

L'AFRIQUE CONTRE LES EPIDEMIES : PRINCIPALES CONSIDERATIONS EN MATIERE DE PREPARATION ET DE RIPOSTE AUX EPIDEMIES AU NIGER

Kelley Sams et Tabitha Hrynicky

SYNTHESE ET PRINCIPALES IMPLICATIONS

Étant l'un des pays les pauvres au monde, le Niger est extrêmement vulnérable aux épidémies. Il doit relever d'importants défis opérationnels en matière de préparation et de riposte. Un résumé des points et implications clés est présenté ci-dessous.

- **Vulnérabilité.** Un grand nombre de personnes déplacées dans les régions frontalières du Niger, ainsi que d'autres groupes marginalisés, et notamment de femmes, qui sont dans une large mesure exclues de la vie publique, de groupes ethniques nomades traditionnellement négligés, ou encore de communautés démunies et très isolées, seraient particulièrement vulnérables aux maladies et plus susceptibles de douter de la riposte aux épidémies.
 - L'évaluation dès le début et tout au long d'une urgence, associée à des efforts spécifiques d'engagement des groupes vulnérables en toute connaissance du contexte local, et notamment de leur histoire politique et de leur confiance dans le gouvernement, peut déterminer les modalités de l'adhésion ou de la réticence des populations à la riposte, le cas échéant.
- **Communication.** Diverses langues sont parlées au Niger et la population est en majorité illettrée. Si le nombre d'abonnements de téléphonie mobile est en augmentation, l'accès au réseau demeure relativement faible. Il arrive également que les populations locales aient des cadres alternatifs d'interprétation des maladies et de riposte.
 - Utiliser la radio communautaire et autres canaux oraux et imagerie visuelle, en utilisant les langues locales et les interprétations locales des maladies. Outre la diffusion d'informations, il est primordial de privilégier une communication axée sur

le dialogue, en adaptant la riposte et les messages qui en découlent aux priorités et aux interprétations des populations locales.

- **Régions frontalières.** La circulation transfrontalière est importante pour les moyens de subsistance, mais aussi pour la vie sociale et culturelle dans certaines régions du Niger. Toutefois, elle peut également déclencher des épidémies.
 - **Collaborer avec les autorités transfrontalières et d'autres acteurs** pour renforcer la lutte contre les maladies (par exemple en synchronisant les campagnes de vaccination) dans les régions frontalières, tout en facilitant une circulation transfrontalière continue, mais sûre, y compris sur les marchés.
- **Chefs locaux.** Les chefs traditionnels et en particulier les chefs religieux (surtout islamiques) sont reconnus et ont une grande influence sur la volonté des populations de participer à des interventions sanitaires telles que la vaccination.
 - **Coopérer avec les chefs traditionnels et religieux** de manière précoce et significative, que ce soit au niveau local, national ou régional (par exemple au nord du Nigéria), afin d'élaborer une riposte culturellement appropriée et d'inciter les populations locales à y participer.
- **Acteurs de santé privés.** Les Nigériens sont plus susceptibles et plus à même d'accéder à des services de santé offerts par un éventail de prestataires privés, y compris des guérisseurs (marabouts et imams), et des vendeurs informels et itinérants de médicaments.
 - **Coopérer avec tous types de prestataires de soins de santé** pour les activités de préparation et de riposte. En effet, ils peuvent jouer un rôle clé dans l'élaboration d'une riposte culturellement appropriée, en fournissant des informations, en soutenant les principaux aspects techniques et en renforçant la confiance de la population dans la riposte.

TABLE DES MATIERES

Synthèse et principales implications	1
Table des matières	3
Introduction	4
Système de santé	5
Charge de morbidité	5
Système de santé publique.....	6
Secteur privé de la santé.....	9
Recherche de soins et interprétations locales des maladies	10
Épidémies de maladies infectieuses, riposte et préparation	13
Risque de maladie et vulnérabilité.....	13
Populations vulnérables.....	15
Gouvernance en matière de riposte aux épidémies.....	16
Expérience en matière de préparation et de riposte aux épidémies	18
Communication et transport.....	19
Gouvernance et principaux acteurs.....	20
Ripostes communautaires aux épidémies et ripostes officielles.....	22
Défis actuels, enseignements et recommandations.....	26
Principales implications pour la préparation et la riposte aux épidémies.....	28
Principaux acteurs.....	31
Institutions de sciences sociales	31
Organismes engagés dans la riposte aux épidémies au Niger	31
Autres organismes engagés dans la santé au Niger	32
Remerciements.....	34
Annexe : informations historiques et contextuelles complémentaires.....	35
Contexte général.....	35
Économie politiques et histoire.....	36
Groupes, structures et organisations sociaux	39
Références.....	42

INTRODUCTION

Récemment, le Niger s'est trouvé confronté à des problèmes de conflits régionaux et de migration globale, alors qu'il est toujours en proie à sa propre fragilité politique, sociale, économique et écologique. Systématiquement classé dernier ou avant-dernier à l'Indice de développement humain, il compte parmi les pays les plus pauvres du monde¹. Ajoutons à cela un système de santé qui manque de personnel, de formation et d'équipement, et le Niger se retrouve confronté à d'immenses défis en matière de lutte contre les maladies². Cette note d'information s'appuie sur un examen de la documentation universitaire et de la documentation grise, mais aussi sur les contributions de spécialistes des sciences sociales et de spécialistes du Niger. La note d'information est organisée comme suit : 1) un aperçu du système de santé national, y compris des secteurs public et privé de la santé ; 2) les principaux défis en matière d'épidémies de maladies infectieuses, de préparation et de riposte et 3) une liste des principaux acteurs que les premiers intervenants de la riposte pourraient vouloir engager dans les activités de riposte. La note d'information se conclut sur les implications et les recommandations

relatives à la préparation et à la riposte aux futures épidémies au Niger. Des annexes fournissent une présentation plus approfondie du contexte général, de l'histoire et de l'économie politique, ainsi que des différents groupes sociaux et de l'organisation sociale au Niger. Cette note d'information technique a été élaborée par l'Institute of Development Studies, en vue de favoriser l'intégration des perspectives des sciences sociales et de l'anthropologie dans

l'assistance technique du programme L'Afrique contre les maladies (ACE) soutenu par UK AID, ainsi que dans son mécanisme de réponse rapide.



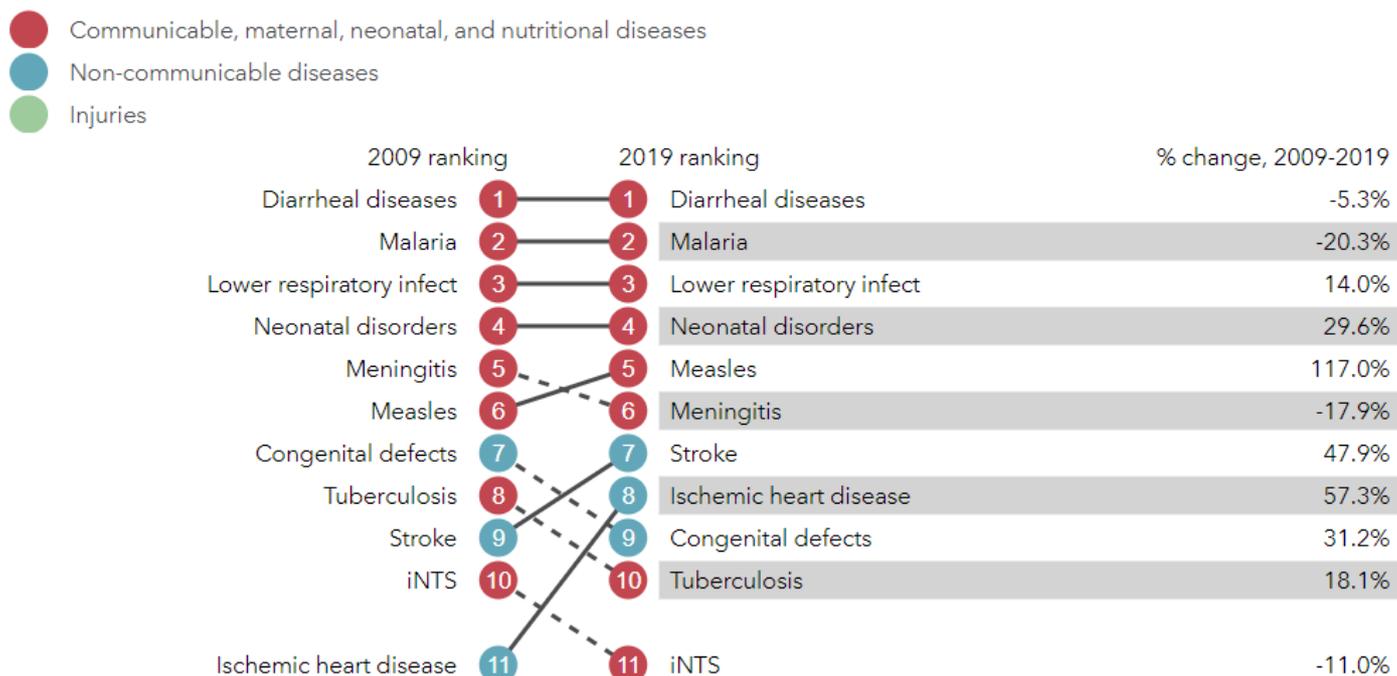
Carte du Niger. Le Niger compte 23,3 millions d'habitants. Cette population concentrée dans les régions semi-arables du sud est majoritairement composée d'agriculteurs sédentaires. Plus de 70 % de la population appartient aux groupes ethniques haoussa ou zarma. Les Touaregs et les Peuls nomades vivent traditionnellement dans les régions du centre et du nord. Source : <https://bit.ly/2VwCca3>

SYSTEME DE SANTE

CHARGE DE MORBIDITE

Le Niger est depuis longtemps confronté à une charge de morbidité alarmante, notamment en termes de maladies transmissibles, de complications maternelles et néonatales et de malnutrition. En 2019, les cinq causes de mortalité majeures étaient les maladies diarrhéiques, le paludisme, les infections des voies respiratoires inférieures, les maladies néonatales et la rougeole (voir la Figure 1)³. La mortalité infantile se situe toujours à un niveau alarmant, bien que variable d'une région à l'autre, et 1 enfant sur 13 meurt avant l'âge de 5 ans⁴. Le paludisme est responsable de 30 % des consultations externes et de la moitié des décès des enfants de moins de 5 ans⁵. La proportion d'enfants et d'adultes souffrant de malnutrition est importante, ce qui augmente la vulnérabilité aux maladies infectieuses et aggrave leur issue. Par exemple, la totalité des enfants décédés lors de l'épidémie de rougeole qui a touché un district sanitaire de Zinder en 2015 souffrait de malnutrition⁶. Le Niger est régulièrement confronté à des famines et des crises alimentaires (causées par la sécheresse, les invasions de criquets pèlerins, le prix élevé des denrées alimentaires et la pauvreté chronique), qui ont été recensées dès 1912⁷. De nombreuses recherches et interventions de santé au Niger sont axées sur la santé maternelle et infantile, la nutrition et la santé reproductive.

Figure 1. Les 10 principales causes du nombre total de décès en 2019 et leurs variations en pourcentage entre 2009 et 2019, tous âges confondus



Source : Institute for Health Metrics, 2019 : <http://www.healthdata.org/niger?language=48>

Le système de santé moderne s'est développé à partir du système biomédical établi par les colons français⁸. Sa portée reste limitée, étant donné que la moitié de la population seulement vit à moins de cinq kilomètres d'un établissement de santé⁹. Certains Nigériens doivent marcher plusieurs jours pour se rendre dans un établissement de santé, et ce périple est encore plus difficile pendant la saison des pluies qui court de juin à septembre¹⁰. Même lorsqu'ils parviennent à s'y rendre, les Nigériens s'accordent à dire que la plupart de ces établissements manquent de personnel et des fournitures essentielles, ou encore que leurs horaires sont irréguliers^{11,12}.

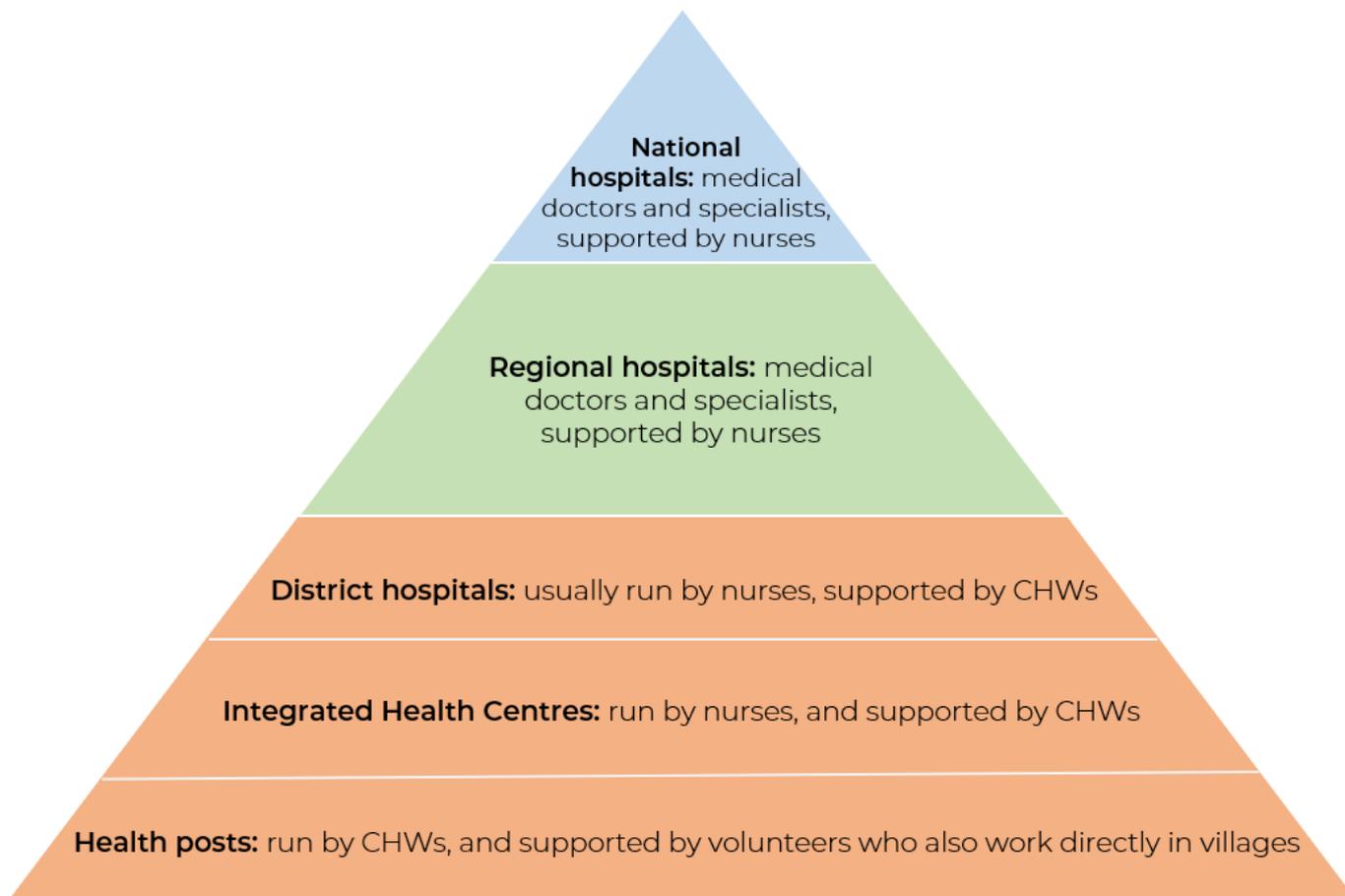
Pour une population de 23,3 millions d'habitants, le nombre de fonctionnaires du secteur de la santé publique ne comprenait que 757 médecins, 4 175 infirmières et 697 sages-femmes en 2016, essentiellement basés dans les zones urbaines. Des données datant de 2013 font état de 3 412 agents de santé communautaires (ASC) supplémentaires, eux aussi fonctionnaires, dont plus de 76 % travaillent en zone urbaine¹³. Plus de la moitié des docteurs exerçant au Niger vivent à Niamey (la capitale), contre seulement 6 % de la population totale¹⁴. Contrairement aux fonctionnaires de santé, plus de 83 % de la population du Niger vivent en zone rurale. On sait que des agents de santé renoncent à un salaire mensuel en échange de postes plus attractifs en zone urbaine¹⁵, et que leur absence des zones rurales peut également s'expliquer par le fait qu'ils recherchent des indemnités journalières en suivant les nombreuses formations dispensées par les ONG et le ministère de la Santé, mais aussi qu'ils travaillent à temps partiel dans les cliniques privées des grandes villes¹². Pour améliorer la préparation et la riposte aux épidémies, il est crucial de soutenir les agents et infrastructures de santé en zone rurale, en augmentant les financements et en développant la formation.

Structure du système de santé publique

L'organisation du système de santé suit une structure pyramidale (voir la Figure 2). Au niveau le plus décentralisé se situent les cases de santé gérées par des ASC rémunérés et épaulés par des relais communautaires bénévoles, qui travaillent eux aussi directement dans les communautés. Les ASC, qui suivent généralement une formation de six mois avant leur déploiement, sont chargés de fournir les services de santé primaire et préventive dans ces cases¹⁶. Plus haut dans la pyramide se trouvent les centres de santé intégrés (CSI) qui supervisent les cases de santé dans leur zone desservie (« zone sanitaire ») ainsi que les hôpitaux de district. Au niveau intermédiaire se trouvent les hôpitaux régionaux, et au niveau supérieur les hôpitaux nationaux. En règle générale, les médecins ne sont présents qu'aux niveaux intermédiaire et national, la plupart des services de santé du pays étant fournis par des ASC¹⁶, des infirmières, voire des relais

bénévoles. Ce sont ces professionnels de santé, souvent surmenés et sous-payés, qui se retrouvent en première ligne quand des maladies apparaissent ou que des épidémies se déclarent. Il est donc crucial de les impliquer et de les soutenir de manière importante dans la préparation et la riposte.

Figure 2. Organisation des services et du personnel de santé à chaque niveau



Source : auteurs (données compilées à partir de diverses sources)

Le système d'orientation des malades n'est pas efficace¹⁷, et ces orientations sont souvent très tardives, ou effectuées de manière horizontale alors qu'elles devraient être verticales. Cela illustre bien les principaux défis en matière de communication entre les établissements des différents niveaux, et la nécessité d'améliorer celle-ci¹⁴. Dans l'ensemble, le système est insuffisamment financé. La dépense annuelle de santé par habitant était de 27 USD seulement en 2016, soit 5,4 % du PIB national. Sur cette somme, la contribution du gouvernement était de 24,9 %, celle des donateurs de 15 % et celle des citoyens de 54,7 %¹⁸. Les organisations non gouvernementales internationales (ONGI) et les donateurs externes jouent désormais un rôle capital dans le maintien des opérations du système de santé. Leur contribution sera également essentielle pour fournir les ressources financières (et autres) nécessaires à la préparation et à la riposte en période d'épidémie.

Prestation de services et expériences des soins

Si les soins de santé ont été élargis à partir de 1999 par la création de cases de santé gérées par des ASC, la plupart des Nigériens ont beaucoup de difficultés à accéder à des soins de qualité à cause de la distance qui les sépare des établissements, des moyens de transport limités, des routes en mauvais état, de la fermeture d'établissements ou des pénuries en fournitures, et de la nécessité de payer des frais de services officiels ou, très souvent, non officiels^{19,20}. Bien que le gouvernement ait instauré la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes en 2006 (les autres groupes devant régler le service sur le lieu de soins), des agents de santé et des patients signalent des problèmes de mise en œuvre et d'accès au programme de soins gratuits. Des agents de santé ont affirmé qu'on leur remboursait rarement les soins qu'ils dispensaient gratuitement et que cette politique avait augmenté leur charge de travail²¹. En outre, les mères restent confrontées à des obstacles financiers parce qu'elles doivent payer le transport et souvent acheter des médicaments dans le secteur privé^{22,23}. En effet, bien que cela soit officiellement interdit, les agents de santé délivrent souvent des ordonnances aux patients pour qu'ils achètent des médicaments à des acteurs externes du secteur privé, et ce, en raison des fréquentes pénuries de médicaments dans les établissements publics¹⁵. Les obstacles financiers sont un facteur majeur de la sous-utilisation des soins au Niger. Par conséquent, les transports et les traitements devraient être gratuits en période d'épidémie. Des chercheurs ont également souligné la « petite corruption » des agents de santé, comme la vente de médicaments gratuits, ou l'utilisation d'autres ressources telles que les ambulances pour leur usage personnel. Les citoyens ont le sentiment que cette corruption est répandue dans le système de santé, ce qui peut miner leur confiance dans ce système et les dissuader de participer à la riposte aux épidémies¹⁹. La transparence et l'implication de membres de la communauté et d'acteurs locaux reconnus dans la planification et la mise en œuvre de la riposte aux épidémies pourraient dissiper ce sentiment de méfiance.

Le système de santé actuel étant une réplique de celui de la période coloniale, les patients peuvent faire l'objet d'un traitement discriminatoire, en particulier s'ils sont démunis et issus de zones rurales, à moins qu'ils n'entretiennent une relation sociale avec un agent de santé ou jouissent d'un statut social élevé^{12,24}. Les personnes issues de groupes ethniques minoritaires comme les Touaregs et les Peuls nomades peuvent également être confrontées à des barrières linguistiques lorsqu'elles se rendent dans des établissements de soins, puisque les agents de santé sont majoritairement originaires des ethnies dominantes haoussa ou zarma (voir l'annexe). Les femmes issues de minorités ethniques sont les plus concernées, car il est encore moins probable qu'elles parlent le haoussa, la langue du groupe ethnique dominant des Haoussas (qui représentent 52 % de la population), souvent utilisée pour communiquer entre les différents groupes

sociaux au Niger. Elles peuvent ainsi se retrouver privées d'informations essentielles, voire de soins²⁵. La riposte aux épidémies doit intégrer des outils pour communiquer avec les personnes issues de divers groupes ethnolinguistiques, et faire participer des personnes issues de ces communautés à la prise de décisions, à la planification et à la mise en œuvre.

On sait que la capacité d'un patient, ou d'un membre de sa famille l'accompagnant, à se frayer un chemin dans les services de santé publique, à faire face aux difficultés liées et à les promouvoir est une aptitude importante qui augmente les chances d'obtenir des résultats positifs en matière de santé au Niger^{19,25}. En particulier, les agents et établissements de santé peuvent acquérir une réputation positive ou négative parmi les membres de la communauté, qui chercheront par conséquent à les consulter ou à les éviter, si possible¹⁹. Les agents de santé communautaires bénévoles peuvent être considérés comme des acteurs de la santé particulièrement reconnus au niveau local²². Pour les cas les plus graves, les hôpitaux et cliniques sont parfois vus comme de simples mouiroirs²⁶. Pour assurer une riposte efficace aux épidémies, il est important de déployer des efforts en vue de comprendre le contexte local, et notamment d'identifier les agents et les établissements de santé reconnus, le cas échéant.

SECTEUR PRIVE DE LA SANTE

Comme dans de nombreux pays pauvres, il est souvent plus facile d'accéder à des établissements et services de santé en passant par une série d'acteurs du secteur privé tels que des ONG, des médecins privés, des pharmaciens, des vendeurs informels de médicaments, des accoucheuses traditionnelles, des praticiens de la médecine par les plantes, spirituelle ou religieuse, ou encore à des établissements de santé biomédicale à but lucratif dans le cas des zones urbaines. Des organismes internationaux et des ONG comme UNICEF et MSF, entre autres, ainsi que des organisations confessionnelles,²⁷ fournissent également des services de santé biomédicale, en soutenant parfois les services et interventions publics, mais parfois aussi en fournissant les leurs en parallèle. Cependant, ils n'arrivent pas toujours à maintenir une présence soutenue, en particulier dans les zones rurales, en raison de conditions difficiles et de menaces de sécurité, mais aussi des réglementations plus strictes du gouvernement sur leurs activités ces dernières années²⁸. Les acteurs de la riposte qui sont extérieurs aux communautés touchées peuvent rencontrer des problèmes similaires. Par conséquent, ils doivent soigneusement examiner et prévoir tout problème de sécurité et de logistique susceptible de survenir dans une zone donnée.

Il existe au Niger un vaste commerce non réglementé de médicaments aisément disponibles, et notamment de médicaments biomédicaux de contrefaçon ou de qualité

médiocre, ainsi que de médicaments à base de plantes, provenant essentiellement du Nigéria^{20,29}. Le gouvernement affirme que 60 % de la population ont recours à la médecine traditionnelle et a créé une direction nationale dans le but d'en favoriser le développement³⁰. Les services de santé officiels affirment parfois à leurs patients que leurs maladies ne sont pas des « maladies pour les hôpitaux » et leur conseillent de se diriger vers des soins à base de plantes ou des soins spirituels³¹. Au Niger, la médecine « traditionnelle » tire son origine de la médecine pré-islamique et islamique. Elle peut faire usage de plantes locales, ou encore faire appel aux traditions animistes d'attachement aux esprits et à la possession³². Les villages ont souvent un marabout principal, un praticien de médecine coranique qui peut également recourir à d'autres formes de médecine traditionnelle, et d'autres praticiens de médecine coranique moins expérimentés. Le terme « marabout » peut être considéré comme péjoratif, aussi faut-il lui préférer le terme « imam ». Les guérisseurs traditionnels touaregs, appelés isherifans, soignent uniquement par imposition des mains³³.

Toute riposte aux épidémies doit impérativement impliquer cette grande diversité de prestataires de soins de santé pour atteindre un plus large public, que ce soit en termes de logistique (puisque ces praticiens sont probablement plus nombreux que les agents de santé publics, surtout en zone rurale) ou de confiance. En effet, les populations se sentent plus à l'aise quand ce sont ces acteurs qui leur fournissent informations, traitements et conseils plutôt que les agents de santé publics.

RECHERCHE DE SOINS ET INTERPRETATIONS LOCALES DES MALADIES

D'une manière générale, les Nigériens recourent peu aux services biomédicaux, notamment pour les raisons susmentionnées, même s'il est entendu que la politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans a contribué à améliorer leur état de santé, en dépit d'obstacles durables empêchant bon nombre d'entre eux d'utiliser ces services^{34,35}. Pour se faire soigner, les Nigériens ont tendance à essayer plusieurs approches. Les traitements pharmaceutiques sous forme de pilules et d'injections sont populaires, ainsi que les vitamines. Les Nigériens les achètent à des vendeurs informels et itinérants, et pratiquent souvent l'auto-médication en parallèle de la médecine « traditionnelle » en premier recours^{36,37}. Les patients recourent également à des options traditionnelles, en zones urbaines comme en zones rurales, et surtout dans ces dernières. Outre les remèdes à base de plantes, ces options peuvent inclure l'utilisation d'amulettes et de talismans, qui protègent contre les attaques d'esprits, ou encore la consommation de l'encre lavée des tableaux de prière, vendue par des marabouts locaux faisant appel à des techniques islamiques et pré-islamiques^{38,39}. Il est communément admis que chaque maladie a son médicament ou traitement. Bien que les Nigériens privilégient les services

traditionnels dans certains cas, ils essaient souvent divers types de traitement jusqu'à trouver le « bon ». À moins d'être gravement malades, il arrive donc qu'ils ne se rendent pas dans les établissements officiels, notamment si leur maladie est jugée comme n'étant pas du ressort de la biomédecine⁴⁰. Les personnes issues de certains groupes ethniques (surtout les nomades) traditionnellement négligés et marginalisés de la société nigérienne, sont moins enclines à chercher un traitement biomédical.

Certaines pratiques de guérison autochtones, comme l'utilisation d'amulettes, se font de plus en plus dans le secret. En effet, la propagation d'interprétations plus fondamentalistes de l'islam (comme l'izala ou le wahhabisme) peuvent désigner ces pratiques comme « haram » (contraires à l'islam). Si 98 % des Nigériens sont musulmans (avec quelques foyers de chrétiens et de baha'is dans les centres urbains)⁴¹, ce sont les Haoussas du sud qui ont les croyances islamiques fondamentalistes les plus fortes. Elles sont plus faibles chez les Touaregs et les Peuls nomades, ainsi que dans les communautés rurales. Les acteurs de la riposte aux épidémies devront tenir compte du contexte religieux des localités touchées, et admettre que certaines communautés peuvent refuser les interventions perçues comme contraires à l'islam, et que dans d'autres communautés les techniques de soins autochtones sont jugées tout aussi importantes pour lutter contre la maladie.

Interprétations de la maladie et de la santé

La recherche de traitement est également influencée par diverses interprétations de la maladie et de la santé. Les sciences sociales examinent depuis longtemps les contradictions entre les représentations biomédicales et les représentations populaires de la maladie au Niger^{37,40,42}. Par exemple, les mères considèrent la malnutrition comme une « maladie liée à la peur » et causée par une malédiction ou un esprit⁴³, alors que le trachome et la diarrhée sont considérés comme une partie intégrante du développement de l'enfant^{32,44}. Certains ont suggéré que, si certaines maladies étaient considérées comme « contagieuses » par la transmission de fluides corporels, d'autres étaient « transmissibles » par les relations sociales (par exemple l'épilepsie). Certains pensent que les épidémies de rougeole et de variole sont causées par des maladies « anciennes », tandis que la méningite est associée au besoin de chercher des soins biomédicaux⁴⁵. D'autres encore pensent que la polio est une maladie sociale ou spirituelle, qui résulterait des fautes commises par la famille affectée.

Il arrive que les maladies reconnues localement ne correspondent pas précisément aux maladies biomédicales. Chez les Zarmas, les termes « weyno » et « yeyni » désignent généralement les hémorroïdes et l'arthrite rhumatoïde, mais recouvrent également d'autres symptômes. Elles sont considérées comme des maladies qui doivent être

soignées à domicile⁴⁶. Deux catégories de maladies, dénommées « zahi » et « sanyi » chez les Haoussas, sont répandues dans tous les groupes ethniques. Les personnes classent souvent les maladies dans la catégorie « zahi » ou « sanyi », en particulier quand elles n'arrivent pas à les expliquer ou à les diagnostiquer autrement (voir l'annexe)⁴⁷. Les interprétations divergentes des patients et des praticiens de la biomédecine peuvent semer la confusion, et influencer sur la décision des patients de chercher ou non des services biomédicaux^{45,46}. Les acteurs de la riposte doivent comprendre que ces catégories locales de maladie, parmi d'autres, peuvent être pertinentes pour les populations en cas d'épidémie, surtout en cas de maladie émergente ou inconnue. Ils doivent chercher à les comprendre, par le dialogue, l'écoute et la recherche rapide, pour adapter la riposte en conséquence.

Décisions en matière de santé

Le patriarche décide généralement quels services de santé externes consulter, le cas échéant, indépendamment du membre de la famille concerné¹⁹. Des femmes ont exprimé le souhait que leurs maris soient mieux renseignés sur les questions de santé, afin qu'ils prennent de meilleures décisions²². Des interventions telles que les « écoles pour maris » ont été testées dans certains contextes, et ont produit des résultats positifs⁴⁸. D'une manière générale, les femmes ont moins de chances d'accéder elles-mêmes aux informations de santé. L'islam toujours plus fondamentaliste qui est pratiqué au Niger a également entraîné une augmentation du nombre de femmes recluses, qui ne peuvent sortir du foyer qu'avec l'autorisation de leur mari, surtout dans les zones le long de la frontière nigériane où vivent les Haoussas, chez qui la polygamie est une pratique très répandue (voir l'annexe). Toutefois, les femmes ont souvent l'opportunité d'acheter des médicaments aux vendeurs itinérants en visite dans leur village, ou de consulter un tradipraticien voisin avec leur argent de poche. Si les rôles liés au genre sont stricts dans l'ensemble du pays et des groupes sociaux, les femmes issues de groupes ethniques pratiquant un islam moins fondamentaliste (par exemple les Touaregs et les Peuls) peuvent jouir d'une plus grande liberté de décisions en matière de santé^{49,50}. Les acteurs de la riposte doivent trouver des moyens d'impliquer les hommes, qui ont davantage de pouvoir décisionnel et de liberté d'accéder aux informations en dehors du foyer, mais aussi les femmes qui, bien que moins libres de prendre des décisions, s'intéressent vivement à la santé de leur famille et prodiguent plus souvent les soins à domicile.

ÉPIDÉMIES DE MALADIES INFECTIEUSES, RIPOSTE ET PRÉPARATION

RISQUE DE MALADIE ET VULNERABILITÉ

Le Niger est confronté à des épidémies régulières et saisonnières de maladies infectieuses endémiques, en particulier de paludisme et de choléra pendant la saison des pluies, et de rougeole pendant la saison sèche (voir le Tableau 1). Le poliovirus dérivé d'une souche vaccinale suscite une inquiétude croissante, car la couverture vaccinale demeure insuffisante.

Assainissement. Le manque d'infrastructures d'assainissement et d'eau propre est un facteur majeur du risque de maladie. Seuls 13 % de la population ont accès à des installations d'assainissement de base (latrines ou toilettes), et 71 % de la population pratiquent la défécation en plein air⁵¹. En 2017, moins de 50 % de la population avaient accès à de l'eau propre. Cette proportion était encore bien inférieure dans les zones rurales⁵². Cela est lié à la pauvreté généralisée. Le Niger est le pays le plus pauvre parmi ses voisins d'Afrique de l'Ouest, et 67,4 % de ses habitants vivent dans une grave pauvreté multidimensionnelle (une mesure de la privation en termes de revenus, de santé, d'éducation, mais aussi de privation sociale)¹. La préparation devrait se concentrer sur l'amélioration des déterminants sociaux de la santé, et en particulier sur la démocratisation de l'accès durable à une eau propre et à une infrastructure d'assainissement.

Circulation transfrontalière. Les épidémies au Niger sont souvent liées à la circulation transfrontalière. La vaste épidémie de choléra de 2018 aurait par exemple été déclenchée par l'afflux de personnes en provenance du nord du Nigéria, venues chercher des services de santé dans la région de Maradi, d'où la maladie s'est rapidement propagée à d'autres régions⁵³. L'adhésion du Niger à la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) permet aux citoyens de circuler et de commercer librement au-delà des frontières poreuses des 15 pays divisés sur le plan administratif, où des groupes sociaux partagent une même origine ethnique, une même langue et une même culture, et se livrent à un commerce régulier sous la forme de marchés hebdomadaires et saisonniers^{54,55}. La migration pendant la saison sèche (appelée « exode ») est depuis longtemps un moyen courant pour les hommes d'aller travailler temporairement dans les pays voisins, avant de retourner à leurs champs pour la saison des pluies⁵⁶. Ces dernières années, le Niger est devenu un lieu de transit pour les migrants internationaux qui espèrent rallier l'Europe en traversant le Sahara⁵⁷. Bien que la circulation transfrontalière puisse déclencher des épidémies, elle est également vitale pour

maintenir les moyens de subsistance et les importants réseaux socioculturels de la population. Les efforts de préparation aux épidémies devraient se concentrer sur l'amélioration de la coopération transfrontalière afin de lutter contre les épidémies, notamment en travaillant directement avec les communautés mobiles, tandis que les ripostes aux épidémies devraient éviter une fermeture totale des frontières. Cela est intenable au vu de la longueur et de la porosité des frontières du Niger, et peut également avoir des répercussions économiques et sociales désastreuses (voir l'annexe)^{58,59}.

Zoonoses. L'importante population de dromadaires au Niger a été signalée comme présentant un risque d'émergence de zoonoses⁶⁰, tout comme les pratiques socioculturelles de prêt du bétail⁶¹. Afin d'empêcher les vols, certaines personnes vivent à proximité immédiate de leur bétail, et notamment de vaches, de chèvres, de moutons, de poulets, de canards, de chevaux et d'ânes. Les maladies qui touchent les animaux et les hommes, y compris la grippe aviaire et la fièvre de la vallée du Rift (FVR), sont également considérées comme des risques majeurs. Ces dernières années, des épidémies de ces deux maladies se sont déclarées.

Tableau 1. Épidémies importantes au Niger entre 2000 et 2020

Maladie	Années d'importantes épidémies	Contexte
Méningite	2001, 2002, 2003, 2006, 2009, 2015 (9 367 cas présumés, 549 décès), 2017, 2018, 2019	Après une période de 5 ans sans épidémie de méningite (grâce aux programmes de vaccination), une souche plus rare a provoqué une importante épidémie en 2015, au cours de laquelle Niamey, la capitale, fut particulièrement touchée. Les pénuries de vaccin ont compliqué la riposte ⁶² .
Choléra	2001, 2002, 2004, 2005, 2006, 2010, 2014 (>2 000 cas), 2018 (>3 800 cas)	Le choléra apparaît régulièrement pendant la saison des pluies, en particulier dans les régions plus humides du sud et dans les communautés bordant le fleuve Niger, au moment de la crue annuelle. Il peut également se déclarer pendant la saison sèche, notamment dans les zones où l'accès à l'eau propre et à l'infrastructure d'assainissement est encore plus limité, par exemple dans les communautés déplacées, le long de la frontière nigériane ^{53,54} .
Rougeole	2003 (40 000 cas et 500 décès à l'échelle nationale), 2015, 2019 (>10 000 cas), 2020	Des épidémies de rougeole se déclarent presque tous les ans à travers le pays. Elles sont associées à la saison sèche, lors des importantes migrations de main d'œuvre ⁶³ , ainsi qu'à la circulation transfrontalière ⁶ . Malgré l'augmentation de la couverture vaccinale au fil des ans, les taux de vaccination restent insuffisants et le nombre de cas est même en augmentation ces dernières années. On note des variations d'une région à l'autre.

Polio	2013, 2018, 2019, 2020	Des épidémies à petite échelle de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale se sont déclarées ces dernières années, généralement dans le sud du Niger et en lien avec la circulation transfrontalière entre le Niger et le Nigéria. Des cas de poliovirus sauvage ont été documentés dans les années 1990 et 2000, le dernier cas connu datant de 2012 ⁶⁴ .
Fièvre de la vallée du Rift (FVR)	2016 (33 personnes décédées)	Si la FVR touche principalement le bétail, elle peut également infecter et tuer des humains, et nuire à leurs moyens de subsistance par la perte de bétail. L'épidémie qui a touché les éleveurs nomades de la région de Tahoua, à la frontière malienne au nord-ouest du Niger, a fait craindre une propagation plus importante suite à un rassemblement annuel important, le festival Cure Salée, qui rassemble deux millions de têtes de bétail de la région venant y paître ⁶⁵ .
Hépatite E	2017 (736 cas avérés, 38 décès)	Cette épidémie a touché la région de Diffa, suite à un conflit qui a déplacé environ 250 000 personnes dans la région frontalière du Nigéria, les forçant à vivre dans des conditions sanitaires particulièrement déplorable. De nombreuses victimes étaient des femmes enceintes ⁶⁶ .

Source : auteurs (données compilées à partir de diverses sources)

POPULATIONS VULNERABLES

Les populations réfugiées, déplacées et mobiles sont particulièrement affectées par le manque d'accès à de l'eau propre et à une infrastructure d'assainissement. Elles sont donc particulièrement vulnérables aux maladies infectieuses comme le choléra, l'hépatite et la polio. Depuis 2012, la migration à l'intérieur du Niger et vers le Niger s'est également accélérée à cause de violences perpétrées par des groupes terroristes dans la région, et de plus en plus sur le territoire national (Boko Haram, groupes liés à Al-Qaïda et à l'EI, etc.)^{67,68}. On compte aujourd'hui plus de 500 000 personnes au Niger, majoritairement des femmes et des enfants, qui ont été récemment déplacées suite aux violences au nord du Nigéria, au Mali et au Burkina Faso, mais aussi à l'intérieur du Niger. Ces personnes déplacées sont concentrées dans les régions de Diffa, de Tahoua, de Tillabéri et de Maradi^{69–71}. Suite à l'intervention de l'Union européenne, des migrants internationaux ont été interceptés sur le trajet vers l'Europe. Ils risquent maintenant d'être placés en quarantaine et en détention dans des conditions similaires à celles des camps, en attendant leur rapatriement⁵⁹. La migration à l'intérieur du pays résulte traditionnellement de crises alimentaires régulières, qui poussent les habitants des zones rurales vers les zones urbaines. La circulation de tous ces migrants, au Niger et entre le Niger et les pays voisins, exacerbe leur vulnérabilité aux maladies, ainsi que celle des communautés les accueillant.

Genre. Comme indiqué précédemment, les femmes ont moins de chances d'accéder aux informations de santé, alors que leurs responsabilités familiales peuvent augmenter leur vulnérabilité à certaines maladies dans certains contextes. Par exemple, les femmes issues de foyers déplacés ont été touchées de manière disproportionnée par l'importante épidémie d'hépatite E qui s'est déclarée en 2017 dans la région de Diffa, et de nombreuses femmes enceintes sont décédées. Cette plus grande vulnérabilité des femmes viendrait du fait que ce sont elles qui sont chargées de chercher l'eau⁶⁶. Les hommes de plus de 15 ans semblent avoir été touchés de manière disproportionnée par les épidémies de choléra, contrairement à ce qui a été constaté dans les autres pays de la région. Cependant, les données peuvent être biaisées par les signalements insuffisants de cas chez les femmes (et chez les enfants)⁵⁴.

Les enfants sont également plus vulnérables à certaines épidémies de maladies infectieuses, en particulier de rougeole, de polio et de méningite, qui sont en recrudescence depuis quelques années. Malgré une augmentation de la vaccination des enfants ces vingt dernières années, la couverture vaccinale reste insuffisante pour mettre un terme à la circulation des virus. Sur le seul premier semestre 2019, on comptait plus de 10 000 cas de rougeole et 53 décès⁷². Ces chiffres sont à mettre au regard des 478 cas et 4 décès survenus après les campagnes majeures de vaccination soutenues par l'Initiative contre la rougeole⁷³. Des retards dans les campagnes de vaccination majeures, qui visent à « éradiquer la rougeole d'ici à 2021 », ont gâché les récents efforts, augmentant encore les cas⁷⁴. Les récentes épidémies de polio de 2020 sont également liées à l'arrêt des campagnes de vaccination pour cause de COVID-19⁷⁵.

GOVERNANCE EN MATIERE DE RIPOSTE AUX EPIDEMIES

Le gouvernement nigérien est doté de structures de surveillance des maladies et de riposte aux épidémies. Ces tâches sont de la responsabilité principale de la Direction de la Surveillance et de la Riposte aux Épidémies (DSRE) du ministère de la Santé (MDS). Les autres directions concernées sont la Direction Générale de la Santé Publique (DGSP) et la Direction des Statistiques (DStat)⁷⁶. L'État a reconnu l'importance d'une collaboration intersectorielle en matière de riposte. Avec le soutien de l'OMS, il a créé en 2018 un comité technique « Une seule santé », doté de sept sous-comités spécialisés (logistique, communication, intervention d'urgence, traitement, prévention et contrôle des infections, et laboratoire)⁶⁰. Le Tableau 2 présente d'autres instances de gouvernance participant ou associées à la santé, à la surveillance des épidémies et riposte, à différents niveaux. On ne sait pas vraiment si et comment ces structures ont agi en matière d'épidémies, et on ne saurait présumer de leur existence ou de leur fonctionnement.

Tableau 2. Principales instances de gouvernance de santé aux différents niveaux du système

Niveau	Instances de gouvernance
National	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé, y compris la Direction Générale de la Santé Publique (DGSP), la Direction de la Surveillance et de la Riposte aux Épidémies (DSRE), et la Direction des Statistiques (DStat) • Comités techniques nationaux multisectoriels Une seule santé • Ministère de l'Élevage • Ministère de l'Environnement, de la Salubrité Urbaine et du Développement Durable • Dispositif national de prévention et de gestion des catastrophes et crises alimentaires (DNPGCCA), travaille avec les communautés pour détecter les crises émergentes.
Région (n = 8)	<ul style="list-style-type: none"> • Directions Régionales de la Santé Publique (DRSP) (une pour chaque région) • Services de la programmation et de l'information sanitaire (SPIS), supervisent la collecte des données provenant des districts sanitaires. • Comités régionaux multisectoriels Une seule santé
District sanitaire (n = 72)	<ul style="list-style-type: none"> • Centres de Surveillance Épidémiologique (CSE), supervisent la collecte des données provenant des aires de santé. • Comités de district Une seule santé • Observatoires de suivi de la vulnérabilité (OSV), établis dans certaines régions et opérant indépendamment du MDS pour assurer un suivi des urgences dans différents secteurs (agriculture, élevage, santé, etc.).
Aires et communautés de santé	<ul style="list-style-type: none"> • CSI (centres de santé intégrés), depuis 2019, ils recueillent et saisissent les données de santé directement dans le système numérique DHIS2 pour la zone desservie par l'établissement. Ces données sont également transmises sur papier au CSE du district. • Comités de gestion communautaire (COGES), soutiennent la gestion du CSI. Composés du directeur du CSI et de membres de la communauté de l'aire de santé du CSI. • Comités de santé communautaire (COSAN), composés de membres bénévoles de la communauté. Ils soutiennent la planification du district sanitaire aux côtés des COGES. • Structures communautaires d'alerte précoce et de réponses aux urgences (SCAP-RU), établies dans certaines aires de santé pour détecter les préoccupations émergentes. Elles opèrent dans différents secteurs, y compris dans le secteur de la santé.

Source : auteurs (données compilées à partir de diverses sources)

Surveillance

Outre la supervision des ripostes aux épidémies, la DSRE est chargée de la mise en œuvre de la stratégie récemment renouvelée de Surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR), à laquelle 89 % des districts ont été formés⁶⁷. Le guide technique de SIMR exige la

surveillance de 55 maladies, conditions et évènements⁶. Il est prévu que la surveillance commence au niveau communautaire, avec les ASC qui contribuent à l'identification des maladies et à l'information des postes sanitaires et des CSI. En théorie, les données sont ensuite escaladées aux fonctionnaires des districts et des régions, qui les saisissent dans le Système national d'information sanitaire (SNIS) tous les mois, ou tous les trimestres selon la maladie. En période d'épidémie, le processus de compte rendu peut se faire sur une base hebdomadaire⁵⁴. Avec le lancement de DHIS2 en 2019, les CSI peuvent désormais saisir les données directement dans le système numérisé, sans avoir à passer par la laborieuse escalade des papiers dans le système. Cependant, en raison de problèmes électriques et d'Internet, les deux systèmes fonctionnent aujourd'hui en parallèle. Au début d'une épidémie, une fois qu'elle a fait l'objet d'un signalement et d'une enquête, les maladies à déclaration obligatoire sont confirmées au laboratoire national, le Centre de recherche médicale et sanitaire (CERMES), ou au laboratoire de référence de l'OMS au Sénégal si les laboratoires du Niger n'ont pas la capacité de diagnostiquer une maladie particulière.

EXPERIENCE EN MATIERE DE PREPARATION ET DE RIPOSTE AUX EPIDEMIES

Les ripostes officielles aux épidémies impliquent généralement des collaborations entre le ministère de la Santé nigérien, l'OMS et une série d'autres partenaires internationaux tels que l'UNICEF, MSF, la Croix-Rouge (IFRC), le Fonds mondial, ALIMA (Alliance for International Medical Action), ainsi que des organismes nigériens comme BEFEN (Bien-être de la femme et de l'enfant au Niger). L'OMS fournit généralement au gouvernement l'assistance technique et financière nécessaire aux enquêtes de terrain, au lancement et à la mise à échelle de la surveillance et des dépistages en cours. D'autres partenaires peuvent se concentrer davantage sur le soutien de la gestion de cas au moyen de centres de traitement temporaires (ou en soutenant les établissements existants), sur la communication des risques et sur l'engagement communautaire.

L'État et ses partenaires ont également collaboré à la mise en œuvre de vastes interventions de lutte contre les épidémies. Parmi les exemples récents, on peut citer les campagnes de vaccination de masse contre la méningite et le choléra en 2015 (1,4 million de personnes vaccinées) et 2018 (150 000 personnes vaccinées)^{53,62}; la diffusion de tablettes de purification de l'eau et la construction de nouveaux puits en réponse à l'épidémie d'hépatite de 2017⁶⁶; et la distribution massive de moustiquaires antipaludiques à 90 % des familles avec des enfants de moins de cinq ans, notamment par dromadaire, âne et bateau en 2006, en misant sur l'infrastructure de la campagne de vaccination contre la polio⁷⁷.

COVID-19

Une riposte nationale est mise en œuvre en collaboration avec l'État (sous la direction du Comité technique national COVID-19 récemment créé) et ses partenaires (y compris l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et MSF)⁶⁰. Comme dans de nombreux pays africains, des mesures restrictives ont été prises début mars 2020, y compris des couvre-feux, des fermetures d'établissements scolaires, et des interdictions de déplacements interurbains et de rassemblements publics (y compris pour les prières)⁷⁸. Bien que le nombre de cas confirmés reste faible au Niger et que les mesures restrictives aient été levées, le nombre de personnes luttant pour satisfaire à leurs besoins alimentaires et autres besoins élémentaires a augmenté de 176 %⁷⁹. Comme indiqué précédemment, la COVID-19 a également affecté les vaccinations de routine, notamment parce que les mères ont peur d'emmener leurs enfants se faire vacciner. L'UNICEF soutient la formation de centaines d'agents de santé en matière de lutte contre la COVID-19 et de sensibilisation des communautés pour renforcer leur confiance dans la sécurité des services de santé⁸⁰.

COMMUNICATION ET TRANSPORT

Bien que l'utilisation et la couverture de la téléphonie mobile soient en rapide augmentation au Niger, elles demeurent plus faibles que dans les pays voisins (41 abonnements de téléphonie mobile pour 100 habitants en 2017). Elles sont les plus élevées chez les hommes vivant en zone urbaine⁸¹. L'accès à Internet est très faible. En 2018, seuls 5,3 % des habitants déclaraient avoir utilisé Internet au cours des trois derniers mois⁸². Pour ceux qui ont accès à Internet, WhatsApp est un moyen de communication de plus en plus important, en particulier chez les jeunes qui ont accès à des téléphones portables compatibles avec cette application⁸³. Le Niger se caractérise également par sa diversité linguistique et ses dix principales langues correspondant à différents groupes ethniques. Le haoussa est la langue courante la mieux comprise. Bien que le français soit la langue officielle du pays et celle de l'administration, peu de citoyens ordinaires le parlent. De plus, 65 % des Nigériens sont illettrés (ce chiffre étant plus élevé parmi les populations rurales et les femmes). La radio communautaire est le meilleur moyen pour communiquer des informations au public (Studio Kalangou propose une programmation étendue et reconnue⁸⁴), en plus d'autres informations audiovisuelles culturellement appropriées (dans les langues locales concernées). Il sera également important de recourir à des messages utilisant les concepts locaux, et une communication axée sur le dialogue permettant d'adapter les messages et autres activités de riposte.

Bien que le nombre de routes asphaltées ait augmenté ces dernières décennies, une grande partie du territoire reste inaccessible en voiture, en particulier pendant la saison

des pluies⁴. Pour transporter les marchandises ou les personnes ayant besoin de soins, les populations rurales ont couramment recours aux dromadaires, chevaux, chars à bœufs, et de plus en plus aux motos. Certaines communautés le long du fleuve Niger ne sont accessibles que par bateau, en particulier pendant la saison des pluies. Comme ces communautés courent un risque élevé d'épidémies de choléra, il est crucial de soutenir le transport fluvial pour faciliter la riposte⁸⁵. La distance jusqu'au port le plus proche (Cotonou au Bénin se trouve à 1 035 km) fait qu'il est plus coûteux et plus difficile d'obtenir des ressources importantes telles que médicaments et équipement⁴, ce qui peut entraver l'acquisition de fournitures essentielles en cas d'urgence.

GOVERNANCE ET PRINCIPAUX ACTEURS

Le Niger a connu une histoire politique tourmentée suite à son indépendance, et notamment plusieurs coups d'État, des régimes militaires, et des rébellions de Touaregs nomades historiquement indépendants, qui se sentaient exploités au nom des intérêts français pour l'uranium et négligés par l'État (voir l'annexe)⁸⁶.

Malgré l'instauration en 2011 d'une démocratie multipartite stable, les Nigériens ordinaires ont globalement l'impression que le gouvernement est corrompu. Pour une majorité d'entre eux, ce sont les chefs locaux qui sont les plus reconnus et les plus influents, notamment quand il s'agit d'influencer les attitudes à l'égard des interventions sanitaires extérieures. Ces chefs incluent les chefs traditionnels qui opèrent au sein du système étatique de gouvernance (dérivé des structures politiques des époques pré-coloniale et coloniale^{87,88}) et les chefs religieux (surtout islamiques). Le manque d'implication de ces chefs a été désigné comme une des principales raisons de l'échec d'un grand nombre d'interventions du planning familial⁸⁹, et de la réticence initiale de la population à croire que la COVID-19 était assez grave pour justifier des mesures restrictives fortes. À l'inverse, ils ont également collaboré avec des acteurs étatiques et internationaux dans le cadre d'interventions sanitaires, notamment dans le contexte des épidémies de COVID-19 et d'Ebola⁹⁰. Il est crucial que les acteurs de la riposte aux épidémies coopèrent avec ces

Politique et confiance

Si certains groupes comme les Touaregs ont une antériorité très explicite de résistance contre l'État et les acteurs étrangers, les problèmes de méfiance, résultant aussi bien des histoires politiques que des événements actuels, concernent tous les groupes. Par exemple :

- L'ensemble des groupes sociaux se souvient de la brutalité des colons français, ce qui peut affecter la confiance des populations dans les acteurs étrangers de la riposte aux épidémies.
- Le gouvernement se sert de la COVID-19 pour justifier la récente répression politique, ce qui pourrait nuire à ses futurs efforts de lutte contre les épidémies, en particulier des épidémies de nouvelles maladies ou de maladies peu connues.
- Pour plus d'informations à ce sujet et sur d'autres questions d'économie politique et d'histoire au Niger, veuillez consulter l'annexe.

acteurs pour les futures activités de préparation et de riposte. En raison d'une pauvreté généralisée et du manque de mécanismes de participation, la collaboration entre la société civile et le gouvernement est faible au Niger, en dehors des zones urbaines (voir l'annexe)^{91,92}.

Le Tableau 3 présente les diverses structures de direction administratives, traditionnelles et religieuses du pays que les acteurs de la riposte aux épidémies doivent connaître, et avec lesquelles ils doivent s'efforcer de collaborer en cas d'épidémie. Il convient de noter que si un grand nombre de chefs traditionnels sont soutenus par le gouvernement et y sont intégrés, il se peut que les territoires d'influence de ces chefs et des chefs religieux ne correspondent pas exactement aux unités administratives.

Tableau 3. *Chefs politiques, traditionnels et religieux au Niger, par niveau administratif*

Niveau administratif	Dirigeants politiques	Chefs religieux	Chefs traditionnels
National	Président de la République, Président de l'Assemblée nationale, Premier ministre Présidents d'autres institutions telles que CESOC, CSC et CNDH	Association islamique du Niger, Organisation nationale de la jeunesse musulmane (présente dans des écoles publiques et privées à travers le pays)	Conseil national des chefs traditionnels
Régions (n= 8)	Gouverneurs, présidents des conseils régionaux	Cheikhs, associations islamiques indépendantes (majoritairement adeptes de l'islam izala ; beaucoup sont financées par des organismes étrangers dans la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord)	Sultan d'Agadez, Sultan de Zinder, Sultan de Dosso, Sultan de Maradi, Sarkin Gobir
Départements (n=63)	Préfets	Imams, cheikhs	Chefs de provinces
Communes (n=265)	Maires		Chefs de cantons, chefs de groupements (sarki des Peuls, sarki des Touaregs, Toubous)

Villages (n = 12 700), quartiers		Imams	Chefs de villages, chefs de quartiers
----------------------------------	--	-------	---------------------------------------

Source : auteurs (données compilées à partir de diverses sources)

RIPOSTES COMMUNAUTAIRES AUX EPIDEMIES ET RIPOSTES OFFICIELLES

Malheureusement, très peu de recherches et de rapports médiatiques rendent compte des ripostes communautaires ou des ripostes officielles aux maladies, en particulier ces 15 dernières années. On peut toutefois noter une exception récente, lorsque des communautés ont provoqué des émeutes dans et autour des centres urbains en réaction à l'interdiction par le gouvernement des prières communes, et de l'interdiction de sortir des villes pour empêcher la propagation de la COVID-19⁷⁸. Ne constatant aucun impact conséquent du virus à l'échelle locale, la population a eu le sentiment que les politiciens avaient menti, et qu'ils limitaient inutilement les libertés économique, sociale et spirituelle de la population pour leur propre intérêt financier.

D'une manière générale, ces communautés sont toutefois généralement considérées comme plutôt passives. Elles sont par exemple « sensibilisées » ou « engagées » dans le cadre d'une conscientisation et d'un changement de comportement en matière d'hygiène élémentaire, de reconnaissance des symptômes des maladies et de recherche précoce de traitement. Une description de l'épidémie de rougeole de 2017 indique que des stations de radio communautaires et des crieurs publics ont été engagés à des fins de mobilisation sociale⁶. Ces activités sont souvent décrites comme essentielles pour mettre un terme aux épidémies⁹³. C'est peut-être vrai, mais on a peu examiné et réfléchi à la manière dont la population perçoit, interprète et vit concrètement ces activités et d'autres composantes de la riposte, et les différences qu'il peut y avoir au sein d'une communauté et entre les communautés à ce sujet. Dans le cas de la COVID-19, il est démontré que certaines personnes évitent les établissements de santé et les soins de base par peur de contracter le virus, ou d'être testées positives à la COVID-19, ce qui entraînerait leur isolement et leur hospitalisation forcée^{80,94}. D'autres feraient fi du risque si elles considèrent que la maladie ne touche que les personnes aisées et les étrangers. Ces connaissances peuvent être exploitées pour adapter les messages et les interventions en temps réel. Elles peuvent aider à expliquer les réussites et les échecs d'une riposte et fournir des enseignements pour des interventions ultérieures.

Étude de cas : réticence à la vaccination, une histoire de négligence et de (manque de) confiance

Parmi les exemples les plus probants tirés des sciences sociales de la riposte aux maladies au Niger, on peut citer le témoignage d'une réticence au vaccin antipoliomyélitique oral

(VPO) dans certaines communautés du sud du Niger lors des campagnes de vaccination massive du début des années 2000. Ce qui pouvait d'abord sembler relever d'un refus pour motif religieux ou d'une simple ignorance, était en fait une histoire bien plus complexe faisant interagir plusieurs facteurs se renforçant mutuellement. D'abord, les gens ont été découragés par des agents de santé brusques qui, faute de temps et sous pression, ne sont parvenus à expliquer les potentiels effets secondaires et à rassurer les parents. Cela est compréhensible, dans la mesure où quelques années auparavant, plusieurs enfants étaient décédés au cours d'un essai de vaccin au nord du Nigéria, une région possédant des liens socioculturels forts avec le sud du Niger. Les faux vaccins contre la méningite administrés au Niger pendant les années 1990 auraient également tué des milliers d'enfants²⁰. Deuxièmement, la population s'est méfiée des ressources considérables allouées à la campagne de VPO (avec des agents rendant visite à chaque ménage), puisqu'elle avait toujours connu un système de santé à peine fonctionnel jusque-là. Cela a alimenté les rumeurs d'un gouvernement manipulé par les puissances occidentales, qui aurait voulu mettre un terme à l'expansion des populations musulmanes en leur administrant un vaccin provoquant l'infertilité. Ce mouvement était mené localement par un prédicateur musulman charismatique en lien avec des chefs islamiques du nord du Nigéria, qui dissuadaient également la population de se faire vacciner contre la polio²⁰. Cette « rumeur de stérilité »⁹⁵ exprimait aussi bien un passé de négligence, d'injustice et de méfiance entre les citoyens, l'État et les puissances étrangères, que des valeurs locales de fertilité et de survie collective, en plus des relations locales basées sur la confiance. Les chefs et organismes religieux du Niger (et du nord du Nigéria) sont puissants et les communautés nigériennes leur accordent une grande confiance. Ils constituent un élément clé des interventions en matière de santé. Ils ont continué de jouer un rôle dans la contestation des réformes de santé, jugées pro-Occident ou anti-islamiques. Ce rôle est particulièrement évident dans la résistance actuelle contre les programmes de planning familial, malgré un investissement énorme du FNUAP et d'autres organismes^{89,96}.

En plus des craintes liées aux vaccins et à l'infertilité, la population peut éprouver une appréhension raisonnable à se faire vacciner. On a découvert que des faux vaccins contre la méningite circulaient en 2015 et en 2019⁹⁷⁻⁹⁹, alors même que les pénuries de vaccin au cours de la grande épidémie de méningite de 2015 a semé la confusion sur les raisons pour lesquelles des personnes bénéficiaient de vaccins et pas d'autres¹⁰⁰. La distribution de maigres ressources lors d'une urgence sanitaire, en particulier si elle favorise les « personnes qui ont des relations » comme cela se fait couramment dans le cadre de prestations de services de santé de routine au Niger, pourrait dissuader la population de s'engager dans la riposte. En outre, comme suggéré précédemment, la population pourrait tout simplement considérer que les maladies infectieuses ne sont pas du ressort

de la biomédecine et serait donc susceptible de ne pas s'intéresser à ce type de soins. Ou alors, comme nous l'avons constaté avec la COVID-19, la population pourrait ne pas considérer certaines maladies infectieuses comme une menace ou une priorité.

Confiance, inclusion et formes locales d'organisation et d'autorité sociales

Cette expérience historique de réticence à la vaccination illustre parfaitement l'importance de la confiance entre les citoyens et les acteurs étatiques en matière d'interventions de santé. Si certains groupes sociaux ont entretenu des relations plus ouvertement tendues avec l'État par le passé (par exemple les Touaregs nomades), même les communautés de groupes ethniques bien intégrés dans la société nigérienne, comme les Haoussas, font peu confiance à l'État et refusent de se faire vacciner ces dernières années. Leur sentiment que l'État a manqué à son obligation de les soutenir peut expliquer leur position. Cela est peut-être également lié à l'islam fondamentaliste, ou encore à la pauvreté et au manque d'opportunités chronique.

Il sera nécessaire de déployer des efforts pour renforcer progressivement la confiance dans l'État, notamment en élargissant l'accès à des soins de santé de qualité et en améliorant les conditions de vie essentielles, afin d'inciter davantage la population à s'engager dans la riposte aux épidémies. À court terme, les acteurs de la riposte doivent s'efforcer de garantir l'inclusion et la représentation des communautés en engageant les chefs locaux et les groupes sociaux reconnus dans les activités de préparation et de riposte, y compris dans les processus décisionnels et de mise en œuvre.

Chefs religieux. Comme mentionné précédemment, les chefs religieux sont des partenaires essentiels de la préparation et de la riposte aux épidémies. Selon une enquête Wellcome Trust datant de 2018, 93 % des personnes interrogées déclaraient qu'elles ne « croiraient pas la science » si celle-ci « n'était pas en accord avec leur religion »¹⁰¹. L'influence des chefs religieux s'est illustrée dernièrement : des chefs islamiques fondamentalistes ont exhorté de jeunes hommes, engagés dans une résistance violente aux mesures restrictives de lutte contre la COVID-19, à cesser les émeutes parce qu'ils considéraient celles-ci comme une menace pour l'opinion publique et la propagation de l'islam.

Structures informelles et locales. Les personnes interrogées dans le cadre de cette enquête ont également indiqué qu'elles avaient une grande confiance dans les habitants de leurs quartiers, soulignant ainsi l'importance d'engager les structures et organismes sociaux locaux. Cela est d'autant plus crucial pour atteindre les femmes, qui sont davantage isolées de la vie publique. Il est possible de les mobiliser par l'intermédiaire de groupes de femmes, appelés « foyandi » en zarma ou « asusu » en haoussa, qui sont

répandus dans les zones urbaines comme rurales. Ces groupes se réunissent souvent dans des buts précis, par exemple pour réunir de l'argent pour des événements exceptionnels, ou pour prêter des petites sommes à des membres^{102,103}. Les groupes d'hommes, ou « fadas », se réunissent régulièrement pour écouter la radio, se rencontrer, échanger des connaissances et réagir à l'actualité. Il est également important de les impliquer^{104,105}. Il est possible d'atteindre les jeunes par le biais des écoles, y compris les institutions d'enseignement coranique formelles et informelles^{106,107}, et des Maisons de la jeunesse et de la culture (MJC) dans les zones urbaines, qui offrent aux jeunes un espace pour se rencontrer et organiser des événements culturels. Toutefois, d'autres stratégies pourraient être nécessaires pour approcher les jeunes qui ne sont pas scolarisés, en particulier dans les zones rurales.

Structures locales associées à l'État. Bien qu'il soit important que les acteurs de la riposte entrent en contact avec les organismes communautaires formels associés à l'État et établis par lui, comme les COGEN, les COSAN et les SCAP-RU (voir le Tableau 2), il ne faut pas partir du principe que ceux-ci sont actifs, ou s'ils le sont, qu'ils constituent le meilleur moyen d'engager les populations locales. Des recherches suggèrent que si ces groupes peuvent être composés de membres de la communauté, ceux-ci ne sont pas forcément représentatifs de l'ensemble des voix locales mais plutôt des élites locales. Il y a également eu des cas de détournement de fonds commis par ces groupes^{108,109}.

En outre, l'engagement communautaire ne doit pas se caractériser par la diffusion d'information à sens unique, mais par un dialogue qui permettra aux acteurs de la riposte de fournir des informations cruciales, ou encore de comprendre les priorités, préoccupations et interprétations des communautés, ainsi que leurs capacités. Cela permettra aux acteurs de la riposte de mieux adapter les activités aux contextes locaux, et facilitera les stratégies dirigées par la communauté.

Stratégies dirigées par la communauté

Peu de recherches ont été menées dans ce domaine au Niger, mais les communautés peuvent jouer un rôle actif dans la riposte aux épidémies, en engageant les acteurs étatiques et en agissant indépendamment. Leurs actions peuvent être éclairées par les systèmes de croyances locaux. Par exemple, certaines communautés zarmas pratiquent le « Yeynandi », une cérémonie annuelle organisée par les « zimans » (prêtres des génies) pour apaiser les esprits et empêcher les épidémies de méningite et de choléra^{110,111}. Tradition ancrée au Niger, les croyances en des esprits sont de plus en plus diabolisées par un islam fondamentaliste en pleine expansion, elles parlent toujours à un grand nombre de communautés³⁹. Les rituels de possession spirituelle sont depuis longtemps utilisés par le public pour interpréter des événements importants, comme les famines et

la colonisation¹¹². Ils peuvent devenir importants dans le cadre d'une catastrophe sanitaire. Avec d'autres croyances et rituels locaux, ces pratiques peuvent aider à détecter des épisodes inattendus de maladie, à mobiliser des populations et à créer des liens importants entre les structures locales de direction et d'autorité et la riposte extérieure. Elles peuvent devenir la source d'un dialogue respectueux par lequel les acteurs biomédicaux et de santé publique et les populations apprendront les uns des autres et travailleront de concert pour lutter contre les épidémies. Les communautés peuvent également jouer un rôle important dans la riposte officielle, notamment en comblant les lacunes de la surveillance des maladies dans les zones mal desservies par les systèmes de santé, déplorées depuis longtemps au Niger, mais aussi dans d'autres contextes de faibles ressources. En 1999, des chercheurs ont constaté que plus de la moitié des cas de polio avaient été signalés par des parents et des ASC au sein de communautés où un travail de sensibilisation avait été mené¹¹³.

DEFIS ACTUELS, ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS

Comme le suggère cette note d'information, le Niger est toujours confronté à des défis énormes en matière de préparation et de riposte aux épidémies. La plupart des problèmes majeurs relevés par la documentation épidémiologique au Niger (dont la majorité adopte des perspectives de santé publique, biomédicales, de gouvernance ou opérationnelles) sont liés à des problèmes techniques. Ces problèmes incluent la difficulté d'atteindre une grande partie de la population, l'augmentation des risques pour la sécurité nationale, l'infrastructure médiocre et les limites actuelles du système de santé¹¹⁴. Dans une évaluation de la préparation conduite en pleine épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, dont beaucoup craignaient qu'elle atteigne le Niger¹¹⁵, l'OMS a constaté un manque d'infrastructures d'isolement et de traitement ou encore de personnel médical et de riposte qualifié, ainsi que l'absence d'un centre opérationnel pour coordonner la riposte¹¹⁶. Parmi les autres lacunes et les recommandations formulées au fil des ans, on peut citer la nécessité de renforcer la surveillance et les contrôles sanitaires transfrontaliers, d'améliorer l'accès à l'eau propre et à l'assainissement, de combler les « lacunes persistantes en matière de surveillance infranationale » et notamment parmi les populations mobiles et migrantes, ou encore de renforcer les capacités des laboratoires et d'accélérer l'analyse des échantillons prélevés sur le terrain¹¹⁷. En termes de maladies spécifiques, l'évaluation a relevé que la vaccination contre le choléra se concentrait sur les régions fluviales, alors que dans le cas de la rougeole, on recommandait de synchroniser les activités vaccinales avec les autorités transfrontalières et de les programmer juste avant les migrations saisonnières, susceptibles de déclencher des épidémies⁶³.

Les problèmes sociaux et culturels étaient moins souvent pris en compte dans les enseignements et les recommandations émises par les acteurs et les chercheurs internationaux du domaine de la santé, à quelques exceptions notables près. Parmi ces exceptions, l’OMS a recommandé de former les équipes funéraires de manière culturellement adéquate et de mettre des sacs mortuaires blancs à leur disposition (pour respecter la tradition islamique), au cas où une épidémie d’Ebola atteindrait le pays¹¹⁶. En outre, le rôle des chefs religieux est également plus largement reconnu. En effet, World Vision a convié des chefs islamiques et chrétiens à un atelier afin d’envisager une riposte culturellement et spirituellement adaptée à Ebola⁹⁰.

Comme indiqué précédemment, les perceptions et les expériences des communautés sur le terrain ont suscité encore moins d’attention. Comme nous l’a enseigné l’expérience de la réticence à la vaccination, le manque de confiance et l’incapacité à engager les communautés de manière significative peut entraîner un échec critique des interventions. Cela peut également se produire de manière plus subtile et dans le cadre de processus à plus long terme, comme l’amélioration de l’assainissement. La recherche sur le choléra indique que des personnes se sont opposées à la construction de latrines dans leur foyer, parce qu’elles ne voulaient pas paraître égoïstes ou donner l’impression de faire passer leurs intérêts personnels avant ceux de la communauté⁵⁵. Tout effort pour mieux comprendre les normes, expériences et perceptions sociales, culturelles, économiques et politiques des populations locales sera précieux pour améliorer la préparation et la riposte aux épidémies nigériennes à l’avenir.

PRINCIPALES IMPLICATIONS POUR LA PREPARATION ET LA RIPOSTE AUX EPIDEMIES

Remédier à la vulnérabilité structurelle. Il est crucial de résoudre les causes structurelles de la vulnérabilité aux maladies, mais aussi de veiller à soutenir les groupes particulièrement vulnérables sur les plans social et économique pendant les ripostes aux épidémies.

- **Soutenir des améliorations durables des déterminants sociaux de la santé** en tant que principal aspect de la préparation aux épidémies, étant donné que 87 % des Nigériens n'ont pas accès à une infrastructure d'assainissement de base. Cela réduira la vulnérabilité aux maladies tout en renforçant la confiance. Ce soutien doit être fourni dans le respect des normes culturelles locales entourant les intérêts publics et privés.
- **Investir dans l'expansion et la qualité des soins de santé primaire**, en particulier dans les zones rurales. Veiller à ce que les établissements et les agents de santé, en particulier les infirmières et les ASC, disposent des fournitures, des fonds et de la formation nécessaires pour fournir des soins constants et de qualité, afin d'améliorer la prévention, la préparation et la riposte.
- **Fournir un soutien financier, technique et social aux populations pour les engager dans la riposte aux épidémies** (par exemple, soins et transport gratuits) et envisager de fournir un soutien sur d'autres questions sanitaires, sociales et économiques qui pourraient être prioritaires pour les populations. Cela peut renforcer la confiance et améliorer le bien-être global.
- **Trouver des moyens de faciliter une activité économique et sociale continue dans les régions frontalières tout en améliorant la lutte contre les maladies** (par exemple en synchronisant les campagnes de vaccination), car la circulation transfrontalière est essentielle pour les moyens de subsistance et la santé, mais elle aggrave également la vulnérabilité aux maladies.
- **Veiller à déployer une logistique appropriée à la riposte dans les communautés rurales isolées, en particulier pendant la saison des pluies**, car ces communautés sont éloignées des zones dans lesquelles les acteurs de la riposte pourraient vraisemblablement se concentrer, et elles pourraient ne pas être capables d'obtenir les soins nécessaires seules. L'amélioration durable des systèmes de transport constitue un investissement judicieux en matière de riposte, qui offre également d'autres avantages à ces communautés.

Identifier et donner la priorité aux groupes marginalisés. Certaines communautés du Niger ont plus de risques d'être exposées aux maladies, ou sont plus susceptibles de se

méfier de la riposte aux épidémies, parce qu'elles ont été politiquement négligées ou maltraitées par le passé.

- **Les réfugiés, les personnes déplacées et les migrants saisonniers domestiques et internationaux** exigent une attention particulière, du fait de leur plus grande vulnérabilité résultant de conditions de promiscuité et d'insalubrité. La situation géographique et la circulation des personnes déplacées peuvent évoluer rapidement. Il est important d'en prendre conscience et de surveiller les changements et les événements qui peuvent influencer cette évolution.
- **Fournir des efforts particuliers pour atteindre les femmes**, qui sont largement exclues de la vie publique, notamment par l'intermédiaire des groupes de femmes locaux (foyandi ou asusu). Toutefois, afin de ne pas bouleverser l'organisation sociale, il est important d'impliquer les hommes également (parce qu'ils ont un plus grand pouvoir décisionnel dans la recherche de soins et parce que les femmes doivent leur demander l'autorisation de participer à des activités), notamment par l'intermédiaire des groupes d'hommes (fadas).
- **Fournir des efforts en vue d'une collaboration importante avec les groupes ethniques traditionnellement exclus et discriminés** (en particulier les Touaregs et les Peuls nomades), ou victimes de pauvreté chronique. Cela inclut les communautés de Haoussas le long de la frontière nigériane. Les représentants des principales communautés doivent être intégrés aux processus de planification et de prise de décisions en matière de préparation et de riposte.

Engager les communautés de manière efficace. L'engagement communautaire au Niger est confronté à des problèmes techniques, sociaux et politiques auxquels les acteurs de la riposte doivent être sensibilisés et préparés pour garantir son efficacité.

- **La communication sur les épidémies doit être axée sur la radio et autres canaux oraux et visuels (par exemple crieurs publics, affiches, etc.).** Elle doit utiliser les langues locales et les interprétations locales des maladies et de la santé. Dans les zones urbaines, il est possible d'utiliser WhatsApp pour atteindre un nombre croissant de jeunes. Studio Kalangou diffuse des programmes radio largement reconnus.
- **La communication descendante ne doit pas se substituer au dialogue et à un engagement significatif des communautés** au moyen desquels les acteurs de la riposte doivent écouter les préoccupations, les priorités et les interprétations des populations locales. Les priorités, interprétations et besoins des communautés dégagés par ce dialogue doivent ensuite être intégrés à l'ensemble des aspects de la riposte.

- **Ne pas partir du principe que les structures communautaires officielles** sont opérationnelles, ni qu'elles sont représentatives ou reconnues par l'ensemble de la population locale, dans le cas où elles existent. Fournir des efforts pour repérer les formes locales et informelles d'autorité et d'organisation sociale.

Instaurer la confiance dans la riposte. L'idée que l'État et les acteurs étrangers sont corrompus ou obéissent à des motifs cachés est très répandue et peut nuire à la riposte aux épidémies.

- **Engager les chefs traditionnels et religieux** (en particulier les chefs islamiques, mais aussi chrétiens ou baha'is) de manière précoce et significative, aux niveaux local, national et régional (par exemple les autorités religieuses du nord du Nigéria), parce que ces acteurs sont très reconnus et ont une grande influence sur la volonté des populations de participer aux interventions de santé. Les chefs religieux jouent un rôle particulièrement important pour faciliter l'adaptation de la riposte aux cultures locales.
- **Engager le large éventail de prestataires de soins de santé nigériens**, y compris les guérisseurs (par exemple les marabouts et les imams) et les vendeurs informels et itinérants de médicaments, que les populations locales sont plus susceptibles et plus à même de consulter en cas de besoin. Les populations locales peuvent accorder une grande confiance à ces acteurs, qui sont capables de contribuer à l'ensemble des aspects de la riposte, de la surveillance à l'engagement communautaire.
- **Viser la transparence à tous les niveaux de la riposte**, car les populations peuvent se méfier du gouvernement et des motivations des acteurs de la riposte, auxquels elles ne font pas confiance et qu'elles considèrent comme corrompus. En ce sens, le dialogue (par la radio ou les réunions communautaires, y compris chez les groupes vulnérables) et les mécanismes de responsabilisation (par exemple des mécanismes de signalement anonyme) peuvent constituer des options, même s'il est essentiel que les retours d'information soient traduits en actes.

Développer la connaissance du contexte. Le contexte social, économique et politique a une profonde influence sur les perceptions, la confiance, la capacité et la volonté des populations à s'engager dans la riposte. La recherche sur ce sujet est aujourd'hui limitée au Niger.

- **Recourir à des spécialistes en sciences sociales et des méthodes de recherche sociale** pour développer les connaissances aujourd'hui pauvres sur les contextes généraux des maladies infectieuses au Niger, en se concentrant sur les expériences et les perceptions des populations locales. Ces méthodes peuvent inclure une recherche rapide en situation d'urgence sanitaire, des enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP), et des analyses rapides du contexte.

PRINCIPAUX ACTEURS

Cette section présente une liste des principaux acteurs recensés pendant le processus de recherche pour la présente note d'information et avec lesquels les acteurs de la réponse rapide pourraient vouloir collaborer.

INSTITUTIONS DE SCIENCES SOCIALES

- **LASDEL** (*Laboratoire d'Études et de Recherches sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local*) - un institut de recherche national majeur en sciences sociales possédant une grande expérience en recherche critique en matière de santé et de développement au Niger. Le partenariat pourrait inclure des évaluations qualitatives et des méthodes d'évaluation mixtes des perspectives en matière de riposte aux épidémies, et l'intégration des comportements et services associés. Son site Internet contient de nombreuses références et documents de travail utiles.
<https://www.lasdel.net>
- **IRSH** (*Institut de recherches en sciences humaines*) - un institut de recherche de l'Université Abdou-Moumouni de Niamey. Il regroupe quatre départements universitaires de sciences sociales et de sciences humaines. L'IRSH pourrait faciliter la sélection de chercheurs en début de carrière ou de doctorants pour mener des recherches épidémiologiques.

ORGANISMES ENGAGÉS DANS LA RIPOSTE AUX ÉPIDÉMIES AU NIGER

Organismes internationaux

- **MSF** (*Médecins sans frontières*) - soutient le centre de recherche Epicentre de Maradi, et de nombreux programmes nationaux de santé. L'organisation est présente via MSF-E (MSF Espagne), MSF-F (MSF France), MSF-B (MSF Belgique), et MSF-S (MSF Suisse). MSF est un acteur majeur et de longue date des interventions d'urgence en matière de crises sanitaires, notamment de la récente épidémie de choléra de 2018.
<https://www.msf.org/niger>
- **Croix-Rouge** - La Croix-Rouge est bien implantée dans le secteur de la santé au Niger, par l'intermédiaire de ses différents bureaux, notamment : CICR (Comité international de la Croix-Rouge), CRF (Croix-Rouge française), CRI (Croix-Rouge irlandaise), CRN (Croix-Rouge nigérienne), CRQ (Croissant-Rouge du Qatar).
<https://www.ifrc.org/fr/introduction/ou-intervenons-nous/africa/croix-rouge-nigerienne/>

- **ALIMA** (Alliance for International Medical Action) - ONG axée sur la prestation de services médicaux en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, qui a déjà soutenu le pays lors d'épidémies de maladies infectieuses telles que l'épidémie de fièvre de la vallée du Rift de 2016 (en partenariat avec BENFEN, voir ci-dessous). <https://alima.ngo/nos-missions/niger/>
- **ACTED** - Interventions humanitaires et riposte aux épidémies dans les régions du Niger où les taux de migration et de déplacement sont élevés. <https://www.acted.org/fr/pays/niger/>

ONG nigériennes

- **BEFEN** (*Bien-être de la femme et de l'enfant au Niger*). BENFEN collabore souvent avec ALIMA dans le cadre de ripostes aux maladies infectieuses. <https://alima.ngo/nos-missions/niger/>

Agences de l'Organisation des Nations Unies

- **OMS (Organisation mondiale de la Santé)** - possède un bureau national à Niamey, soutenu par le Bureau régional pour l'Afrique de Brazzaville, au Congo. Cette organisation est un partenaire important du ministère de la Santé du Niger en matière de riposte aux épidémies de maladies infectieuses et de renforcement des capacités des soins de santé. <https://www.who.int/csr/don/archive/country/ner/en/>
- **UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)** - a soutenu le gouvernement dans le développement de stratégies de communication et dans ses efforts de mobilisation communautaire dans le cadre de la riposte à la COVID-19. L'UNICEF pourrait appuyer les efforts pour entrer en contact avec les populations difficiles à atteindre en cas de future épidémie. <https://www.unicef.org/niger/what-we-do>
- **FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population)** - a soutenu le travail des médecins mobilisés dans la riposte à la COVID-19. Se concentre sur la collecte de données démographiques et la réponse politique, en mettant l'accent sur les droits de l'homme et l'égalité entre les sexes. <https://www.unfpa.org/fr/data/transparency-portal/unfpa-niger>

AUTRES ORGANISMES ENGAGES DANS LA SANTE AU NIGER

Organismes internationaux

- **Africare** - <https://www.africare.org/country/niger/>
- **Caritas Niger** - <https://cadevniger.org>
- **COOP I** - <https://www.coopi.org/fr//niger.html>
- **CRS (Catholic Relief Services)** - <https://www.crs.org/our-work-overseas/where-we-work/niger>

- Concern Worldwide - <https://www.concern.net/where-we-work/niger>
- GOAL - <https://www.goalglobal.org/countries/niger/>
- HKI (Helen Keller International) - <https://www.hki.org/our-stories/hki-niger-and-lake-chad-crisis-combating-malnutrition-forgotten-emergency/>
- IRC (International Rescue Committee) - <https://www.rescue.org/country/niger>
- MdM-Be et MdM-F (Médecins du Monde Belgique et France) - <https://medecinsdumonde.be/regions/niger#Actualités>
- PLAN - <https://plan-international.org/niger>
- Save the Children International - <https://www.savethechildren.org/us/where-we-work/niger>
- World Vision International - <https://www.wvi.org/niger>

ONG nigériennes

- APBE (Action pour la Paix et le Bien Être) - <https://apbe.org>
- MASNAT - <https://www.masnat.fr/sante>
- Songes Niger- <http://songesniger.org/songes-niger/experiences.html>

REMERCIEMENTS

Les auteurs aimeraient remercier les personnes qui ont contribué à cette note d'information ou qui l'ont révisée, et notamment : le Dr Mamane Bello, le Dr Aboubacar Souley, le Dr Djibo Sayo, le Dr Scott Youngstedt, et Bachir Assao

Cette note d'information a été révisée par : Melissa Leach, Hayley MacGregor, DAI, Mamane Bello, Aboubacar Souley.

Citation suggérée: Sams, K et Hrynicky, T (2020) L'Afrique contre les épidémies : Principales considérations en matière de préparation et de riposte aux épidémies au Tchad, *Note d'information*

Publiée en décembre 2020



Tackling deadly diseases in Africa



© Institute of Development Studies 2020



Ceci est un document en libre accès diffusé selon les termes de la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0 (CC BY), qui autorise l'utilisation, la diffusion et la reproduction sans restriction et sur tout support, à condition que les auteurs d'origine et les sources soient crédités, et toute modification ou adaptation mentionnées.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>

ANNEXE : INFORMATIONS HISTORIQUES ET CONTEXTUELLES COMPLÉMENTAIRES

Cette annexe fournit des informations contextuelles complémentaires sur les aspects présentés dans cette note d'information, et aborde d'autres sujets qui pourraient intéresser les acteurs de la riposte.

CONTEXTE GENERAL

Géographie et agroécologie

Les deux tiers du Niger (des régions septentrionales aux régions centrales) se situent dans le désert du Sahara. Celui-ci est majoritairement sec et aride et donc sujet aux sécheresses, même si les inondations saisonnières déplacent elles aussi régulièrement des populations. Le désert s'étend vers le sud en raison des changements climatiques. À peine 12 % des terres sont propices à l'agriculture, dont une majorité se situe dans les régions sahéliennes semi-arides du sud¹¹⁸.

Population

Malgré une urbanisation continue, 83,5 % des 23,3 millions d'habitants nigériens vivent en zone rurale¹¹⁹, et sont concentrés dans les régions du sud où ils pratiquent une agriculture sédentaire. Les populations plus clairsemées du nord sont traditionnellement composées de pasteurs nomades, qui peuvent se sédentariser pendant une partie de l'année. Certains se sont même établis de façon permanente dans des villages à travers le pays. Le Niger compte dix principaux groupes ethnolinguistiques. Les Haoussas vivant dans le sud sont le groupe majoritaire et représentent plus de la moitié de la population.

Les plus grandes villes sont Niamey, la capitale, qui compte presque 1 million d'habitants, suivie de Zinder, Maradi et Agadez au nord (dont les populations varient de 100 000 à 350 000 habitants). Le Niger a la population la plus jeune du monde. En effet, plus de la moitié de ses habitants a moins de 15 ans¹²⁰. Le Niger a également le taux de croissance démographique le plus élevé du monde¹²¹ qui a été mesuré à 4,11 % en 2015, le taux de fertilité le plus élevé du monde avec sept enfants par femme, et le sixième taux de mortalité infantile le plus élevé du monde^{4,69}.

Moyens de subsistance, statut socioéconomique et activité économique

Le Niger est le pays le plus pauvre parmi ses voisins d'Afrique de l'Ouest, et 67,4 % de ses habitants vivent dans une grave pauvreté multidimensionnelle (une mesure de la privation en termes de revenus, de santé, d'éducation, mais aussi de privation sociale)¹. La population est régulièrement confrontée à des famines et des crises alimentaires,

généralement causées par une combinaison de sécheresses, d'invasions de criquets pèlerins, de prix élevé des denrées alimentaires et de pauvreté chronique, recensées dès 1912⁷. La majeure partie de la population dépend de l'agriculture vivrière, de l'élevage, et d'activités informelles pour leurs moyens de subsistance. Bien que le Niger soit riche en ressources minérales, les populations locales ne bénéficient pas de leur extraction. L'industrie pétrolière naissante et l'actuelle exploitation d'or et d'uranium à grande échelle semblent avoir enrichi les investisseurs étrangers et les élites nigériennes, tandis que les populations locales qui ont réussi à trouver un emploi dans ces secteurs font face à des emplois précaires, à des risques pour la santé au travail et à des faibles rémunérations^{122,123}.

Interprétations émiqes de la santé et de la maladie

Les « Zahi » et « sanyi », comme on les appelle chez les Haoussas, sont des catégories de maladie courantes au Niger. La population peut chercher des soins traditionnels ou biomédicaux pour les soigner. Les acteurs de la riposte aux épidémies doivent être conscients de ces catégories et de la possibilité que d'autres catégories locales de maladie revêtent une importance pour la population dans le cadre d'une épidémie, en particulier d'une nouvelle maladie ou d'une maladie inconnue.

Catégorie émiq de maladie	Cause	Symptômes	Traitement
<i>zahi</i>	Surexposition au soleil, excès de sucre, de tabac, ou d'huile dans la nourriture, mauvaise alimentation ou repas à des heures irrégulières.	Fièvre, frissons, troubles oculaires, impuissance, troubles gastriques, diarrhée, douleurs articulaires, maux de tête chroniques, instabilité mentale.	Boissons à base de poudre de plantes locales, traitements biomédicaux tels que le Flagyl (métronidazole). L'urine de lion, achetée au National Museum, peut être utilisée pour traiter les cas avancés.
<i>sanyi</i>	Parfois considérée comme une version plus élaborée de la catégorie zahi. Causée par l'accouchement, elle peut être transmise par la femme à l'homme, ou apparaître chez les hommes qui n'éjaculent pas complètement.	Troubles urinaires, écoulements génitaux, fièvre, douleur dans les membres inférieurs et l'estomac, rétrécissement du pénis.	Plantes, versets coraniques, amulettes, animaux de brousse (peaux ou viande).

ÉCONOMIE POLITIQUES ET HISTOIRE

Histoire précoloniale et coloniale

Pendant des siècles, un axe majeur du commerce transsaharien traversait le Niger. Il a amené l'islam en Afrique de l'Ouest au 14^e siècle, avec son système éducatif et sa médecine. Des documents indiquent que le Niger fut occupé par les Français dès 1897, malgré la résistance des populations locales, et en particulier des Touaregs nomades^{124,125}. La France finit par ériger le Niger en colonie en 1922. Sous l'occupation, la population fut contrainte à construire des routes et autres infrastructures, suscitant un ressentiment à l'égard des acteurs étrangers qui perdure encore aujourd'hui¹²⁶. Peu de postes administratifs ou industriels étaient occupés par des Nigériens dans le Niger colonial. Ceux-ci étaient principalement détenus par des Africains de l'Ouest originaires d'autres pays. Le Niger colonial avait des taux de scolarisation très faibles et une industrie quasi inexistante par rapport aux autres territoires français¹²⁴.

Pouvoir politique et pouvoir décisionnel après l'indépendance

Les gouvernements français et nigérien sont restés proches après l'indépendance du Niger en 1960, et l'économie a connu une période de croissance dans les années 1970, principalement due au développement français de l'extraction d'uranium dans le nord¹²⁷. Cependant, le Niger a connu un déficit budgétaire pendant cette même décennie qui, avec les politiques d'ajustement structurel des années 1980, a enraciné la dépendance à l'aide étrangère¹²⁸. Les premières élections démocratiques multipartites du Niger n'eurent lieu qu'en 1993 et le pays a connu quatre coups d'État (1974, 1996, 1999, 2010) suivis par des régimes militaires.

Le Président en exercice Mahamadou Issoufou, un Haoussa, fut élu en 2011 lors d'élections considérées comme libres et régulières par une grande partie de la communauté internationale. Avec sa nomination d'un Touareg au poste de Premier ministre, la fourniture d'une aide alimentaire d'urgence aux régions du nord auparavant négligées, ses plans de développement ambitieux et ses réformes en matière de lutte contre la corruption, il a gagné les faveurs de sa population et de l'étranger¹²⁹. Il fut réélu en 2016, mais les élections furent entachées de scandales. Son principal opposant, Hama Amadou, a mené sa campagne de prison, où il purgeait une peine pour fraude et traite d'enfants. La prochaine élection présidentielle doit se tenir en décembre 2020¹³⁰. Comme indiqué dans la note d'information, ce sont pourtant les chefs locaux qui ont le plus d'influence sur la plupart des Nigériens.

Rébellions et troubles

L'ethnie des Touaregs, un groupe nomade vivant traditionnellement sur un territoire assez vaste au nord du Niger, a organisé plusieurs rébellions contre le gouvernement. Un de leurs principaux griefs concernait l'autorisation accordée par l'État à des intérêts

étrangers d'exploiter les vastes réserves d'uranium en territoire touareg. Non seulement cette exploitation n'a pas profité à la population locale, mais elle fut accompagnée d'une pollution de l'environnement local, d'un manque de respect pour les pratiques culturelles et du maintien de conditions de travail déplorables. Les services de santé fournis par les sociétés minières françaises ont été accusés de ne pas répondre aux besoins sanitaires réels des communautés locales, et notamment de ceux induits par les activités minières^{86,123,131}.

Des groupes islamiques fondamentalistes armés sont apparus dans les régions frontalières au cours des vingt dernières années (à l'intérieur et à proximité du Tchad, du Mali, du Burkina Faso et du Nigéria). La pauvreté extrême, le chômage et le sentiment d'avoir été abandonnés par le gouvernement ont poussé de jeunes Nigériens à intégrer ces groupes^{132,133}. Il est à craindre que l'absence chronique d'opportunités économiques, d'éducation et d'emplois pour la jeunesse nigérienne en plein essor aggrave les troubles¹²¹, même si la majorité des Nigériens ne soutient pas les opinions extrémistes¹²⁹. Les problèmes croissants de sécurité compliquent le travail des ONGI et des programmes de développement gouvernementaux. En outre, ils ont poussé certains donateurs à quitter le pays ou à limiter leur zone d'intervention. En dépit de ces menaces grandissantes, et à l'exception de ses régions frontalières, le Niger est considéré comme relativement stable par rapport aux régions voisines du Mali et du Nigéria¹²⁹.

Flux, migration et déplacement transfrontaliers

Comme indiqué dans cette note d'information, la circulation transfrontalière constitue un aspect majeur du Niger. L'interruption de cette circulation peut être problématique pour les populations locales. En octobre 2019, le Nigéria a interrompu les échanges commerciaux au-delà de ses frontières terrestres, ce qui a entraîné une importante augmentation du prix des marchandises dans les pays voisins et aggravé la contrebande⁵⁸. Les fermetures des frontières dues à la COVID-19 ont récemment multiplié les problèmes, en particulier pour les migrants transitant par la région⁵⁹. Le Niger, et surtout la ville d'Agadez au nord, est également devenu un lieu de transit pour les migrants internationaux qui espèrent rallier l'Europe en traversant le Sahara. Si le gouvernement a endigué le flux avec les encouragements et le soutien de l'UE, la contrebande n'a pas été totalement éradiquée⁵⁷.

Corruption, espace civique et droits de l'homme

Les Nigériens ordinaires ont depuis longtemps le sentiment que le gouvernement nigérien et les acteurs étatiques sont corrompus. Bien que le président Issoufou ait adopté des réformes populaires de lutte contre la corruption au début de son mandat, des révélations récentes de marchés illicites d'armes conclus par des représentants du

gouvernement ont déclenché des manifestations massives, organisées par la société civile, des syndicats et des partis politiques d'opposition. Les craintes suscitées par la propagation de la COVID-19 ont servi de prétexte pour justifier la répression violente des manifestants¹³⁴. Ces dernières années, des militants et des journalistes ont également été arrêtés, notamment pour avoir couvert des affaires de corruption, et plus récemment, pour avoir signalé des cas de COVID-19^{135,136}. Outre l'emprisonnement de ses opposants politiques par le président Issoufou, l'ensemble de ces paramètres a suscité l'inquiétude des groupes internationaux des droits de l'homme¹²⁹, et traduit ce que certains considèrent comme une détérioration des relations entre l'État et la société civile⁹¹.

Société civile

Si elle est techniquement soutenue par l'État au moyen de garanties et de privilèges juridiques, y compris la liberté de s'organiser et de constituer des réseaux, la société civile du Niger reste faible, et son influence politique et décisionnelle est limitée. Bien que certaines organisations soient politiquement actives dans les zones urbaines, les activités populaires sont minimales dans le reste du pays. Plusieurs raisons ont été avancées : l'absence d'une culture d'engagement civique, à cause des nombreuses années passées sous un régime autoritaire ou militaire avant 2011 ; et un manque de ressources, notamment financières, et d'adhésion. Les faibles taux d'alphabétisation et l'exclusion sociale des populations rurales sont des facteurs supplémentaires. Comme la participation se fait sur la base du volontariat, et compte tenu de la pauvreté généralisée, la majorité de la population ne peut pas se permettre de renoncer à l'agriculture vivrière ou au travail rémunéré pour apporter sa contribution^{91,92}.

GROUPES, STRUCTURES ET ORGANISATIONS SOCIAUX

Ethnicité, langue, religion et différence interethnique

Bien que chaque groupe soit composé de plusieurs sous-groupes, 98 % des Nigériens appartiennent à l'un des cinq principaux groupes ethniques : les Haoussas (53,1 %), les Zarmas (21,2 %), les Touaregs (11 %), les Peuls (6,5 %) et les Kanouris (5,9 %). Les autres groupes comprennent les Gourmantchés, les Arabes et les Toubous⁶⁹. Chaque groupe a sa propre langue, mais le haoussa est souvent utilisé pour communiquer entre ces groupes. Dans l'ensemble, les différents groupes ethniques ont coexisté pacifiquement, même si les groupes de pasteurs nomades comme les Touaregs et les Peuls étaient traditionnellement exclus de l'éducation et des possibilités d'emploi au gouvernement, contrairement aux Haoussas et aux Zarmas plus sédentaires, qui vivent dans les régions du sud. Ces groupes ont également des histoires coloniales différentes, les Zarmas ayant collaboré plus facilement avec les autorités coloniales que les Touaregs, les Peuls et les Haoussas, qui ont résisté avec plus de véhémence. Il existe également des antécédents

de conflits entre agriculteurs et gardiens de troupeaux, et s'ils ont parfois occasionné des violences, les réseaux et institutions locaux ont souvent agi en médiateurs pour les désamorcer^{137,138}. Bien que l'État soit laïque, plus de 98 % des Nigériens sont musulmans, même s'il existe des petites communautés chrétiennes et bahaïes dans les zones urbaines⁴¹. Les croyances religieuses autochtones et les pratiques animistes perdurent également, y compris dans les communautés musulmanes, même si elles sont de moins en moins courantes en raison de la propagation de courants islamiques plus fondamentalistes (comme l'izala). Les croyances islamiques fondamentalistes sont les plus fortes chez les Haoussas au sud du pays, et les plus faibles chez les Touaregs et les Peuls (en particulier au sein du sous-groupe des Wodaabes).

Éducation et jeunesse

La plupart des Nigériens (65 %) sont illettrés¹³⁹ et plus de la moitié des enfants (de 7 à 16 ans) ne sont pas scolarisés, les filles étant les plus concernées par l'exclusion scolaire¹⁴⁰. Seulement 17 % des femmes de 15 à 24 ans savaient lire une phrase ou avaient été scolarisées dans un établissement du secondaire en 2012⁴. Les groupes de réflexion composés d'hommes habitant en zone urbaine ont déclaré que l'éducation continue des filles était « une perte de temps » et que les femmes célibataires, actives et sans enfants n'étaient pas respectées¹⁴¹. Les parents considèrent qu'ils doivent dispenser une éducation islamique à leurs enfants dès l'âge de quatre ans¹⁰⁶. L'éducation coranique informelle (*makaranta allo* en haoussa) peut être dispensée en plus de l'enseignement public. Toutefois, depuis les années 1990 et l'essor des mouvements fondamentalistes, les médersas, des écoles franco-arabes privées comme publiques, ont commencé à apparaître à travers le pays pour offrir une éducation religieuse bilingue¹⁰⁷. L'influence islamique s'imisce jusque dans les établissements scolaires publics, par l'intermédiaire de la Young Muslims National Organisation, qui est présente dans les établissements scolaires publics et religieux à travers le pays.

Genre

Les disparités entre les sexes sont très importantes au Niger. La polygamie est une pratique courante. La région de Maradi présente les taux de polygamie les plus élevés (52 %) ⁴. L'islam toujours plus fondamentaliste qui est pratiqué au Niger a entraîné une augmentation du nombre de femmes recluses, qui ne peuvent sortir du foyer qu'avec l'autorisation de leur mari, surtout dans les zones le long de la frontière nigérienne, où vivent les Haoussas. Cela concerne également l'accès aux soins de santé. Les accoucheuses traditionnelles et les doyennes de la communauté jouent un rôle majeur en matière de santé reproductive et de naissance¹⁴².

REFERENCES

1. UNDP. (2019). Human development report 2019: Beyond income, beyond averages, beyond today: inequalities in human development in the 21st century. UNDP.
2. Ministère De La Santé Publique Secrétariat Général. (2016). Plan De Développement Sanitaire (Pds) 2017-2021.
3. Institute for Health Metrics and Evaluation. (2015, September 9). Niger. Institute for Health Metrics and Evaluation.
<http://www.healthdata.org/niger>
4. Institut National de la Statistique (INS) Ministère des Finances. (2012). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples.
5. WHO. (2020). Niger: Country profile. WHO; World Health Organization.
<https://www.who.int/hac/crises/ner/background/profile/en/>
6. Douthi, M., Mohamed, A.-A. O., Sayadi, S., Sibongwere, D., Shepherd, S., Maidadji, O., Dan-Bouzoua, N., Kinda, M., Ouattara, A., Magagi, I. A., & Adamou, H. (2017). Implementation of a vaccination campaign against measles during the peak of the epidemic in an area with a high prevalence of malnutrition in Niger: A study conducted in the health district of Mirriah (Zinder). *Pan African Medical Journal*, 27, 240.
<https://doi.org/10.11604/pamj.2017.27.240.11881>
7. Bonnacase, V. (2010). RETOUR SUR LA FAMINE AU SAHEL DU DÉBUT DES ANNÉES 1970: LA CONSTRUCTION D'UN SAVOIR DE CRISE. *Politique Africaine*, 3(119), 23–42.
8. Thiongane, O. (2013). Anthropologie de la méningite au Niger. Espaces épidémiques, mobilisations politiques et conceptions de la maladie [Phd Thesis]. EHESS.
9. World Bank. (2020, June). Rapid Results Initiatives in Niger: Advancing women's health outcomes. World Bank.
<https://www.worldbank.org/en/news/feature/2020/06/25/rapid-results-initiatives-in-niger-advancing-womens-health-outcomes>
10. Blanford, J. I., Kumar, S., Luo, W., & MacEachren, A. M. (2012). It's a long, long walk: Accessibility to hospitals, maternity and integrated health centers in Niger. *International Journal of Health Geographics*, 11, 24.
<https://doi.org/10.1186/1476-072X-11-24>
11. Oumarou, A. (2014). Les Collectivités Territoriales et le Service de Santé au Niger une Analyse à Partir des Communes de Dosso, Tibiri, Kargui-bangou et Liboré (No. 122; Etudes et Travaux). LASDEL.
12. Olivier de Sardan, J.-P. (2014). La routine des comportements non-observants au sein des services publics nigériens: Connaître la culture bureaucratique pour la réformer de l'intérieur (No. 119; LASDEL Etudes et Travaux). LASDEL.
13. World Health Organization. (2017). Niger: Stratégie de Coopération, Un Aperçu.
14. Heller, A. (2018). *Fistula Politics: Birthing Injuries and the Quest for Continence in Niger*. Rutgers University Press.
<http://ebookcentral.proquest.com/lib/suss/detail.action?docID=5962966>

15. Olivier de Sardan, J.-P., Ali Bako, M. T., & Harouna, A. (2018). Les normes pratiques en vigueur dans les secteurs de l'éducation et la santé au Niger: Une base pour des réformes ancrées dans les réalités ? (No. 127; LASDEL Études et Travail). LASDEL.
16. Strodel, R. (2014). Niger's Program of Agents de Santé, Communautaire and Relais Volunteers. CHW Central. <https://chwcentral.org/nigers-program-of-agents-de-sante-communautaire-and-relais-volunteers/>
17. Bossyns, P., Abache, R., Abdoulaye, M. S., Miyé, H., Depoorter, A.-M., & Van Lerberghe, W. (2006). Monitoring the referral system through benchmarking in rural Niger: An evaluation of the functional relation between health centres and the district hospital. *BMC Health Services Research*, 6(1), 51. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-51>
18. Chang, A. Y., Cowling, K., Micah, A. E., Chapin, A., Chen, C. S., Ikilezi, G., Sadat, N., Tsakalos, G., Wu, J., Younker, T., Zhao, Y., Zlavog, B. S., Abbafati, C., Ahmed, A. E., Alam, K., Alipour, V., Aljunid, S. M., Almalki, M. J., Alvis-Guzman, N., ... Dieleman, J. L. (2019). Past, present, and future of global health financing: A review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050. *The Lancet*, 393(10187), 2233–2260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30841-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30841-4)
19. Hahanou, E. (2017). Juggling with the norms: Informal payment and everyday governance of health care facilities in Niger. In A. George, K. Scott, & V. Govender (Eds.), *A Health Policy and Systems Research Reader on Human Resources for Health*. WHO. <https://pdfs.semanticscholar.org/640e/cbb496a668ae5d4d9000cc258d8b761dbae9.pdf#page=280>
20. Masquelier, A., Dilger, H., Kane, A., & Langwick, S. (2012). Public health or public threat? Polio eradication campaigns, Islamic revival, and the materialization of state power in Niger. *Medicine, Mobility, and Power in Global Africa*, 213–240.
21. Ousseini, A., & Kafando, Y. (2012). LA SANTÉ FINANCIÈRE DES DISPOSITIFS DE SOIN FACE À LA POLITIQUE DE GRATUITÉ: Les comités de gestion au Niger. *CAIRN*, 243, 65–76.
22. Bedford, K. J. A., & Sharkey, A. B. (2014). Local Barriers and Solutions to Improve Care-Seeking for Childhood Pneumonia, Diarrhoea and Malaria in Kenya, Nigeria and Niger: A Qualitative Study. *PLOS ONE*, 9(6), e100038. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100038>
23. Ousseini, A., & Ridde, V. (2011). L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger. *Etudes et Travaux du LASDEL*, n° 92. http://www.lasdel.net/images/etudes_et_travaux/Exemptions_de_paiement_des_soins_en_faveur_des_femmes_et_des_enfants_de_moins_de_5_ans.pdf
24. Olivier de Sardan, J.-P. (2010). Développement, modes de gouvernance et normes pratiques (une approche socio-anthropologique). *Revue Canadienne d'études Du Développement*, 31.
25. Burgess, S. (2016). Creating the next steps to care: Maternal health, improvisation, and Fulani women in Niamey, Niger. *Anthropology & Medicine*, 23(3), 344–359. <https://doi.org/10.1080/13648470.2016.1209635>

26. Masquelier, A. (2001). Behind the Dispensary's Prosperous Facade: Imagining the State in Rural Niger. *Public Culture*, 13(2), 267–292. <https://doi.org/10.1215/08992363-13-2-267>
27. Samaritan's Purse. (2019, November). Thousands of Measles Vaccinations Open Doors for the Gospel in Niger. Samaritan's Purse. <https://www.samaritanspurse.org/article/measles-vaccinations-open-doors-for-the-gospel-in-niger/>
28. OSAC. (2020). Niger 2020 Crime & Safety Report. <https://www.osac.gov/Country/Niger/Content/Detail/Report/bfb3f35d-08e2-4008-ab52-18760b02138a>
29. Ajetunmobi, O. (2020, July 9). Transnational herbal medicine practitioners along the Nigeria-Niger corridor in the time of a pandemic. COMPAS. <https://www.compas.ox.ac.uk/2020/transnational-herbal-medicine-practitioners-along-the-nigeria-niger-corridor-in-the-time-of-a-pandemic/>
30. WHO. (2020). Niamey: Célébration de la 18ème Journée Africaine de la Médecine Traditionnelle « Deux décennies de médecine traditionnelle africaine (2001-2020) : les progrès réalisés dans les pays ». Regional Office for Africa. <https://www.afro.who.int/fr/news/niamey-celebration-de-la-18eme-journee-africaine-de-la-medecine-traditionnelle-deux-decennies>
31. Sams, K. (2017). Engaging conceptions of identity in a context of medical pluralism: Explaining treatment choices for everyday illness in Niger. *Sociology of Health & Illness*, 39(7), 1100–1116. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12564>
32. Sams, K. (2017). Engaging conceptions of identity in a context of medical pluralism: Explaining treatment choices for everyday illness in Niger. 39(7), 1100–1116.
33. Rasmussen, S. J. (1998). AMAGAL: Medicine, Healing and Power in Tuareg Care-Giving Discourse. *Nomadic Peoples*, 2(1/2), 150–174.
34. Page, A.-L., Hustache, S., Luquero, F. J., Djibo, A., Manzo, M. L., & Grais, R. F. (2011). Health care seeking behavior for diarrhea in children under 5 in rural Niger: Results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 11(1), 389. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-389>
35. Besada, D., Kerber, K., Leon, N., Sanders, D., Daviaud, E., Rohde, S., Rohde, J., van Damme, W., Kinney, M., Manda, S., Oliphant, N. P., Hachimou, F., Ouedraogo, A., Yaroh Ghali, A., & Doherty, T. (2016). Niger's Child Survival Success, Contributing Factors and Challenges to Sustainability: A Retrospective Analysis. *PLoS ONE*, 11(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146945>
36. Desclaux, A., & Egrot, M. (2015). *Anthropologie du médicament au Sud: La pharmaceuticalisation à ses marges.* l'Harmattan.
37. Sams, K. (2013). *The Elimination of Blindness: An Ethnographic Exploration of the Fight Against Trachoma in Niger.* Graduate Theses and Dissertations. <https://scholarcommons.usf.edu/etd/4759>
38. Raynaut, C. (1977). Circulation monétaire et evolution des structures socio-economiques chez les haoussas du Niger. *Africa: Journal of the International Africa Institute*, 47(2), 160–171.

39. Adeline Masquelier. (2009). *Women and Islamic Revival in a West African Town*. Indiana University Press.
40. Olivier de Sardan, J.-P. (1999). *La Construction Sociales des Maladies: Les entités nosologies populaires de l'Afrique de l'ouest*. Presses Universitaires de France.
41. Office of International Religious Freedom, US Department of State. (2018). *2018 Report on International Religious Freedom: Niger*. <https://www.state.gov/reports/2018-report-on-international-religious-freedom/niger/>
42. Bisilliat, J., & Laya, D. (1972). REPRESENTATIONS ET CONNAISSANCES DU CORPS CHEZ LES SONGHAY-ZARMA: ANALYSE D'UNE SUITE D'ENTRETIENS AVEC UN GUERISSEUR. In *La notion de personne en Afrique noire* (pp. 331–358). CNRS.
43. Jaffré, Y. (1996). Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie au Niger. *Sciences Sociales et Santé*, 14(1), 41–71.
44. Bedford, J. (2012). Qualitative study to identify solutions to local barriers to care-seeking and treatment for diarrhoea malaria and pneumonia in select high burden countries: Report on findings from Niger (Maternal, Newborn and Child Health) [Working Paper]. UNICEF and Anthrologica. https://www.childhealthtaskforce.org/sites/default/files/2019-07/Treating%20Diarrhea%2C%20Malaria%2C%20and%20Pnuemonia_Niger%20Findings%20Report%28UNICEF%2C%202012%29.pdf
45. Bonnet, D., & Jaffré, Y. (2003). *Les maladies de passage: Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*. KARTHALA Editions. https://books.google.com/books?hl=fr&lr=lang_fr&id=-JugqPTwkTMC&oi=fnd&pg=PA4&dq=maladie+niger&ots=dmCegsg_fN&sig=ksvegSj2e1DPvMB_cLCcmVZ-wkY#v=onepage&q=maladie%20niger&f=false
46. Olivier de Sardan, J.-P. (1994). La logique de la nomination. Représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger. *Sciences Sociales et Santé*, 12.
47. Souley, A. (1999). Trois entités Hausa parentes: Zabi, sanie, shawara. In *La construction sociales des maladies: Les entités nosologies populaires en Afrique de l'Ouest*. Presses Universitaires de France.
48. Idrissa, A., & Mamane, I. O. K. and A. L. (2018). Back to school: The role of Husband Schools in maternal and child health and nutrition in Niger. *Nutrition Exchange* 9, 12.
49. Rasmussen, S. J. (1994). Female sexuality, social reproduction, and the politics of medical intervention in Niger: Kel Ewey Tuareg perspectives. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 18(4), 433–462. <https://doi.org/10.1007/BF01565848>
50. Scott, J., Marquer, C., Berthe, F., Ategbo, E.-A., Grais, R. F., & Langendorf, C. (2017). The gender, social and cultural influences on the management and use of unconditional cash transfers in Niger: A qualitative study. *Public Health Nutrition*, 20(9), 1657–1665. <https://doi.org/10.1017/S1368980017000337>
51. Tamayo, A. (2020, April 27). Meet the first community to end open defecation in Niger. UNICEF Niger. <https://www.unicef.org/niger/stories/meet-first-community-end-open-defecation-niger>

52. UNICEF. (2020). Water, Sanitation and Hygiene, Niger. <https://www.unicef.org/niger/water-sanitation-and-hygiene>
53. MSF. (2018). Preventing future outbreaks in a cholera hotspot | Niger | MSF. Médecins Sans Frontières (MSF) International. <https://www.msf.org/preventing-future-outbreaks-cholera-hotspot-niger>
54. Alkassoum, S. I., Djibo, I., Amadou, H., Bohari, A., Issoufou, H., Aka, J., & Mamadou, S. (2019). The global burden of cholera outbreaks in Niger: An analysis of the national surveillance data, 2003–2015. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 113(5), 273–280. <https://doi.org/10.1093/trstmh/try145>
55. Platform Cholera. (n.d.). Niger: Prévention du choléra Actions pour la réduction du risque choléra. Retrieved 1 December 2020, from <https://plateformecholera.info/attachments/article/469/Niger.pdf>
56. Issaka, H. (2015). Exode rural, urbanisation et sécurité privée à Niamey. *Les Cahiers d'Outre Mer*, 270.
57. Al Jazeera English. (2019). Niger: Europe Migration | People and Power [Youtube video]. <https://www.youtube.com/watch?v=gQzDRdSsAIE>
58. Kassa, W., & Zeufack, A. (n.d.). Nigeria's border closure: A road block or a speed bump on the road to a successful AfCFTA? Retrieved 23 October 2020, from <https://blogs.worldbank.org/african/nigerias-border-closure-road-block-or-speed-bump-road-successful-afcfta>
59. Zandonini, G. (2020). Hundreds of migrants stuck in Niger amid coronavirus pandemic. Al Jazeera. <https://www.aljazeera.com/news/2020/4/9/hundreds-of-migrants-stuck-in-niger-amid-coronavirus-pandemic>
60. Ministère de la Santé Publique Secrétariat Général Direction de la Surveillance et de la Réponse aux Épidémies. (2020). Plan de Préparation et Réponse au nouveau coronavirus (COVID-19). République du Niger.
61. Alhaji, N. B., Babalobi, O. O., & Isola, T. O. (2018). A quantitative exploration of nomadic pastoralists' knowledge and practices towards Rift Valley fever in Niger State, North-central Nigeria: The associated socio-cultural drivers. *One Health*, 6, 16–22. <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2018.09.001>
62. Sidikou, F., Zaneidou, M., Alkassoum, I., Schwartz, S., Issaka, B., Obama, R., Lingani, C., Tate, A., Ake, F., Sakande, S., Ousmane, S., Zanguina, J., Seidou, I., Nzeyimana, I., Mounkoro, D., Abodji, O., Wang, X., Taha, M.-K., Moulia-Pelat, J. P., ... MenAfriNet consortium. (2016). Emergence of epidemic *Neisseria meningitidis* serogroup C in Niger, 2015: An analysis of national surveillance data. *The Lancet. Infectious Diseases*, 16(11), 1288–1294. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30253-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30253-5)
63. Blake, A., Djibo, A., Guindo, O., & Bharti, N. (2020). Investigating persistent measles dynamics in Niger and associations with rainfall. *Journal of the Royal Society Interface*, 17(169), 20200480. <https://doi.org/10.1098/rsif.2020.0480>
64. WHO. (2018). WHO | Circulating vaccine-derived poliovirus type 2 – Niger. WHO; World Health Organization. <http://www.who.int/csr/don/30-october-2018-polio-niger/en/>
65. WHO. (2016). Rift Valley Fever in Niger. WHO; World Health Organization. <http://www.who.int/csr/don/29-september-2016-rift-valley-fever-niger/en/>

66. Lagare, A., Ibrahim, A., Ousmane, S., Issaka, B., Zaneidou, M., Kadadé, G., & Testa, J. (2018). Outbreak of Hepatitis E Virus Infection in Displaced Persons Camps in Diffa Region, Niger, 2017. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 99(4), 1055–1057. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.17-0950>
67. World Health Organization Africa Region. (2019). STRATÉGIE RÉGIONALE POUR LA SURVEILLANCE INTÉGRÉE DE LA MALADIE ET LA RIPOSTE 2020-2030.
68. Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA). (2019). Bulletin Humanitaire, Niger.
69. Central Intelligence Agency (CIA). (2020). Niger, The World Factbook. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ng.html>
70. UNHCR. (2020). Operational Update: Niger. <https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR%20Niger%20-%20Country%20Operation%20Update%20September%202020.pdf>
71. Internal Displacement Monitoring Centre (IDMC). (2019). Niger. IDMC. <https://www.internal-displacement.org/countries/niger>
72. MedicalXpress. (2019, September). Niger unveils measles vaccination plan for 4 million children. <https://medicalxpress.com/news/2019-09-niger-unveils-measles-vaccination-million.html>
73. UNICEF. (2008, January). Niger measles drive targets 2.9 million under five children. UNICEF. https://www.unicef.org/media/media_42363.html
74. Franceinfo. (2019, September 17). Niger: Large campagne de vaccination contre la rougeole après une forte résurgence de la maladie. Franceinfo. https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/niger/niger-large-campagne-de-vaccination-contre-la-rougeole-apres-une-forte-resurgence-de-la-maladie_3619093.html
75. WHO. (2020). Niger reports new polio outbreak. WHO | Regional Office for Africa. <https://www.afro.who.int/news/niger-reports-new-polio-outbreak>
76. Ministère de la Santé Publique du Niger. (n.d.). L'Organigramme du Ministère. Retrieved 1 December 2020, from <https://www.sante.gouvne.org/lorganigramme-du-ministere/>
77. Loewenberg, S. (2006). Niger welcomes largest bednet distribution in history. *The Lancet*, 367(9521), 1473. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68630-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68630-3)
78. AFP. (2020, April 22). Sahel: Niger faces escalating riots in coming days. *The North Africa Journal*. <https://north-africa.com/2020/04/sahel-niger-faces-escalating-riots-in-coming-days/>
79. Save the Children. (2020, October 14). COVID-19 leads to 60 percent increase in children who need urgent humanitarian assistance across West Africa. Save the Children International. <https://www.savethechildren.net/news/covid-19-leads-60-percent-increase-children-who-need-urgent-humanitarian-assistance-across-west>

80. UNICEF. (2020, November). In pictures: Preventing disease during the COVID-19 pandemic.
www.unicef.org.au:80/Blog/UNICEF-in-action/November-2020/In-pictures-preventing-disease-during-the-COVID-1
81. World Bank. (2017). Mobile cellular subscriptions (per 100 people)—Niger | Data.
<https://data.worldbank.org/indicator/IT.CEL.SETS.P2?locations=NE>
82. World Bank. (2018). Individuals using the Internet (% of population)—Niger | Data.
<https://data.worldbank.org/indicator/IT.NET.USER.ZS?locations=NE>
83. Maidakouale Goube, I., & Lamboux-Durand, A. (2020). Méthodologie de recueil d'information sur les pratiques communicationnelles liées au DISTIC au Niger en situation interculturelle.
84. Heywood, E. (2020). Radio Journalism and Women's Empowerment in Niger. *Journalism Studies*, 21(10), 1344–1362.
<https://doi.org/10.1080/1461670X.2020.1745668>
85. UNICEF. (2012). In Niger, amidst on-going nutrition and refugee crisis UNICEF responds to cholera outbreak.
<https://www.youtube.com/watch?v=LGISwOfutSw>
86. Keenan, J. (2008). Uranium Goes Critical in Niger: Tuareg Rebellions Threaten Sahelian Conflagration. *Review of African Political Economy*, 35(117), 449–466. <https://doi.org/10.1080/03056240802411107>
87. Olivier de Sardan, J.-P. (1998). Chefs et Projets au Village (Niger). *Bulletin de l'APAD*, 15, Article 15.
<https://doi.org/10.4000/apad.563>
88. Molenaar, F., Tossell, J., Schmauder, A., Idrissa, R., & Lyammouri, R. (2019). Traditional authorities in Niger: Politicization and under-representation. In *The Status Quo Defied: The Legitimacy of Traditional Authorities in Areas of Limited Statehood in Mali, Niger and Libya*. Netherlands Institute of International Relations 'Clingendael'.
89. Sounaye, A., Diarra, A., & Younoussi, I. (2017). Étude socio-anthropologique sur les déterminants des politiques de population au Niger (No. 123).
90. World Vision. (2015, January). Joint forces to prevent Ebola in Niger. <https://www.wvi.org/niger/article/joint-forces-prevent-ebola-niger>
91. BTI Transformation Index. (2020). Niger Country Report 2020. BTI Project. [/en/reports/country-report-NER-2020.html](https://www.bti-project.org/en/reports/country-report-NER-2020.html)
92. Konow, M. (2012). In Niger, civil society needs support at the grassroots level. D+C.
<https://www.dandc.eu/en/article/niger-civil-society-needs-support-grassroots-level>
93. MSF. (2020, May 5). Working with communities in Niger during COVID-19 pandemic | MSF. Médecins Sans Frontières (MSF) International. <https://www.msf.org/working-communities-niger-during-covid-19-pandemic>
94. Mazumdar, T. (2020, June 4). Stalled vaccine programmes 'putting children's lives at risk'. BBC News.
<https://www.bbc.co.uk/news/health-52911972>

95. Kaler, A. (2009). Health interventions and the persistence of rumour: The circulation of sterility stories in African public health campaigns. *Social Science & Medicine*, 68(9), 1711–1719.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.01.038>
96. Diarria, A. (2017). Les interruptions volontaires de grossesse au Niger (No. 128; LASDEL Etudes et Travaux). LASDEL.
97. AFP. (2019). Niger sounds alarm over 'fake' meningitis vaccine. Yahoo News. <https://news.yahoo.com/niger-sounds-alarm-over-fake-meningitis-vaccine-175838267.html>
98. aNiamey. (2015, May). Communiqué de presse du Ministère de la Santé Publique relatif aux vaccins contrefaits: Appel à la vigilance et au respect strict des textes en matière d'importation des vaccins et autres produits pharmaceutiques. ANiamey. <http://news.aNiamey.com/h/49439.html>
99. Le Monde, & AFP. (2019, March 19). Au Niger, alerte au « faux » vaccin contre la méningite. Le Monde.Fr. https://www.lemonde.fr/afrique/article/2019/03/19/au-niger-alerte-au-faux-vaccin-contre-la-meningite_5438150_3212.html
100. Maurice, J. (2015). Vaccine shortage threatens spread of meningitis in Niger. *The Lancet*, 385(9984), 2241.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61050-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61050-9)
101. Wellcome Trust. (2018). Wellcome Global Monitor, part of the Gallup World Poll 2018. Wellcome Trust. <https://wellcome.org/reports/wellcome-global-monitor/2018/appendix-country-level-data>
102. Moussa, H. (2005). Les pouvoirs locaux et le rôle des femmes à Guéladjo. [LASDEL Etudes et Travaux n° 36].
103. Youngstedt, S. (2013). *Surviving with dignity: Hausa communities of Niamey, Niger*. Rowman & Littlefield.
104. Boyer, F. (2014). « Faire fada » à Niamey (Niger): Un espace de transgression silencieuse ? *Camets de Géographes*, 7.
105. Masquelier, A. (2013). Tea time: Boredom and the temporalities of young men in Niger. *Africa: Journal of the International African Institute*, 83(3), 470–491. JSTOR.
106. Hassane, M., Doke, M., & Makama Bawa, O. (2006). Etude sur les pratiques de l'Islam au Niger. République du Niger. https://www.liportal.de/fileadmin/user_upload/oeffentlich/Niger/40_gesellschaft/islamrapportprovisoire24avril2006concorde.pdf
107. Malam Sani, M. M. (2017). Recompositions et dynamiques de l'enseignement arabo-islamique au Niger: Le cas de Zinder. *Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs, Hors-série n° 5*, 75–99.
108. Meuwissen, L. E. (2002). Problems of cost recovery implementation in district health care: A case study from Niger. *Health Policy and Planning*, 17(3), 304–313. <https://doi.org/10.1093/heapol/17.3.304>
109. Molyneux, S., Atela, M., Angwenyi, V., & Goodman, C. (2012). Community accountability at peripheral health facilities: A review of the empirical literature and development of a conceptual framework. *Health Policy and Planning*, 27(7), 541–554.
110. Chillio, L., Elhadji Dagobi, A., Moumouni, A., & Souley, A. (2002). Autour de la contagion, de la transmission, et de la prévention: Notions populaires hausa et songhay-zarma. *LASDEL Etudes et Travaux*, 7.

111. Olivier de Sardan, J.-P. (1982). Concepts et conceptions songhay-zarma: Histoire, culture, société. Nubia.
112. Echard, N. (1992). Cultes de possession et changement social. L'exemple du bori hausa de l'Ader et du Kurfey (Niger) / Possession Cuits and Social Change. The Case of Ader's and Kurfey's haussa bori (Niger). *Archives de Sciences Sociales Des Religions*, 79.
113. Ndiaye, S. M., Quick, L., Sanda, O., & Niandou, S. (2003). The value of community participation in disease surveillance: A case study from Niger. *Health Promotion International*, 18(2), 89–98. <https://doi.org/10.1093/heapro/18.2.89>
114. Global Health Security Index. (2019). 2019 GHS Index Country Profile for Niger. GHS Index. <https://www.ghsindex.org/country/niger/>
115. Fortin, A., Vroh Benie Bi, J., & Soulimane, A. (2017). LES ENSEIGNEMENTS DE L'ÉPIDÉMIE D'EBOLA POUR UNE MEILLEURE PRÉPARATION AUX URGENCES. *Santé Publique*, 29.
116. World Health Organization. (2014). Equipe de renforcement de la préparation à la maladie à virus Ebola.
117. WHO. (2013). WHO | Polio in Niger. WHO; World Health Organization. https://www.who.int/csr/don/2013_02_12/en/
118. Pender, J. L., Abdoulaye, T., Ndjeunga, J., Gerard, B., & Kato, E. (2008). Impacts of inventory credit, input supply shops, and fertilizer microdosing in the drylands of Niger | IFPRI : International Food Policy Research Institute (p. 78) [IFPRI Discussion Paper]. IFPRI. <https://www.ifpri.org/publication/impacts-inventory-credit-input-supply-shops-and-fertilizer-microdosing-drylands-niger>
119. World Bank. (2019). Population, total—Niger | Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=NE>
120. Pew Research Center. (2020). Populations skew older in some of the countries hit hard by COVID-19. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2020/04/22/populations-skew-older-in-some-of-the-countries-hit-hard-by-covid-19/>
121. May, J. (2019). Niger has the world's highest birth rate – and that may be a recipe for unrest. *The Conversation*. <https://theconversation.com/niger-has-the-worlds-highest-birth-rate-and-that-may-be-a-recipe-for-unrest-108654>
122. Augé, B. (2011). Les nouveaux enjeux pétroliers de la zone saharienne. *Herodote*, n° 142(3), 183–205.
123. Larsen, R. K., & Mamosso, C. A. (2014). Aid with Blinkers: Environmental Governance of Uranium Mining in Niger. *World Development*, 56, 62–76. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2013.10.024>
124. Djibo, M. (2003). Les Enjeux Politiques Dans La Colonie Du Niger (1944-1960). *Autrepart*, 27, 41–60.
125. Deycard, F. (2011). Les rebellions touarègues du Niger: Combattants, mobilisations et culture politique. *Science Politique*.
126. Masquelier, A. (2002). Road Mythographies: Space, Mobility, and the Historical Imagination in Postcolonial Niger. *American Ethnologist*, 29(4), 829–856. <https://doi.org/10.1525/ae.2002.29.4.829>
127. Boncase, V. (2009). Avoir Faim En Afrique Occidentale Française: Investigations Et Représentations Coloniales (1920-1960). *Revue d'Histoire Des Sciences Humaines*, 2(21).

128. YAHAYA, M. (2010). L'impact de l'aide publique au développement sur les politiques publiques des pays de l'Afrique de l'Ouest: Le cas du Niger et du Mali. [PhD Thesis]. Université Jean Moulin Lyon 3.
129. Elischer, S., & Mueller, L. (2019). Niger falls back off track. *African Affairs*, 118(471), 392–406.
<https://doi.org/10.1093/afraf/ady066>
130. Olivier, M. (2020, September 23). Présidentielle au Niger: Hama Amadou, la dernière chance ? *Jeune Afrique*.
<https://www.jeuneafrique.com/1048562/politique/presidentielle-au-niger-hama-amadou-la-derniere-chance/>
131. Sidibé, M. (2019). Une Approche Sociopolitique De La Question Des Réfugiés Dans La Crise De L'état Au Mali Cas Des Réfugiés Maliens De La Région De Tillabéri Au Niger [PhD thesis]. Université de Bordeaux.
132. Justino, P., Brück, T., & Verwimp, P. (2013). A micro-level perspective on the dynamics of conflict, violence, and development. <http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3055885>
133. Larché, Jérôme. (2011). Les défis du terrorisme «glocal»: Une nouvelle opportunité pour les ONG humanitaires occidentales de repenser leur modèle d'intervention. *Humanitaire. Enjeux, Pratiques, Débats* 28.
134. AFP. (2020, March 15). Niger: Une manifestation contre la corruption réprimée. *LaLibre*.
<https://www.lalibre.be/international/afrique/niger-une-manifestation-contre-la-corruption-reprimee-5e6e7887f20d5a29c66ec5ac>
135. Amnesty International. (2020, March 24). Niger: Civil society organisations call on authorities to end harassment of human rights defenders. <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2020/03/niger-societe-civile-demandent-un-terme/>
136. Amnesty International. (2020, March 25). Niger: Activists Arrested For Organising Protests.
<https://www.amnesty.org/en/documents/document/?indexNumber=AFR43%2f2033%2f2020&language=en>
137. Turner, M. D., Ayantunde, A. A., Patterson, E. D., & Patterson, K. P. (2006, November). Farmer-herder relations and conflict management in agro-pastoral zone of Niger. The future of transhumance pastoralism in West and Central Africa: Strategies, dynamic, conflicts and interventions, Abuja.
<https://cgspace.cgiar.org/handle/10568/34419>
138. Mbaye, A. A., & Bello, G. H. M. (2019). Local institutions can mitigate climate related conflict in the Sahel. In P. Collier (Ed.), *Fixing fragility: The role of the private sector and local institutions*.
139. World Bank. (2018). Literacy rate, adult total (% of people ages 15 and above)—Niger | Data.
<https://data.worldbank.org/indicator/SE.ADT.LITR.ZS?locations=NE>
140. UNICEF. (n.d.). Education: Being able to go to school is now a reality for many more children in Niger. Retrieved 3 November 2020, from <https://www.unicef.org/niger/education>
141. Heywood, E., & Tomlinson, M. (2020). The contribution of citizen views to understanding women's empowerment as a process of change: The case of Niger. *Feminist Media Studies*, 20(5), 713–729.
<https://doi.org/10.1080/14680777.2019.1642230>

142. Cooper, B. M. (2019). *Countless Blessings: A History of Childbirth and Reproduction in the Sahel*. Indiana University Press; JSTOR. <http://www.jstor.org/stable/j.ctvj7wmzr>