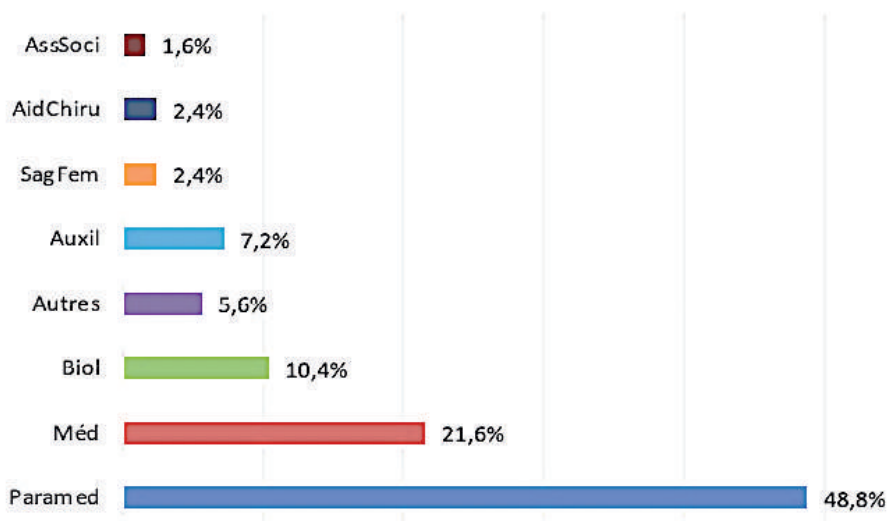


Figure 4 : Répartition des enquêtés par catégories professionnelles

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.

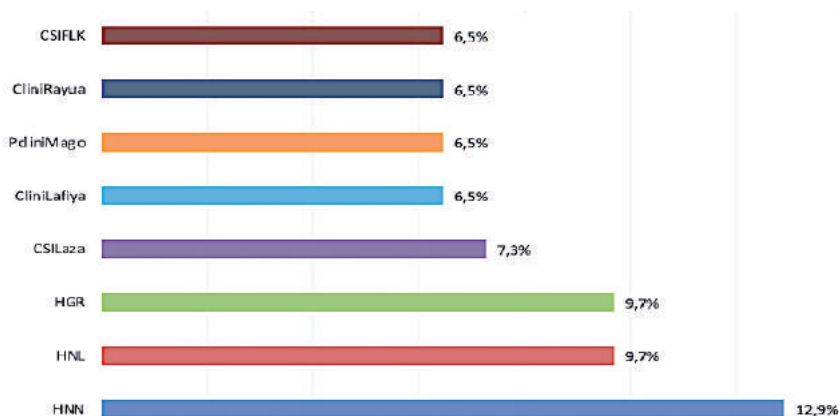


Figure 5 : Répartition des enquêtés par rapport à la variable « structure de santé »

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%.

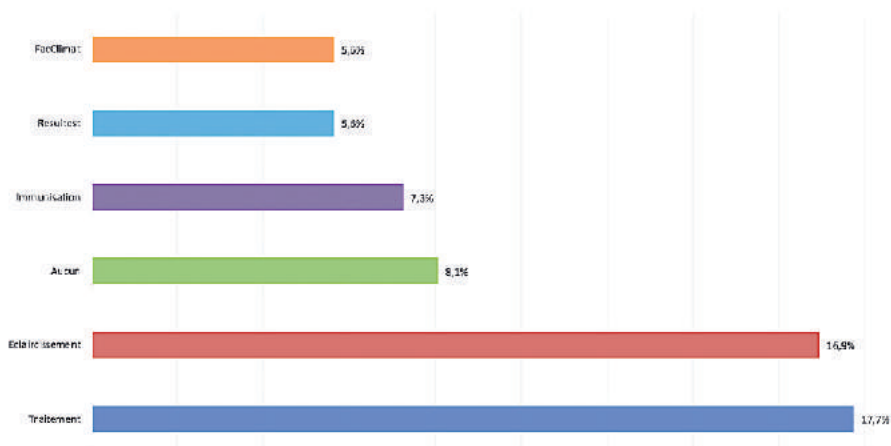


Figure 6 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « besoin d'information »

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

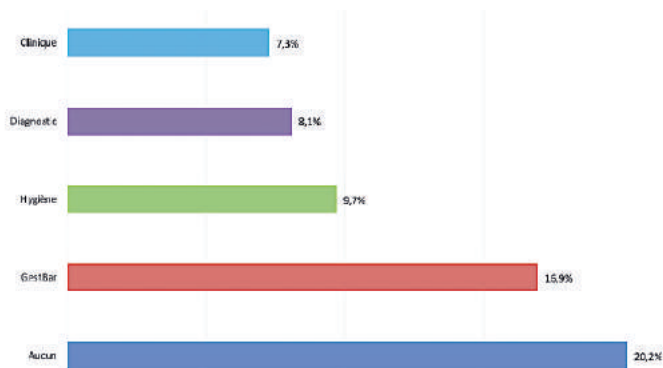


Figure 7 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « besoin d'informations scientifiques complémentaires ».

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.

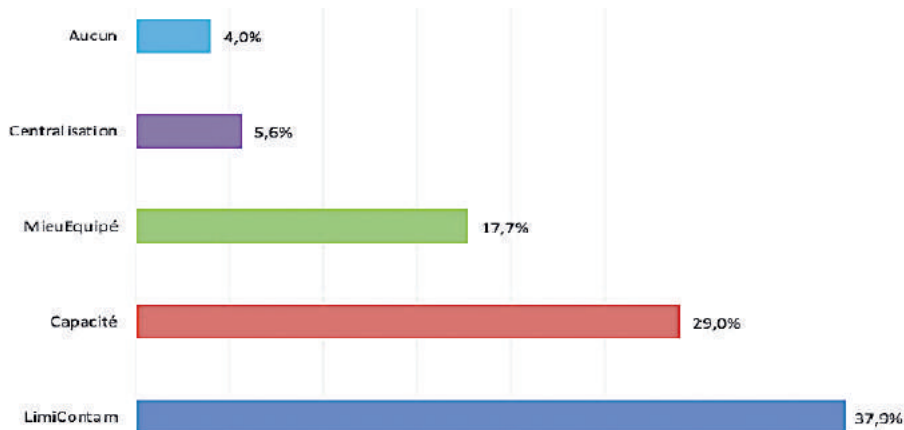


Figure 8 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « choix HGR »

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.

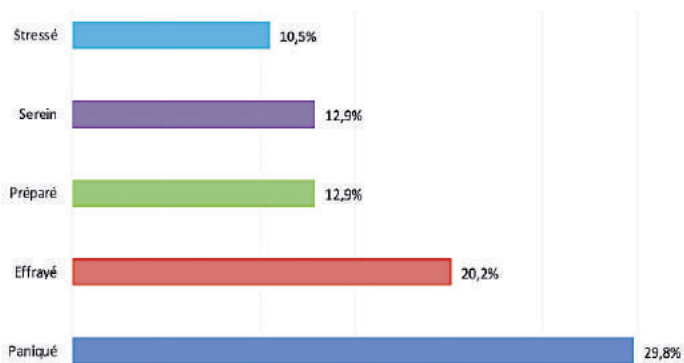


Figure 9 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « arrivée premier cas Covid-19 »

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.

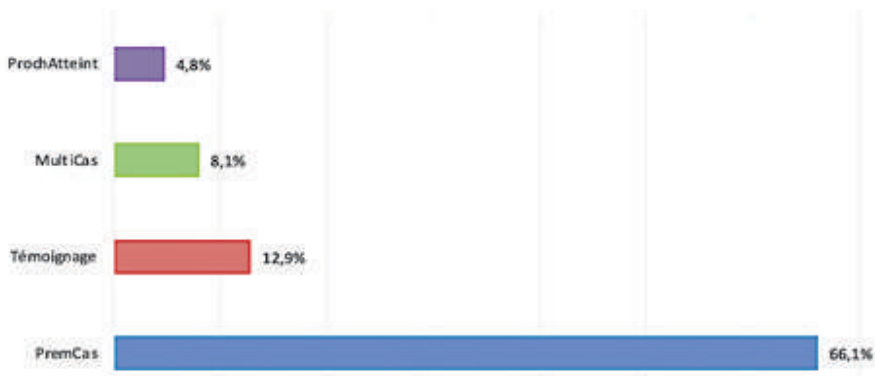


Figure 10 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « croyance au Covid-19 ».

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.

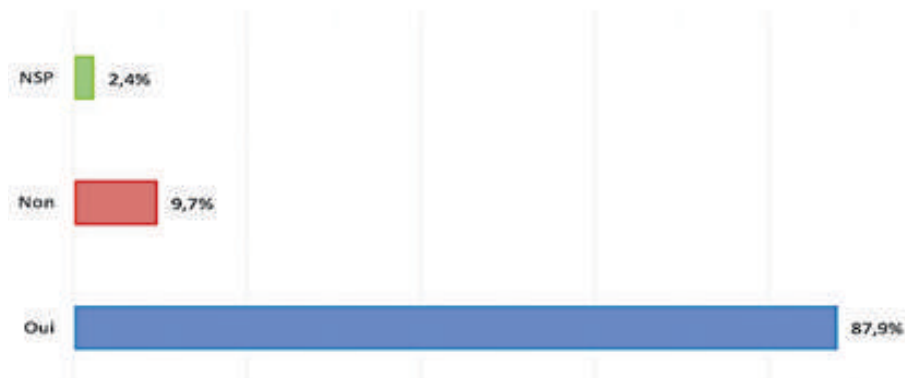


Figure 11 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « existence d'un plan de préparation ».

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.

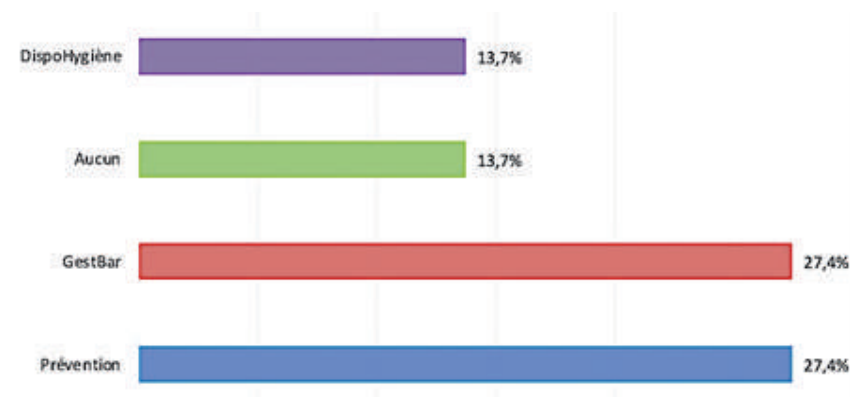


Figure 12 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « contenu du

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.

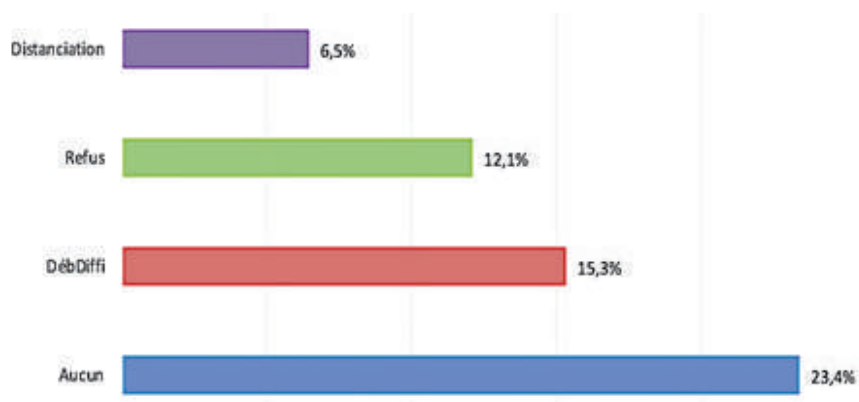


Figure 13 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « difficultés à appliquer les consignes ».

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.

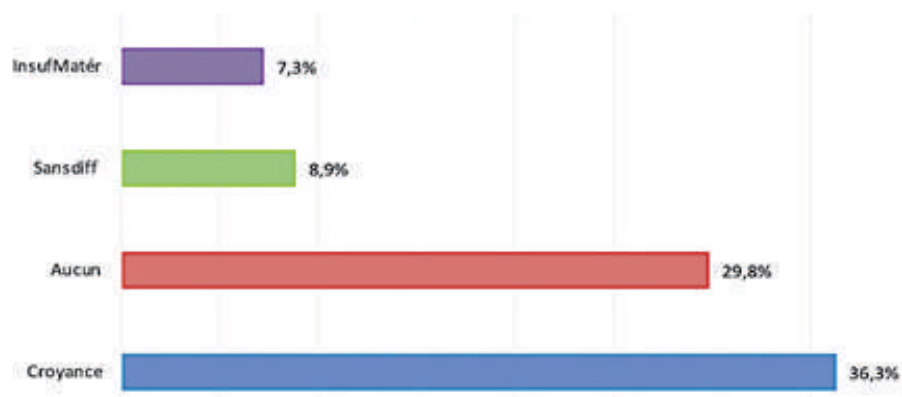


Figure 14 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « difficultés à transmettre les consignes ».

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.

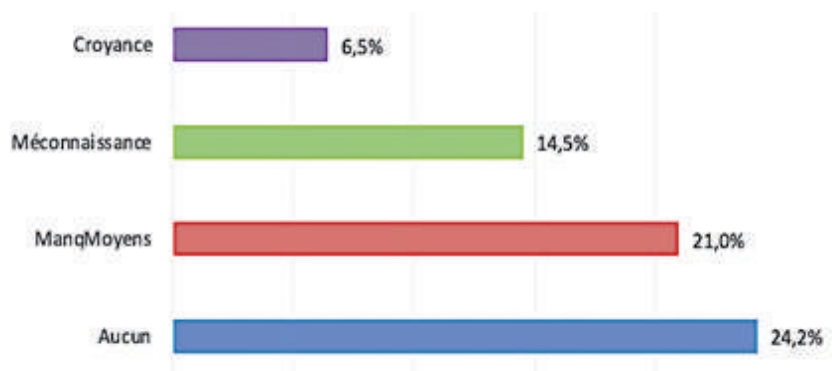


Figure 15 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « raisons des difficultés ».

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.

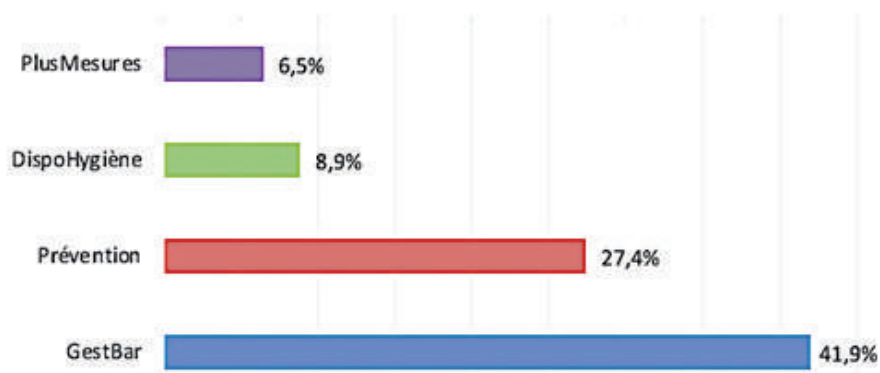


Figure 16 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « mesures prises ».

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.

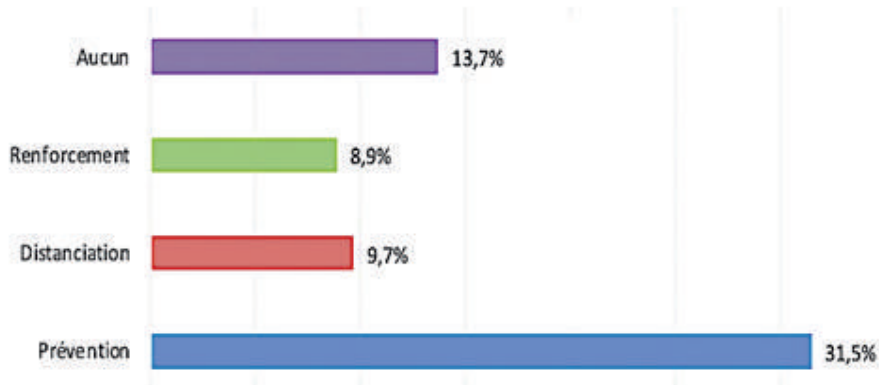


Figure 17 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « mesures souhaitées ».

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.

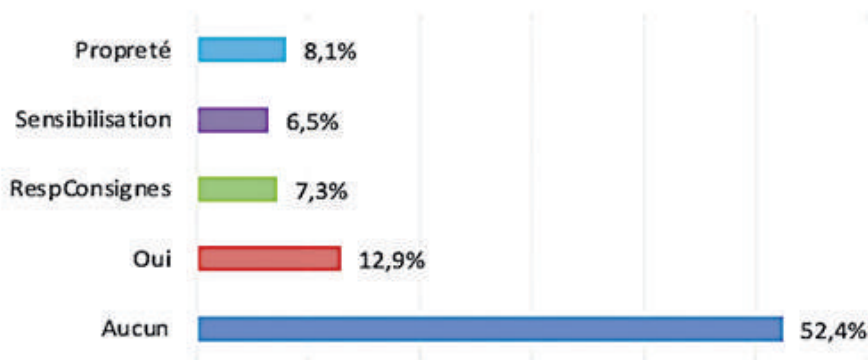


Figure 18 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « méthode de

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.

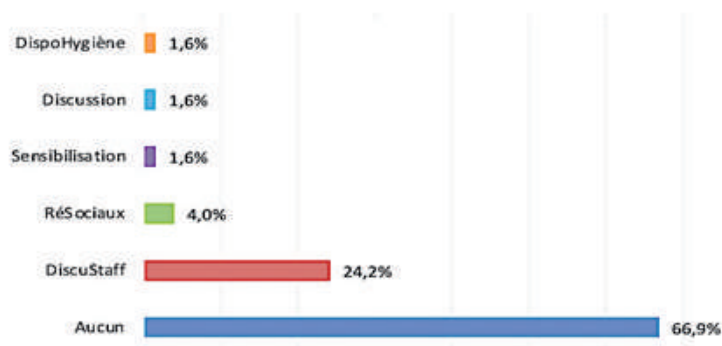


Figure 19 : Répartitions des réponses selon les modalités de la variable « partage des savoirs ».

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.

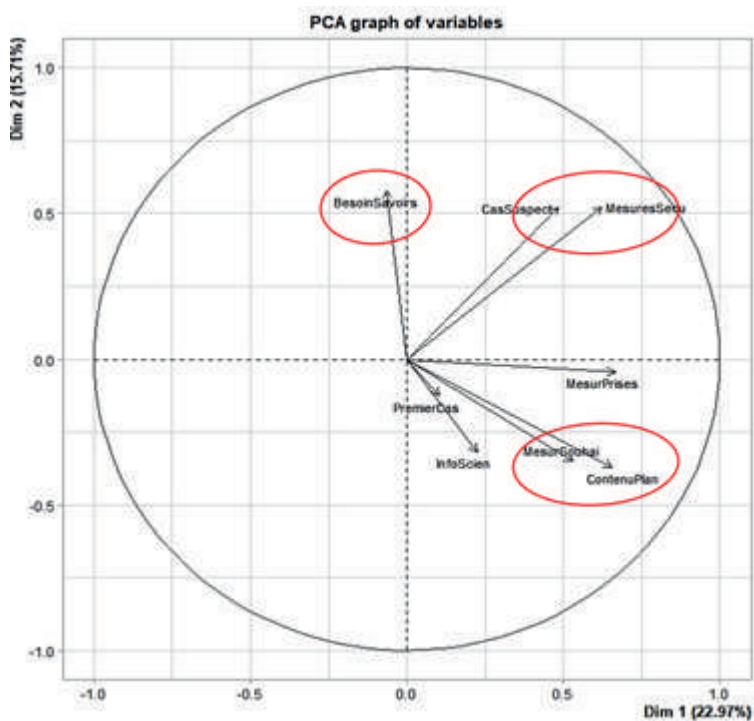


Figure 20 : Graphique des 8 principales variables sur la dimension 1 et 2

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.

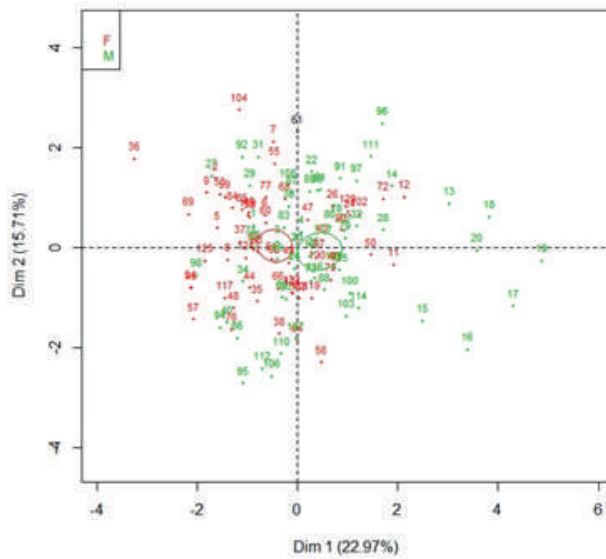


Figure 21 : Ellipse de confiance de la variable sexe est ses modalités

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

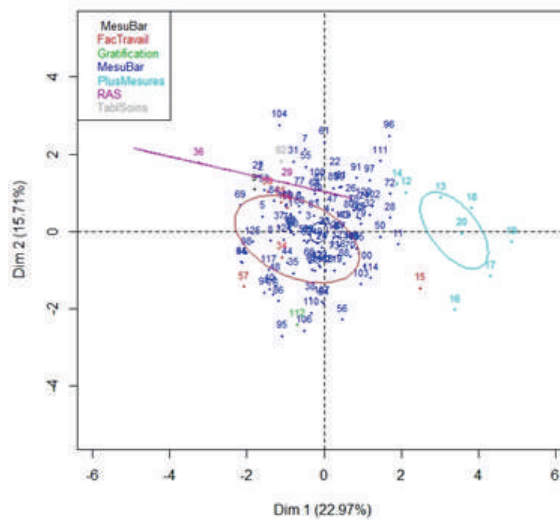


Figure 22 : Ellipse de confiance portant sur une première série de variables et leurs modalités

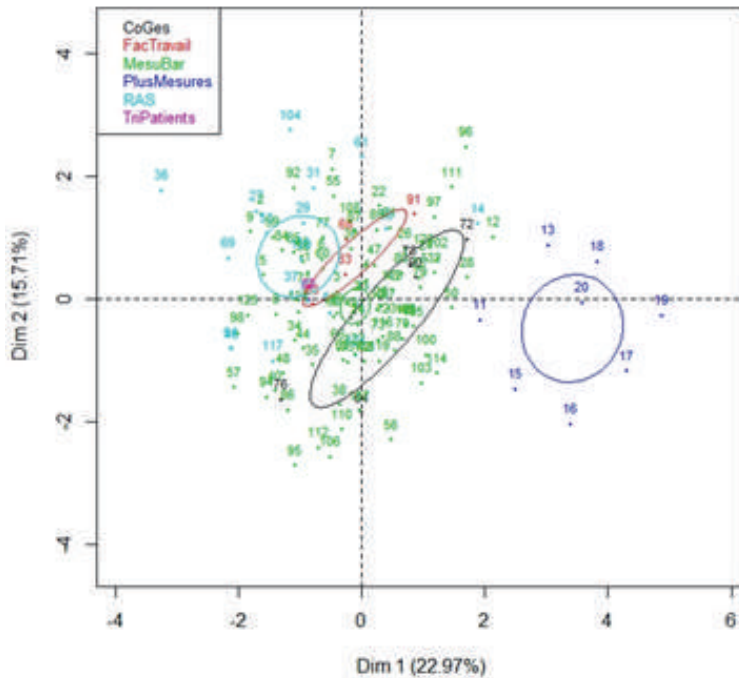


Figure 23 : Ellipse de confiance portant sur une deuxième série de variables et leurs modalités

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 (CNERs) 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 CNERs 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 expérientiels 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 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>