



**HAL**  
open science

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

Mamane Abdou Oumarou, Balkissa Ibrahim Harouna, Assoumane Chéfou Abouka, Olivier Las Vergnas

### ► **To cite this version:**

Mamane Abdou Oumarou, Balkissa Ibrahim Harouna, Assoumane Chéfou Abouka, Olivier Las Vergnas. Contribution de l'expertise scientifique et technique dans la gestion de la pandémie du Covid-19 au Niger : une revue après action. 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-04499379>

**HAL Id: halshs-04499379**

**<https://shs.hal.science/halshs-04499379v1>**

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.



HAL Authorization

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

---

***Investigateur principal***

*Mamane ABDOU OUMAROU*

***Contributeur***

*Olivier LAS-VERGNAS*

***Collaborateurs***

*Balkissa IBRAHIM HAROUNA, Assoumane CHEFOU ABOUKA*

***Financement***

*Projet REPAIR, subside Ministère Français des Affaires Étrangère*

***Période***

*Septembre à Octobre 2022*

## **Résumé**

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

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

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

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

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

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

## Introduction

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

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

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

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

Ainsi, la crise sanitaire liée à la pandémie du coronavirus a-t-elle été marquée par un retour au premier plan de la figure de l'expert scientifique. L'expertise a joué, dans un contexte de forte incertitude et face à la contrainte de l'urgence, un rôle d'éclairage de la décision publique, mais également de légitimation pour les décideurs (Nouaille-Degorce, 2020). En a-t-il été de même partout ailleurs ? Le Niger ne va pas déroger à la règle en mettant en place, bien avant la détection des premiers cas du Covid-19 sur son territoire, un comité technique de gestion de la réponse à la pandémie du coronavirus<sup>3</sup>, composé de plusieurs instances stratégiques et opérationnelles.

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

## **Méthodologie**

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

---

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

La sélection de la première catégorie d'experts (N=7) a été faite à partir de la liste nominative des membres des commissions techniques et du groupe d'experts du Ministère de la santé publique<sup>4</sup>. Une seconde catégorie d'experts (N=5), membre d'institutions nationales et d'agences partenaires ont complété la première liste. Les données recueillies ont été analysées aux moyens des méthodes d'analyse thématique (P. Paillé et A. Mucchielli, 2016) et lexicométrique (Salem, 1982 ; Reinert, 1983, 1986 ; Labbé & Labbé, 2013 ; Ratinaud & Marchand, 2015 ; Khelifi, 2021).

## Résultats

### Analyse thématique

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



Figure 1 : représentation de l'arbre thématique

4. Ibid

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

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

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

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

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

### **Diversité des profils et pluralités des expertises**

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

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

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

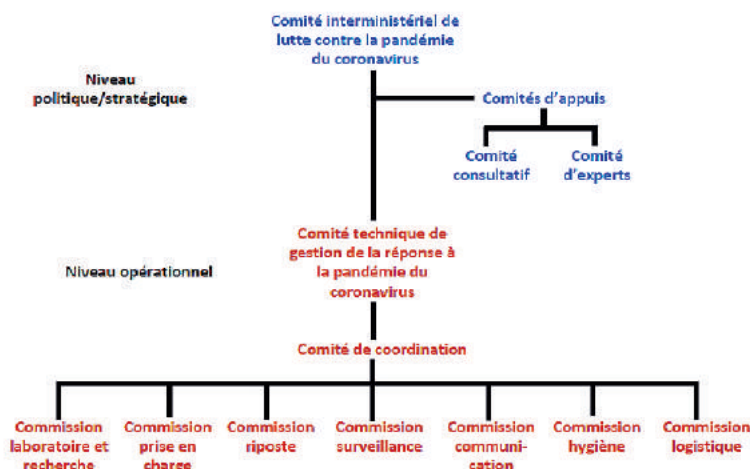
Toutefois, il faut, remarquer que les opinions de l'ensemble des acteurs (que sont les experts mobilisés) convergent vers un satisfecit collectif quant à leurs disponibilités suite à l'appel du gouvernement, leurs investissements en temps et en personne et la qualité des expertises dont ont fait preuve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

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

### **Organisation et fonctionnement des instances expertes**

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

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



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

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

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

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

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

## **Objets, typologies et spécificités des expertises**

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

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

## **Natures des contributions et des avis des experts**

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

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

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

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

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

### **Déficits des ressources, difficultés organisationnelles et populationnelles**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Enseignements tirés de la gestion de crise et perspectives**

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

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

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

## Analyse lexicométrique

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

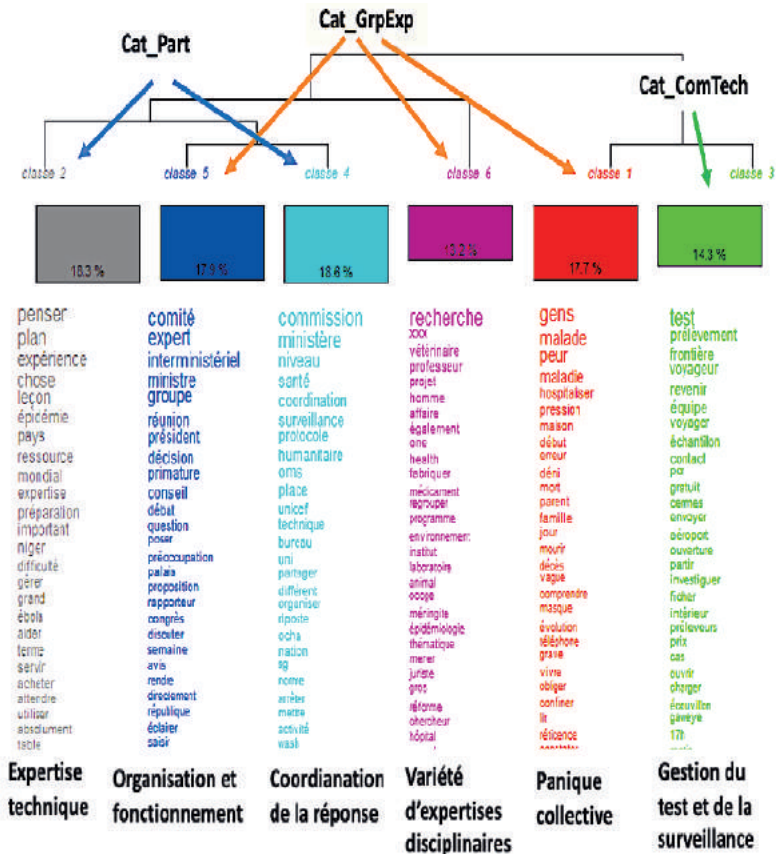


Figure 3 : classes des mots issues des discours des experts et leurs répartitions part catégorie d'experts

## Discussions

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

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

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

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

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

## Conclusion

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

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

## Références bibliographiques

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Haute Autorité de Santé. (2007). *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques*. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques](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](http://www.afro.who.int/fr/countries/niger)

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

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

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

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

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

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