



HAL
open science

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

Mamane Abdou Oumarou, Saley Hima Oumarou, Aissatou Abdoulaye, Assoumane Chéfou Abouka, Sani Souley Issoufou Mamane, Oumarou Hamani

► **To cite this version:**

Mamane Abdou Oumarou, Saley Hima Oumarou, Aissatou Abdoulaye, Assoumane Chéfou Abouka, Sani Souley Issoufou Mamane, et al.. 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. Contributions des SHS à la compréhension des épidémies au Niger : Cinq enquêtes empiriques le Covid-19 ou l'éducation du patient, 2023, 978-2-37235-156-0. halshs-04499229

HAL Id: halshs-04499229

<https://shs.hal.science/halshs-04499229>

Submitted on 19 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.

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.

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 entraîner 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 touchent 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 testés (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 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 réajustements 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 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. 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-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*

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>