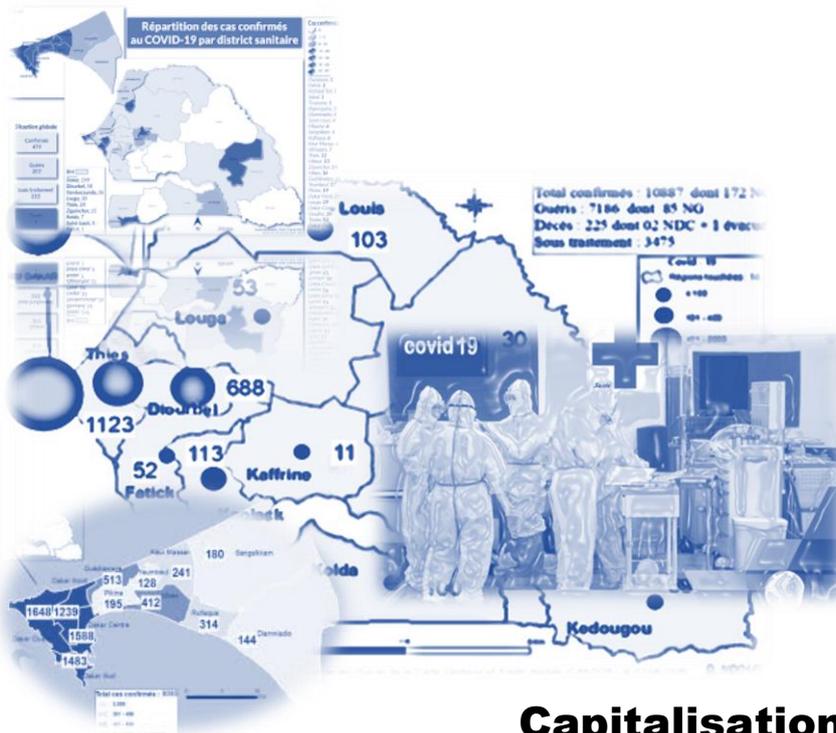


# REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple – Un But – Une Foi

Ministère de la Santé et de l'Action sociale  
Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques

Division de la Recherche



**Capitalisation de la gestion des cas et des contacts dans le cadre de la riposte contre la Covid-19 :**

***Mise en œuvre de la Riposte***

## Equipe de recherche :

- Pr Aida KANOUTE : Chercheuse Principale
- Dr Samba Cor SARR : Co-chercheur
- Dr Zeyni El Abidine SY : Co-chercheur
- Dr Abdoulaye DIALLO : Co-chercheur
- Dr Youssoupha NDIAYE : Co-chercheur
- Pr Khadim NIANG : Co-chercheur
- M. Abib NDIAYE : Co-chercheur
- Mme Viviane M. S. MBENGUE : Co-chercheuse

<i>Sigles et abréviations</i> .....	5
<b>PREMIERE PARTIE : ASPECTS THEORIQUES ET METHODOLOGIQUES</b> .....	6
<b>1.1. INTRODUCTION</b> .....	6
<b>1.2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION</b> .....	6
<b>1.3. CADRE CONCEPTUEL</b> .....	7
<b>1.4. OBJECTIFS</b> .....	9
<b>1.5. METHODOLOGIE</b> .....	9
1.5.1. <i>Type d'étude</i> .....	9
1.5.2. <i>Cadre d'étude et durée</i> .....	9
1.5.3. <i>Population d'étude et échantillonnage</i> .....	10
1.5.4. <i>Collecte des données</i> .....	11
1.5.5. <i>Traitement et analyse des données</i> .....	12
1.5.6. <i>Diffusion des résultats</i> .....	12
1.5.7. <i>Aspects éthiques</i> .....	12
<b>DEUXIEME PARTIE : RESULTATS</b> .....	13
<b>2.1. LA MISE EN ŒUVRE DE LA RIPOSTE</b> .....	13
1.1.1. <i>Profil socioprofessionnel et fonction</i> .....	13
1.1.2. <i>Missions et stratégies</i> .....	13
2.1.2.1. Responsabilité dans la mise en œuvre de la riposte .....	13
2.1.2.2. Stratégies mises en œuvre selon l'évolution de l'épidémie .....	15
1.1.3. <i>Interactions entre acteurs de la riposte</i> .....	16
2.1.2.3. Collaboration entre membres du comité .....	16
2.1.2.4. Rapports de travail avec les autres acteurs de la riposte .....	17
1.1.4. <i>Difficultés rencontrées, solutions apportées, points faibles et points forts</i> .....	18
2.1.2.5. Difficultés rencontrées .....	18
2.1.2.6. Solutions apportées .....	18
2.1.2.7. Points faibles .....	19
2.1.2.8. Points forts .....	20
<b>2.2. LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES DE LA RIPOSTE</b> .....	21
2.2.1. <i>Agents de prélèvement</i> .....	21
2.2.1.1. Profil des agents de prélèvement .....	21
2.2.1.2. Engagement dans le prélèvement .....	21
2.2.1.3. Modalités des prélèvements .....	21
2.2.1.4. Prélèvement .....	21
2.2.1.5. Relations avec les personnes testées .....	22
2.2.1.6. Rapports de travail avec les autres acteurs .....	22
2.2.1.7. Difficultés rencontrées .....	22
2.2.1.8. Mesures prises face aux difficultés .....	23
2.2.1.9. Points faibles .....	23
2.2.1.10. Points forts .....	23
2.2.2. <i>Propriétaires et gérants de réceptifs hôteliers et lieux de quarantaine</i> .....	24
2.2.2.1. Profil socioprofessionnel .....	24
2.2.2.2. Préparation et adaptation à l'accueil et interactions avec les cas et contacts Covid-19 .....	24
2.2.2.2.1. <i>Mesures d'adaptation à l'accueil des cas et contacts Covid-19</i> .....	24
2.2.2.2.2. <i>Interactions avec les cas et contacts Covid-19 accueillis dans l'hôtel</i> .....	25

2.2.2.3.	Rapports de travail avec les acteurs de la santé.....	25
2.2.2.4.	Difficultés rencontrées .....	26
2.2.2.5.	Solutions apportées aux difficultés .....	26
2.2.2.6.	Points faibles de la gestion des cas et contacts Covid-19 à l'hôtel .....	27
2.2.2.7.	Points forts .....	27
<b>2.2.3.</b>	<b><i>Personnels des réceptifs hôteliers .....</i></b>	<b>28</b>
2.2.3.1.	Profil socio-professionnel.....	28
2.2.3.2.	Préparation et adaptation à l'accueil et interactions avec les cas et contacts Covid-19.....	28
2.2.3.2.1.	<i>Mesures d'adaptation à l'accueil des cas et contacts Covid-19 .....</i>	<i>28</i>
2.2.3.2.2.	<i>Interactions avec les cas et contacts Covid-19 accueillis dans l'hôtel.....</i>	<i>28</i>
2.2.3.3.	Rapports de travail avec les acteurs de la santé.....	29
2.2.3.4.	Difficultés rencontrées .....	29
2.2.3.5.	Solutions apportées aux difficultés .....	29
2.2.3.6.	Points faibles de la gestion des cas et contacts Covid-19 à l'hôtel .....	30
2.2.3.7.	Points forts .....	30
<b>2.2.4.</b>	<b><i>Agents PCI.....</i></b>	<b>30</b>
2.2.4.1.	Profil professionnel .....	30
2.2.4.2.	Missions.....	31
2.2.4.3.	Activités menées .....	31
2.2.4.4.	Lien des activités avec les stratégies .....	32
2.2.4.5.	Moyens mobilisés.....	32
2.2.4.6.	Collaboration avec personnel hôtelier .....	32
2.2.4.7.	Rapports de travail avec les autres acteurs .....	33
2.2.4.8.	Contraintes rencontrées.....	33
2.2.4.9.	Mesures prises face aux difficultés.....	33
2.2.4.10.	Points faibles .....	34
2.2.4.11.	Points forts .....	34
<b>2.2.5.</b>	<b><i>Agents de sécurité.....</i></b>	<b>34</b>
2.2.5.1.	Interactions avec les cas et contacts .....	35
2.2.5.2.	Rapports avec les acteurs de la santé.....	35
2.2.5.3.	Difficultés rencontrées .....	35
2.2.5.4.	Mesures prises face aux difficultés.....	35
2.2.5.5.	Points faibles .....	35
2.2.5.6.	Points forts .....	36
<b>2.2.6.</b>	<b><i>Agents des CTE et EMIS .....</i></b>	<b>36</b>
2.2.6.1.	Qualification professionnelle.....	36
2.2.6.2.	Missions dans le cadre de la lutte contre la Covid-19 .....	36
2.2.6.3.	Activités menées .....	37
2.2.6.4.	Interactions avec les acteurs de la lutte contre la Covid-19 à l'interne.....	40
2.2.6.5.	Rapports de travail avec les autres acteurs de la prise en charge des cas et contacts Covid-19.....	40
2.2.6.6.	Difficultés rencontrées .....	40
2.2.6.7.	Mesures prises face aux difficultés.....	41
2.2.6.8.	Points faibles .....	42
2.2.6.9.	Points forts .....	43
<b>2.3.</b>	<b>POSTURE DES CULTUELS FACE A L'EPIDEMIE.....</b>	<b>45</b>
<b>2.4.</b>	<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>48</b>
2.4.1.	<i>Pour les instances de gestion.....</i>	<i>48</i>
2.4.2.	<i>Pour les Agents de prélèvement .....</i>	<i>49</i>
2.4.3.	<i>Pour les Propriétaires et gérants d'hôtel .....</i>	<i>49</i>
2.4.4.	<i>Pour le Personnel des réceptifs hôteliers .....</i>	<i>50</i>
2.4.5.	<i>Pour les Agents PCI.....</i>	<i>50</i>
2.4.6.	<i>Pour les Agents de sécurité .....</i>	<i>51</i>

2.4.7.	<i>Pour le Personnel des CTE.....</i>	<i>51</i>
<b>2.5.</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>54</b>
<b>2.6.</b>	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>55</b>
<b>2.7.</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>56</b>
2.7.1.	<i>Outils de collectes de données.....</i>	<i>56</i>
2.7.2.	<i>Lettre circulaire de ministre pour la capitalisation .....</i>	<i>74</i>
2.7.3.	<i>Avis éthique et scientifique .....</i>	<i>75</i>
2.7.4.	<i>Autorisation administrative .....</i>	<i>76</i>

## Sigles et abréviations

ASECNA	: Agence pour la Sécurité de la Navigation aérienne en Afrique
BRH	: Brigade régionale d'Hygiène
CDGE	: Comité départemental de Gestion des Epidémies
CNERS	: Comité national d'Ethique pour la Recherche en Santé
CNGE	: Comité national de gestion des épidémies
COUS	: Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire
CPRS	: Centre de Promotion et de Réinsertion sociale
CRGE	: Comité régional de Gestion des Epidémies
CTEpi	: Centres de Traitement des Epidémies
DAMS	: Direction de l'Action Médico-sociale
DGAS	: Direction générale de l'Action sociale
DGS	: Direction générale de la Santé
DLM	: Direction de la Lutte contre la Maladie
DP	: Direction de la Prévention
DPRS	: Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
ECD	: Equipe Cadre de District
ECR	: Equipe Cadre de Région
EMIS	: Équipes mobiles d'Intervention et de Soutien
EPS	: Etablissement Public de Santé
GloPID-R	: Global Research Collaboration for Infectious Disease Preparedness
HMO	: Hôpital Militaire de Ouakam
MCD	: Médecin-chef de District
MCR	: Médecin-chef de Région
MSAS	: Ministère de la Santé et de l'Action sociale
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PCI	: Prévention et Contrôle des Infections
PTF	: Partenaires techniques et financiers
RM	: Région médicale
SAMU	: Service d'Accueil et d'Urgence Médicale
SBH	: Sous-brigade d'hygiène
SDAS	: Service départemental de l'Action sociale
SNH	: Service national de l'Hygiène
SRAS	: Service régional de l'Action sociale
VDN	: Voie de dégagement Nord

# PREMIERE PARTIE : ASPECTS THEORIQUES ET METHODOLOGIQUES

## 1.1. Introduction

Apparue en Chine en décembre 2019, l'épidémie de Covid-19 s'est vite étendue à tous les continents. Considérée comme une pandémie mondiale depuis le 11 mars 2020 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), elle a mis à rude épreuve les systèmes de santé dans de nombreux pays à travers le monde, notamment en Afrique.

Au Sénégal, l'avènement de la pandémie a provoqué une réactivité de l'Etat à travers la mise en place de mécanismes de gestion de la riposte, dans la perspective de réduire la propagation du virus et son impact sur la santé de la population. Ce dispositif est structuré autour d'un Comité national de Gestion des Epidémies (CNGE) regroupant l'essentiel de l'expertise du pays en matière de lutte contre les maladies à potentiel épidémique. Le travail d'élaboration de stratégies et d'outils est ainsi confié à des commissions dont la mission est d'accompagner le système de santé dans la prise en charge de la maladie à Covid-19.

Pour mettre en exergue le rôle important de la recherche et des méthodes similaires de capture de la connaissance, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) a mis en place, conformément à la note de service n° 5133/MSAS/DGS/CNGE du 29 avril 2020, une commission Recherche et Aspects éthiques. Ladite commission est investie d'une mission de conseil scientifique au CNGE et d'impulsion de la Recherche/Capitalisation dans le cadre de la croisade contre la pandémie. Cela a suscité plusieurs initiatives de recherche et de capitalisation dont la rationalisation a nécessité la prise d'une lettre circulaire qui en confie la gestion à la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS). Ainsi, des domaines de recherche et de capitalisation ont été définis dans la perspective d'une exploitation optimale des produits générés au service de l'amélioration de la lutte actuelle et des prochains défis.

Dans le cadre de ce processus de création de la connaissance, le MSAS, en rapport avec ses partenaires, a choisi de capitaliser la gestion des cas et des contacts Covid-19 qui est un des domaines du Plan national multisectoriel de contingence.

## 1.2. Contexte et justification

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a procédé à une évaluation du niveau actuel des connaissances sur la nouvelle maladie à coronavirus 2019 (Covid-2019), et a repéré des lacunes tant sur le plan de la maîtrise de la virulence et de la transmission du virus que sur les interventions visant à enrayer cette flambée et à préparer d'autres défis (OMS, 2020). Cela a amené le Global Research Collaboration for Infectious Disease Preparedness (GloPID-R) et l'OMS à proposer des orientations susceptibles d'aider à une utilisation optimale de la capitalisation, de la recherche, de la réglementation et de l'éthique pour maîtriser l'épidémie. Ainsi, plusieurs domaines pertinents pour une exploration par la recherche et la capitalisation sont proposés au monde scientifique et aux décideurs politiques parmi lesquels la gouvernance, la coordination, la gestion, la prévention, la surveillance, la communication, l'engagement communautaire, l'isolement, le confinement partiel et/ou total, l'organisation des

soins, la résilience du système de santé et de la communauté. L'évolution de l'épidémie requiert des méthodes hardies et rapides pour une prise en charge efficace des cas et une interruption de la chaîne de transmission.

Au Sénégal, avec le déclenchement de l'épidémie, le dispositif mis en place est de type pyramidal avec un Comité National de Gestion des Épidémies (CNGE) et des comités (régionaux et locaux) dirigés respectivement par le Ministre de la Santé et de l'Action sociale et les autorités administratives régionales et locales. L'approche mise en œuvre est pluridisciplinaire et multisectorielle avec le leadership du secteur de la santé. Dans le cadre d'une stratégie globale, l'identification des cas, leur isolement et les soins ainsi que la recherche des contacts et leur mise en quarantaine sont essentiels pour faire reculer la transmission et juguler l'épidémie. Cette stratégie est soutenue par un système de communication institutionnelle et opérationnelle. La mise en œuvre de ce processus s'appuie sur un système de surveillance épidémiologique, générant ainsi un fonds de ressources informationnelles dont la capitalisation pourrait éclairer les décisions actuelles et la gestion des futurs défis.

Afin d'améliorer le processus de gestion de cette épidémie et des futures crises sanitaires, une capitalisation des expériences est nécessaire. Les connaissances générées à partir de la capitalisation de la gestion des cas et des contacts, dans le cadre de la riposte contre la Covid-19, vont permettre d'orienter la prise de décisions. Selon Pierre de Zutter, la capitalisation est : « *le passage de l'expérience à la connaissance partageable.* » Dans le cadre de cette recherche, elle permettra d'étudier en détail les actions mises en œuvre et de mener une réflexion critique sur les réalisations et les résultats obtenus.

Dans le cadre de cette analyse, trois districts sanitaires ont été retenus, en l'occurrence : Dakar-ouest, Dakar-sud et Touba. Pour cela, des données ont été collectées au niveau des comités de gestion de l'épidémie, des centres de traitement (CTE), des sites de mise en quarantaine et des autorités culturelles. Par ailleurs, l'accent a été mis sur la capture des bonnes pratiques en matière de stratégies de lutte contre les épidémies et la gestion des cas et des contacts dans les espaces de soins et de quarantaine.

### 1.3. Cadre conceptuel

Pour définir notre cadre conceptuel, nous avons fait appel aux travaux de Grundstein M., Ermine J. L., Nonaka I. et Takeuchi H., Villeval Ph. et Lavigne Delville Ph. La littérature scientifique nous enseigne que la capitalisation des connaissances s'inscrit dans le cadre du management des connaissances ou « knowledge management » défini par Grundstein M., dans son ouvrage « De la capitalisation des connaissances au management des connaissances dans l'entreprise », comme étant le « management des activités et des processus destinés à amplifier l'utilisation et la création des connaissances au sein d'une organisation selon deux finalités complémentaires fortement intriquées : une finalité patrimoniale et une finalité d'innovation durable ; finalités sous-tendues par leurs dimensions économiques et stratégiques, organisationnelles, socioculturelles et technologiques »<sup>1</sup>.

Définir le cadre conceptuel de notre recherche nécessite de nous poser cette question fondamentale : « Qu'est-ce que la capitalisation ? » Pour apporter une réponse à celle-ci, nous

---

<sup>1</sup> Michel GRUNDSTEIN, *De la capitalisation des connaissances au management des connaissances dans l'entreprise*. Chapitre 1 dans : BOUGHZALA Imed, ERMINE Jean-Louis. 2004. *Management des connaissances en entreprise*, Edition Hermès Science, Pages 25-54.

allons nous référer aux travaux de Philippe Villeval et Philippe Lavigne Delville. Dans leur article intitulé : « Capitalisation d'expériences, expérience de capitalisations : Comment passer de la volonté à l'action ? »<sup>2</sup>, ces auteurs empruntent à Pierre de Zutter la formule qui, selon eux, définit le plus clairement et de la manière la plus juste la capitalisation comme : « le passage de l'expérience à la connaissance partageable »<sup>3</sup>. Selon eux, capitaliser n'est surtout pas un exercice académique qui serait conduit par des théoriciens. C'est un travail qui part de la pratique, pour enrichir la pratique.

Dès lors, un travail de capitalisation doit permettre aux praticiens de mettre en évidence et d'explicitier en quoi une expérience (ou une série d'expériences) met en lumière des enseignements d'une validité plus générale et partageable. Selon Ermine<sup>4</sup>, le mot capitalisation doit être entendu au sens large du terme, qui dérive du mot « capital ». Il s'agit de tout faire pour accumuler ce capital dans un objectif de valorisation : le stocker, bien sûr, mais seulement ce qui a de la valeur, le préserver, notamment le protéger, le maintenir à son plus haut niveau de valeur. Capitaliser un patrimoine de connaissances n'est donc pas une chose simple, car il ne s'agit pas d'un stockage, et cet objectif est très fortement lié à la notion de valeur. Cela soulève la question : « Quel type de connaissance capitaliser ? ». Pour répondre à cette question fondamentale, il convient de clarifier la notion de savoir explicite et implicite (tacite).

En 1995, Nonaka et Takeuchi, ont publié un ouvrage remarquable sur la formation des connaissances et son utilisation dans les entreprises japonaises : *The Knowledge-Creating Company*<sup>5</sup>. En référence aux travaux de ces deux chercheurs et de leur analyse des dynamiques d'innovation dans les entreprises japonaises, nous pouvons distinguer deux grands types de connaissance : la connaissance tacite et la connaissance explicite. La connaissance tacite est celle qui est diffuse, non formalisée. Elle peut être individuelle, liée à des savoir-faire spécifiques, incorporée au sein d'une culture d'entreprise et transmise par socialisation entre les personnes. Elle peut relever de collectifs plus larges, où elle se transmet par échanges, rencontres, débats, etc. Ce type de connaissance s'oppose à une connaissance explicite, qui fait l'objet d'écrits, de normes, de références, et qui est formalisée.

Selon Grundstein, « La connaissance tacite qui réside au sein de notre cerveau résulte du sens que nous donnons, au travers de nos schémas d'interprétation, aux données que nous percevons à partir des informations qui nous sont transmises »<sup>6</sup>. Quant aux connaissances explicites, elles sont des savoirs et présentent la caractéristique fondamentale d'être formalisées. Cette formalisation se doit d'être justifiée par l'existence d'éléments tangibles ou plus simplement par une énonciation claire et facilement partageable attestant de leur prise de conscience. Cependant, elles sont souvent de nature « hétérogène », « incomplète » ou « redondantes ».

---

<sup>2</sup> Philippe VILLEVAL, Philippe LAVIGNE-DELVILLE, *Capitalisation d'expériences... expérience de capitalisation : Comment passer de la volonté à l'action ?* Traverse n° 15, Octobre 2004

<sup>3</sup> Pierre de ZUTTER, *Des histoires, des savoirs, des hommes : l'expérience est un capital*, Editions – Diffusion Charles Léopold Mayer, Paris, 1994

<sup>4</sup> Jean-Louis ERMINE, *La gestion des connaissances*, Hermes Sciences Publications, pp.166, 2003

<sup>5</sup> Ikujiro NONAKA, Hirotaka TAKEUCHI, *The Knowledge-Creating Company*. Oxford University Press, 1995. (Traduction française : *La connaissance créatrice, La dynamique de l'entreprise apprenante*, 1997. De Boeck Université S.A.).

<sup>6</sup> GRUNDSTEIN Michel, *De la capitalisation des connaissances au renforcement des compétences dans l'entreprise étendue*, 1er Colloque du groupe de travail Gestion des Compétences et des Connaissances en Génie Industriel « Vers l'articulation entre Compétences et Connaissances », Nantes, 12-13 décembre 2002

Dès lors, la capitalisation vise à expliciter la connaissance tacite. Elle repose sur un processus d'externalisation. Faute de capitalisation, les leçons tirées d'une expérience ne sont connues que de ceux qui l'ont vécue. Avec la capitalisation, les connaissances sont formalisées, rendues explicites et donc, accessibles plus facilement et plus durablement à des fins d'utilisation. Pour analyser et structurer les connaissances en vue d'élaborer un système opérationnel pour leur utilisation à des fins de gestion et de décision, plusieurs méthodes d'analyse et de modélisation issues de l'ingénierie des connaissances Celle qui est en parfaite intelligence avec notre étude s'apparente au modèle « Knowledge Acquisition and Documentation Structuring » qui propose des méthodes de résolution des problèmes et peut aboutir à un système d'aide à la décision. En effet, la démarche proposée dans le cadre de l'étude se propose de partir des expériences vécues par chacun des acteurs engagés dans la riposte spécifiquement ceux qui se sont orientés dans la gestion des cas et des contacts afin de les amener à expliciter le savoir acquis de ce travail. Ledit savoir explicité sera présenté dans un format exploitable pour améliorer la pratique et mieux préparer les défis du même genre.

## 1.4. Objectifs

### ▪ Objectif général

Capitaliser le management stratégique et opérationnel de la riposte contre la Covid-19

### ▪ Objectifs spécifiques

1. **OS1** : Analyser les méthodes, procédures et outils de management de la riposte ;
2. **OS2** : Analyser la réactivité des parties prenantes par rapport à la stratégie globale de management mise en place ;
3. **OS3** : Identifier les leçons apprises.

## 1.5. Méthodologie

### 1.5.1. Type d'étude

Pour répondre aux objectifs ci-dessus déclinés, une enquête transversale à visée qualitative a été menée afin de permettre aux répondants actifs dans la riposte de décrire eux-mêmes le processus et la perception qu'ils ont des différents actes posés dans le cadre de la lutte.

### 1.5.2. Cadre d'étude et durée

L'étude s'est faite au niveau central et dans les districts de Dakar-Sud et Dakar-Ouest, pour la région de Dakar, et de Touba, pour la région de Diourbel :

- Pour le niveau central, des membres du CNGE, du Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS) et de la Direction des Laboratoires, actifs dans la conception, le suivi et le soutien aux interventions définies dans le cadre de la riposte, ont été interviewés. Ce procédé a permis d'avoir le descriptif des stratégies et les perceptions de ces acteurs sur la manière dont les activités ont été déroulées ;
- Le choix du District sanitaire Dakar-Sud s'est justifié par la prévalence élevée des cas et la mobilisation des acteurs dudit district depuis le début de l'épidémie. Cela a permis ainsi d'avoir le descriptif et la réactivité de ces acteurs de terrain quant à la stratégie

opérationnelle mise en œuvre. Le district sanitaire de Dakar-Sud se trouve à l'extrême Sud de la région de Dakar et est limité à l'est et au Nord par le district centre et à l'ouest par l'Océan atlantique. Sa superficie est de 10,8 km<sup>2</sup> avec une population estimée à 197 467 habitants (2018) et une densité de 17 272 h/km<sup>2</sup>. Au plan du découpage administratif sa superficie couvre quatre (4) communes (Dakar-Plateau, Médina, Gueule Tapée-Fass-Colobane et Gorée). Au plan de l'offre de soins publique, il est constitué d'un (1) EPS 1, de trois (3) EPS 3, sept (7) centres de santé et sept (7) postes de santé. Au plan de l'offre de soins parapublique, on note 7 structures militaires et paramilitaires (Garnisons). Quant à l'offre de soins privée et confessionnelle, elle est fournie par 11 cliniques privées, 3 centres de santé privés, 84 cabinets médicaux privés, 45 cabinets dentaires privés, 2 Postes de santé privés confessionnels, 14 cabinets paramédicaux privés, 7 structures médicales ou paramédicale d'entreprise. L'offre de service social dispose de 3 Centres de Promotion et de Réinsertion sociale (CPRS) ;

- Les mêmes justificatifs du choix du district cité plus haut restent valables pour le district sanitaire de Dakar Ouest. Il est situé à l'extrême Nord du département de Dakar et a une superficie de 32 km<sup>2</sup>. Il est limité : au Nord et à l'Ouest par l'Océan Atlantique, au Nord-Est par le district sanitaire Nord dont il est séparé par la VDN, à l'Est par le quartier de Liberté 6. Il comprend trois villages traditionnels (Ngor, Yoff et Ouakam) et 66 quartiers dont 39 cités résidentielles. Il dépend administrativement de l'arrondissement des Almadies. Il couvre quatre communes (Mermoz, Ngor, Ouakam et Yoff). La population du district est estimée à 251398 habitants (ANSD-2015). Le réseau d'offre de soins comprend un centre de référence de type 2 (Philippe Maguilen Senghor), 3 centres de santé de type 2 (Annette Mbaye, Ngor et Ouakam), un EPS (HMO), un centre médical d'entreprise (ASECNA), un Centre de Promotion et de Réinsertion sociale, un dispensaire privé catholique, 6 postes de santé, 3 services médicaux d'entreprise, 16 cliniques privées, 23 cabinets médicaux et 15 cabinets dentaires ;
- Quant au district sanitaire de Touba, l'optique visée est d'avoir la réactivité d'acteurs évoluant dans un milieu à tonalité rurale et religieuse, comparativement aux districts ci-dessus qui sont en plein milieu urbain et dans la capitale du Sénégal avec ses corollaires de ville moderne. Ledit district se situe dans la région de Diourbel, il est limité au Nord par le district sanitaire de Darou Mousty, à l'Est par le district sanitaire de Linguère, au Sud et à l'Ouest par le district sanitaire de Mbacké. Il a une superficie de 553 km<sup>2</sup> et couvre une population de 935 446 habitants soit une densité de 1 692 habitants au km<sup>2</sup>. Son réseau de structures sanitaires est composé de deux (2) EPS, cinq (5) centres de santé, vingt-cinq (25) postes de santé et douze (12) cases de santé. Au plan de l'Action sociale, le district dispose d'un (1) Centre de Promotion et de Réinsertion sociale (CPRS).

La situation épidémiologique de la Covid-19, à la date du 22 juin 2020, montrait que ces trois (3) districts concentraient 2 156 cas des 5 970 cas confirmés dans le pays, soit une proportion de 36%. La collecte des données s'est faite au niveau des différents organes de coordination de la riposte contre la Covid-19. Les régions visées par cette étude ont été choisies sur la base de la combinaison de plusieurs paramètres parmi lesquels on peut citer : l'expérience de gestion des cas et des contacts, l'évolution épidémiologique, le contexte infrastructurel et culturel.

### 1.5.3. Population d'étude et échantillonnage

La population d'étude est composée des porteurs d'expérience en lien avec le management stratégique et opérationnel de la riposte contre la Covid-19 dans les régions de Dakar et de Diourbel. Il s'agit :

- Des membres des instances de management des niveaux central, régional et départemental : CNGE, CRGE, CDGE, DP et COUS ;
- Des membres des ECR et Équipes mobiles d'intervention et de soutien (EMIS) : MCR, Chef du SRAS, Chef de la BR d'Hygiène ;
- Des membres des ECD et Équipes d'investigation de districts : MCD, Chef du SDAS, Chef de la S/B d'Hygiène ;
- Des équipes de prise en charge au niveau des centres de traitement des épidémies (CTE) ;
- Des propriétaires et gérants des réceptifs hôteliers ;
- Du personnel de service des réceptifs hôteliers (nettoyement, literie, buanderie, cuisine, etc.) ;
- Des agents chargés de la sécurité ;
- Des agents de la cellule de prise en charge psychosociale ;
- Des membres des Équipes de prévention et de contrôle des infections (PCI) : Croix-Rouge et Brigades d'Hygiène.

L'échantillonnage est de type non probabiliste et a pris en compte la diversité des acteurs du processus. Le procédé de saturation et de triangulation a été mis à contribution pour la qualité des données.

#### 1.5.4. Collecte des données

##### ○ **Outils de collecte**

Des entretiens individuels ont été réalisés à l'aide de guides d'entretien. Une revue documentaire avec une grille a permis de faire une analyse systématique des données secondaires. La Collecte a été précédée par le recueil de consentement libre et éclairé, conformément à l'approbation du Comité d'éthique (Avis éthique et scientifique n° 00201/MSAS/CNERS/Sec du 21 octobre 2020).

Les informations collectées ont été exploitées conformément aux procédés de capitalisation :

1. Identification de l'objet de capitalisation ;
2. Cartographie sommaire des principaux acteurs et de leurs rôles ;
3. Caractérisation de l'expérience ;
4. Description de l'expérience ;
5. Leçons apprises.

##### ○ **Equipe de collecte**

La collecte de données a été effectuée par des agents formés en techniques d'entrevue individuelle et de groupe. Ils ont été organisés en trois (3) équipes de cinq (5) personnes avec un superviseur par équipe.

##### ○ **Modes et supports de collecte**

Les entretiens ont été organisés en mode face à face avec un respect des gestes barrières et des mesures de protection individuelle et collective.

##### ○ **Organisation de la collecte**

Les données ont été recueillies à partir de fiches d'entretien transcrites secondairement sur des masques de saisie électroniques. L'équipe du projet a identifié des points focaux dans

chacune des instances de management de la riposte pour la collecte et la transmission des données selon un formulaire proposé.

#### 1.5.5. Traitement et analyse des données

Le traitement du corpus de données s'est fait en deux (2) phases :

- Dans un premier temps, les données ont été stabilisées grâce aux grilles de caractérisation, de description et d'analyse d'expérience. Ces grilles ont permis de retracer le processus ayant conduit à l'identification des objets, des porteurs d'expériences, leurs rôles et responsabilités dans les processus de ladite expérience, la plus-value attendue de leurs contributions ainsi que les contraintes rencontrées ;
- Dans un second temps, les données issues des entretiens ont été transférées dans le logiciel de traitement automatique SPHINX. L'analyse de contenu a été utilisée dans une démarche constructiviste pour mettre en exergue les facteurs explicatifs des tendances observées.

#### 1.5.6. Diffusion des résultats

Le rapport de capitalisation fera l'objet de partage à travers des articles, policy briefs, communications orales et ateliers de partage. Les différents supports de diffusion électroniques et physiques seront mis à contribution pour créer les conditions d'une utilisation optimale de ce produit, pour améliorer la riposte contre la Covid-19 et d'autres épidémies similaires.

#### 1.5.7. Aspects éthiques

La présente étude s'est tenue dans le contexte d'une épidémie particulière, générant des recommandations et attitudes qui favorisent la méfiance et la distanciation sociale, lesquelles postures ne rendant pas facile la collecte de données par mode face à face. En outre, l'épidémie, dans ses premières heures d'apparition, était vue comme une maladie stigmatisante, rendant difficile l'organisation d'entretiens ayant trait au phénomène. Cette situation a soulevé deux principes éthiques : la confidentialité et le respect de l'autonomisation. Cela a amené l'équipe de recherche à soumettre le protocole à l'évaluation éthique et scientifique du CNERC et à prendre toutes les dispositions pour la prise en compte des aspects éthiques dans la collecte et la manipulation des données. Les répondants ont participé à l'enquête en donnant un consentement libre et éclairé.

La collecte et le traitement des données sur le management stratégique et opérationnel de la riposte contre la Covid-19 ont permis de disposer de résultats dont la quintessence est présentée dans le chapitre qui suit.

## DEUXIEME PARTIE : RESULTATS

### 2.1. La mise en œuvre de la riposte

Ce chapitre regroupe les résultats portant sur le profil des répondants et leur réactivité par rapport à la mise en œuvre de la riposte.

#### 1.1.1. Profil socioprofessionnel et fonction

Les répondants mobilisés dans le cadre de cette enquête sont constitués par un personnel médical, paramédical, administratif et d'appui technique. Ils évoluent dans les administrations territoriales et les structures de santé et d'action sociale. Ils sont actifs dans la prise en charge médicale et sociale, la prévention, la surveillance et la régulation, et sont essentiellement composés de :

- Administrateurs civils ;
- Médecins ;
- Travailleurs sociaux ;
- Techniciens supérieurs de santé.

L'engagement de ces différents profils d'acteurs se matérialise à travers la mise en exécution des missions qui leur sont assignées (**figures 1 et 2**).



Figure 1 : Réunion du CNGE



Figure 2 : Séance de travail des membres du CNGE

#### 1.1.2. Missions et stratégies

##### 2.1.2.1. Responsabilité dans la mise en œuvre de la riposte

Les acteurs interviewés rapportent avoir assumé les rôles et fonctions suivants :

- Élaboration des plans de préparation et de contingence ;
- Préparation des rapports devant éclairer les décisions des autorités centrales ;
- Identification des stratégies de riposte ;
- Surveillance et suivi des contacts ;

- Coordination, suivi et gestion des cas et contacts Covid-19 ;
- Appui aux districts dans la gestion de la pandémie ;
- Coordination de l'investigation et du suivi des contacts ;
- Suivi des cas index (cas asymptomatiques à domicile) ;
- Suivi des cas à domicile ;
- Veille scientifique de l'épidémie ;
- Coordination des activités de communication ;
- Elaboration du plan de communication ;
- Gestion des confinements dans les hôtels ;
- Synthèse des bases de données des cas confirmés et des contacts des districts.

Toutefois, selon les répondants les fonctions assumées sont claires pour certains et imprécises pour d'autres. Cela est corroboré par les propos d'une répondante d'un CRGE qui affirme : *« je suis chargée de faire le rapport journalier de la situation des cas et de la transmission au niveau central tous les jours (...) j'ai été formatrice sur la gestion des cas et contacts au niveau des districts y compris la gestion des bases de données (...) nous avons aussi le rôle de superviser les districts sur la gestion de l'épidémie de façon globale. »* Contrairement à cette dernière, un autre répondant soutient ne pas être suffisamment éclairé sur ses responsabilités en disant : *« mes responsabilités ne sont pas précises, je coordonne les actions au niveau du district, appuie l'équipe du district, les rassure sur l'appui de l'Etat, l'isolement dans les hôtels et l'implication des Comités de quartier dans les actions. »*

En outre, les interviewés ont apporté des éclairages sur la particularité de leurs actions liées à la spécificité de l'épidémie et son impact sur les interrelations dans les communautés. Ainsi, ils affirment apporter un appui dans :

- Le ciblage des contacts ;
- La sensibilisation des personnes stigmatisées et les personnes à risque ;
- La gestion du confinement et la prise en charge dans les hôtels ;
- La lutte contre la propagation de la maladie par l'implication des collectivités territoriales, des services d'hygiène, des forces de défense par le respect des mesures édictées par les autorités ;
- La gestion des données épidémiologiques par rapport à l'analyse des données ;
- La notification des cas et/ou des contacts et des cas suspects ;
- La cartographie des cas, des contacts et des cas suspects par quartier ;
- La gestion des cas communautaires lors des rencontres avec le ministre ;
- La prévention et le contrôle de l'infection en procédant avec les équipes de prise en charge ;
- La gestion des déchets, la désinfection des domiciles, la préparation des solutions ;
- La sécurité du personnel soignant et des contacts suivis ;
- La gestion des urgences au niveau de la communauté en collaboration avec le Croix Rouge ;
- Le suivi de la mise en œuvre.

Ces activités sont développées selon eux dans une solidarité partenariale avec la mutualisation des ressources. Toutefois, ils affirment reconnaître des conflits de compétence et souvent des contradictions dans la manière de communiquer avec la population. Selon eux, cette expérience de mise en œuvre a montré l'intérêt de l'élaboration des termes de référence pour chaque acteur et un manuel de procédures pour les interactions pour aider les acteurs de mise en œuvre à travailler en parfaite intelligence.

Même si le plan de contingence élaboré à partir du CNGE a décliné les différentes fonctions et procédures de mise en œuvre, les CRGE devront travailler à produire des orientations qui permettent à chaque acteur de remplir sa fonction en parfaite cohérence avec les autres parties engagées dans la riposte.

#### 2.1.2.2. Stratégies mises en œuvre selon l'évolution de l'épidémie

Selon les répondants les stratégies ont évolué en fonction du nombre de cas. Pendant un mois alors qu'aucun cas n'a été enregistré, les instances de mise en œuvre ont préconisé des visites à domicile (VAD) dans l'optique de prévenir les populations afin qu'elles prennent leurs dispositions en cas de survenue de l'épidémie.

Dans l'optique d'harmoniser les interventions en matière de communication (**figures 4 et 5**), un plan stratégique a été élaboré et mis en œuvre avec l'appui du service national de l'éducation et de l'information pour la santé.



Figure 3 : Visite d'un CTE



Figure 4 : Visite d'un site à Tambacounda

De février à mars 2020, sur proposition du CNGE, tous les voyageurs venant de l'étranger ont été testés du fait que l'épidémie était essentiellement concentrée à l'extérieur (**figure 5 bis**). Les personnes âgées ou vivant avec des comorbidités étant particulièrement vulnérables à la covid-19 et combiné à l'insuffisance de la connaissance du virus, le CNGE a suggéré des prélèvements systématiques chez les cas suspects et les contacts des cas positifs. Cela est fait dans le sens d'une prise en charge précoce afin de limiter les décès.

D'avril à juillet les prélèvements des cas suspects et des contacts des cas positifs se sont poursuivis avec la notification systématique des cas communautaires. Cela s'est fait directives du CNGE.

Conformément aux directives du niveau central, les entretiens téléphoniques avec les cas ont été privilégiés pendant au moins 5 mois durant lesquels le personnel de santé se rendait au domicile des cas pour procéder aux prélèvements.

Le confinement des cas contacts dans les réceptifs hôteliers a duré deux mois. Cette stratégie a permis de réduire la propagation de la maladie mais a nécessité des moyens importants. Toutefois les cas confirmés continuaient à être pris en charge dans les CTE. Ces directives du CNGE ont prévalu pour une durée d'un mois.

Avec la pression du nombre de cas, l'Etat a choisi de ne retenir que les cas modérés et graves dans les CTE et les cas simples en traitements extrahospitaliers.



Figure 4 bis : Dispositif de contrôle à l'AIDB

Dans la même dynamique d'allègement des charges financières, les cas asymptomatiques sont pris à charge à domicile avec des indications pour le respect des mesures barrières.

Avec la persistance de l'épidémie, une recrudescence à l'étranger et la pression économique, l'Etat, sous l'éclairage du CNGE, a opté de ne retenir que les cas modérés et graves dans les CTE. Parallèlement à cette décision, des comités de développement communautaire avec la participation des maires, des leaders d'opinion et des délégués de quartiers étaient mis en place pour faire face à la covid19 qui semble s'inscrire dans la durée.

A l'analyse de la situation épidémiologique, le CNGE a trouvé l'importance de contextualiser les mesures et de prendre en compte l'évolution du phénomène à éradiquer. Pour ce faire, l'implication des populations principales bénéficiaires est d'une importance capitale. En outre, l'évaluation régulière des stratégies mises en place reste le meilleur moyen d'adapter les approches à la configuration de phénomène et son impact dans la lutte. Il ressort du descriptif des stratégies, une évolution permanente des approches avec des durées variables et le concours progressif de plusieurs acteurs. Chacune des approches ci-dessus décrites a donné des résultats à efficacité variable. Selon les répondants la stratégie la plus durable et qui semble produire des résultats efficaces contre la transmission est la communication centrée sur l'efficacité des mesures barrières. En outre, la mobilisation de l'engagement communautaire peut être un moyen d'inscrire la lutte dans la durée et favoriser un changement de comportement favorable à la rupture de la chaîne de transmission.

### 1.1.3. Interactions entre acteurs de la riposte

#### 2.1.2.3. Collaboration entre membres du comité

La lutte contre l'épidémie à covid-19 requiert une approche multisectorielle et transdisciplinaire. Ainsi, l'Etat a mis en place dès avant l'apparition des premiers cas un comité national de gestion de l'épidémie. La présente enquête s'est également intéressée à la collaboration entre les membres dudit comité et les leçons apprises telles que perçues par ces derniers.

Selon les répondants tout au début les interactions étaient plus inhibitrices que productives. En effet les acteurs n'étaient pas systématiquement en phase sur les approches à mettre en place. En outre plusieurs autres acteurs dont la compétence est requise pour lutter contre une telle épidémie n'étaient pas enrôlés. Au fur et à mesure que les réunions du CNGE et des CRGE se tenaient, on enregistre un nivellement des perceptions quant aux stratégies à adopter pour une lutte plus efficace. Cette collaboration productive a été facilitée par la mise à disposition d'un plan de préparation et de contingence et d'orientations inspirées d'analyses épidémiologiques. Si le niveau national représenté par le CNGE suggérait des mesures de portée nationale ou régionale, les CRGE tout en intégrant les directives nationales ont orienté leurs analyses sur la spécificité réactive de leurs localités par rapport à l'épidémie.

Le CNGE pour prendre des décisions éclairées avait mis en place des commissions techniques et scientifiques qui mettaient à disposition des évidences sur la covid-19 et les stratégies qui sont jusqu'ici mises en œuvre pour son éradication. Pendant les trois premiers mois de l'épidémie des réunions biquotidiennes étaient instituées. A partir du mois de juin des réunions journalières en présentielle au début et en distancielle par la suite ont été organisées. Avec les tendances baissières constatées, les réunions de coordination étaient rendues hebdomadaires. Ces instances étaient choisies pour partager sur la situation épidémiologique de la covid-19 au Sénégal et dans le monde, passer en revue les contributions techniques, matérielles et financières des partenaires afin de suggérer des mesures pour des approches plus adaptées au contexte de l'heure. Toutefois depuis le 28 février 2020, des réunions quotidiennes de l'IMS se tiennent au COUS, pour faire le point sur la situation épidémiologique et formuler des recommandations sur les activités à dérouler.

Au niveau des CRGE, toute l'expertise régionale est mobilisée sous le leadership des autorités administratives et les éclairages techniques des autorités de santé. La prise en compte du contexte local amenait certaines autorités administratives à mettre en œuvre des mesures spécifiques comme le confinement d'une localité donnée. La collaboration au sein de ces comités se faisait dans le respect de la hiérarchie. Le partage d'information sur la maladie et le virus permettait aux différents acteurs d'être dans des dispositions scientifiques et psychologiques pour parler le même langage et développer des argumentaires univoques et intelligibles pour les communautés.

Cette expérience a révélé l'importance du multi partenariat et de l'approche inclusive dans la lutte contre l'épidémie à covid-19. En effet la manière dont la covid-19 s'est attaquée au système de santé et à la communauté a mis à nu les approches solitaires parcellaires et fragmentaires. Ainsi avec les comités de gestion mis en place et qui favorisent le dialogue permanent entre différentes parties prenantes du processus, la résultante de l'analyse des discours des différents répondants et la productivité et l'efficacité de la collaboration dans l'évaluation et la mise en œuvre des stratégies.

#### 2.1.2.4. Rapports de travail avec les autres acteurs de la riposte

Les répondants ont affirmé les excellents rapports de travail qui ont existé entre les acteurs de la riposte. Pour le cas des personnes réfractaires à collaborer dans la mise en œuvre des stratégies telles que les prélèvements et l'auto isolement à domicile, le personnel de santé était emmené à utiliser l'engagement communautaire pour créer les conditions de succès de ces approches qui étaient à un moment donné incontournables.

La manière dont les activités étaient organisées et mises en œuvre rendait les interactions entre les acteurs inévitables. L'information et la sensibilisation sur les mesures barrières ne pouvaient pas être exclusivement portées par le personnel de santé. Ainsi les forces de sécurité et de défenses, le personnel enseignant, les acteurs communautaires de santé, les imams et clergés étaient mis à contribution pour une atteinte plus efficace de la cible. Pour ce faire, les instances de coordinations et des ateliers de renforcement de capacité étaient mis à profit pour implémenter la transdisciplinarité dans la manière de rendre l'information et développer la communication pour un changement de comportement. L'interaction régulière entre les différents profils engagés dans la lutte densifie les échanges et amené ainsi chaque acteur à apprendre de l'autre. Cela a permis la mise en cohérence des discours émanant des acteurs engagés dans la riposte. Ce caractère univoque du message véhiculé a beaucoup contribué à crédibiliser les approches de lutte contre la covid-19.

L'existence des commissions scientifiques et techniques au sein du CNGE a permis de développer les relations de travail entre les experts de divers horizons. Chaque commission s'investissait dans le domaine de son expertise afin de produire des évidences qui contribuent à éclairer le choix des stratégies et des outils à mobiliser dans la riposte. La régularité des rencontres et les succès engendrés ont favorisé un environnement convivial et de générosité dans le partage entre les différents acteurs.

#### 1.1.4. Difficultés rencontrées, solutions apportées, points faibles et points forts

La mise en œuvre des stratégies de lutte est confrontée à plusieurs difficultés qui a amené les parties prenantes à apporter des solutions. La présente enquête a servi de prétexte pour amener les acteurs engagés dans le processus à décrire ces difficultés et solutions apportées et à partager leurs perceptions sur les points faibles et points forts de la lutte contre la covid-19. Le présent chapitre restitue la quintessence de leurs différents discours pour en tirer les leçons apprises.

##### 2.1.2.5. Difficultés rencontrées

Les difficultés recensées à partir des discours issus de l'enquête menée auprès du CNGE et des CRGE sont :

- La mise à disposition tardive des financements ;
- La mise en application de l'Etat d'urgence qui a été à l'origine du blocage dans le travail du fait des horaires fixés qui n'étaient pas en adéquation avec les heures habituelles de certaines entreprises ;
- Le déni et stigmatisation de la maladie par certaines catégories de population rendait difficile la communication sur les mesures barrières ;
- La défiance dans la PEC par certains cas au niveau des hôtels ;
- Récurrence des mouvements d'humeur du personnel liée à des questions de motivation.

##### 2.1.2.6. Solutions apportées

Face aux difficultés rencontrées dans la mise en œuvre, des solutions ont été apportées parmi lesquelles on peut citer :

- Appui au plaidoyer à l'endroit des leaders communautaires (président ASC, délégués de quartier, religieux, influenceurs) pour l'engagement communautaire ;

- Sensibilisation autour des communautés par la communication de masse, la communication interpersonnelle (CIP) ;
- Pour venir à bout du déni et de la stigmatisation de la maladie au niveau des districts, le niveau central par l'entremise du SNEIPS a apporté un appui dans la communication pour le changement de comportement ;
- Faire appel à l'OMS pour la mise en place d'un outil de gestion harmonisé et partagé avec l'ensemble des districts ;
- Formation et affectation au niveau de chaque district deux étudiants en santé publique et surveillance épidémiologique pour la gestion des bases de données ;
- L'appui de la gendarmerie pour gérer les cas récalcitrants ;
- Faire participer financièrement tous les maires de commune pour doter les acteurs de minimum de moyens nécessaire ;
- Patrouilles de la gendarmerie pour faire appliquer les restrictions ;
- Approche inclusive combinant explication, dialogue et répression ;
- Plaidoyers et partage des difficultés au niveau régional et national ;
- Renforcement de la dotation en EPI adapté à la situation ;
- Réunions avec les PTF pour une célérité dans le financement ;
- Redéploiement du personnel vers les services qui en avaient plus besoin ;
- Investissement individuel et collectif ;
- Médiations à travers la DLM ;
- Opérationnalisation de la prise en charge à domicile ;
- Utilisation du chlore pour maintenir les activités de désinfection ;
- Requête aux PTF directement envoyé par les régions médicales ;
- Elaboration d'un plan de contingence de riposte contre la Covid-19 ;
- Utilisation du fichier contenant les contacts des délégués de quartier pour identifier les maisons des alertes ;
- Médiation sociale avec des personnes ressources (guides religieux, délégués de quartier) pour régler les cas de refus ;
- Engagement de tous les acteurs dans la riposte sous le leadership du secteur de la santé ;
- Recherche de partenaire pour une mobilisation des ressources ;
- Recours à l'ONG « Touba thia Kanam » qui a une bonne assise sociale au niveau de Touba pour les actions d'appui en vivre et la sensibilisation sur les gestes barrières ;
- Appui du Khalife général des mourides par la mise en disposition de ressources financières, la communication orale et par l'exemple (lavage des mains et port de masques) ;

Comptes rendus quotidien aux autorités centrale (MSAS) et déconcentrées (gouverneurs et préfets).

#### 2.1.2.7. Points faibles

Dans la mise en œuvre des stratégies élaborées à partir des comités de gestion, des point faibles ont été constatés, parmi lesquels on peut citer :

- L'autorisation de circuler au-delà des heures du couvre-feu, manque de logistique roulante pour le transport du personnel, le fait de confiner tous les contacts dans les hôtels, absence de communication au niveau des sites de PEC, absence d'hygiène dans certaines chambres d'hôtels, faiblesse dans la PEC des contacts confinés dans les sites de quarantaines (contacts qui souffraient d'autres pathologies) ;

- La communication désorganisée des médias au début, le déni et la stigmatisation de la maladie, l'absence de communication lors de l'acheminement des contacts Covid-19 en quarantaine ;
- Le retard dans la mise en œuvre des stratégies ;
- La non croyance de l'existence de la maladie par les populations ;
- Manquement dans la gestion des refus ;
- Manque d'harmonisation dans la coordination, insuffisance des moyens
- L'insuffisance des ressources financière ;
- L'insuffisance des ressources matérielles au début de l'épidémie ;
- L'insuffisance de la logistique roulante ;
- L'insuffisance du personnel ;
- Mauvaise distribution des rôles ;
- Manque d'anticipation du CNGE pour la communication du gouvernement ;
- Le manque de formation en soutien psychosocial du personnel médical et paramédical ;
- Le manque de communication sur les cas asymptomatiques placés au niveau des structures hospitalières ;
- Non prise en compte du niveau opérationnel par le niveau central lors des prises de décision ;
- Délai de réalisation des tests et de rendu des résultats pour les cas contacts ;
- Réaction tardive du niveau central par rapport à quelques problèmes rencontrés (refus des populations pour l'enterrement des morts de Covid-19 dans leur cimetière) ;
- Faible implication des PTF pour l'appui financier.

#### 2.1.2.8. Points forts

Dans le cadre de la mise en œuvre de la riposte, on note les points forts suivants :

- L'approche multisectorielle de la riposte ;
- Le principe des autorités de se référer aux orientations du CNGE pour la prise de décisions ;
- L'engagement du chef de l'Etat ;
- La promptitude des autorités dans la prise de décisions visant à une meilleure en charge de l'épidémie ;
- L'adaptation des stratégies au contexte local ;
- L'appui alimentaire aux groupes vulnérables ;
- La surveillance des frontières et le prélèvement systématique des contacts des cas positifs ;
- L'engagement des acteurs (MSAS et Croix-Rouge) ;
- La mobilisation de l'administration et des Forces de Défenses et de Sécurité ;
- La mise en place d'un fonds spécial ;
- La mobilisation de la solidarité nationale ;
- L'engagement des maires et des leaders religieux ;
- La coordination régulière et rigoureuse de la riposte ;
- La communication renforcée et soutenue avec l'utilisation de plusieurs supports ;
- La disponibilité des intrants en qualité et en quantité pour le dépistage.

## 2.2. La mise en œuvre des activités de la riposte

La mise en œuvre opérationnel de la riposte requiert une organisation pouvant créer une synergie entre les différents acteurs, quel que soit le profil professionnel. En effet, la lutte contre la Covid-19 est une opération qui doit se dérouler en chaîne et dans des séquences bien articulées. Chaque acteur devra faire preuve de maîtrise de ses tâches et de responsabilité dans les actes qu'il pose.

### 2.2.1. Agents de prélèvement

#### 2.2.1.1. Profil des agents de prélèvement

District sanitaire	Structure	Qualification professionnelle	Ancienneté (en nombre d'années)
Dakar Sud	CS Colobane	Médecin	14
Dakar Ouest	CS Philippe M. Senghor	Infirmier	11
Touba	CS de Darou Khoudoss	Assistant Infirmier	5

#### 2.2.1.2. Engagement dans le prélèvement

Tout membre de l'équipe cadre de district (ECD) a l'obligation, selon son profil a apporté son expertise face à la riposte contre la Covid-19. Le choix des acteurs engagés dans le prélèvement obéit à une évaluation rigoureuse de son niveau académique et de son expérience professionnelle. Dans ce domaine, les agents ayant eu une expérience durant l'épidémie Ebola sont privilégiés.

#### 2.2.1.3. Modalités des prélèvements

Les répondants ont expliqué les modalités qui leur ont permis d'exécuter la commande dans le respect des exigences techniques et des droits humains. Il s'agit de :

- Mettre à l'aise les cas suspects ;
- Expliquer brièvement la maladie, les signes, la procédure de prélèvements oropharyngé et nasopharyngé (bouche et nez). Cette technique dure quelques minutes et n'est pas douloureuse mais gênante.

Dans la poursuite des explicatifs, le répondant clarifie la procédure à suivre à toutes les étapes du test : le matin, il participe à la réunion du staff, après laquelle les fiches et les kits de prélèvement lui sont remis de même la liste des contacts à tester. Nanti de ce matériel et des adresses des personnes à tester, il se rend sur le terrain pour procéder au prélèvement et à l'acheminement du matériel biologique prélevé à l'Institut Pasteur. Il affirme qu'avant tout prélèvement un Counseling est fait à chaque personne.

#### 2.2.1.4. Prélèvement

Les répondants ont décrit la phase de prélèvement comme une étape très délicate nécessitant une expertise en matière de communication en période de crise et une grande capacité d'écoute et une maîtrise des techniques de counseling (**figures 5 et 6**). En effet, après avoir prélever et mis à la disposition des laboratoires le matériel biologique, l'agent est appelé à

rester en contact avec la personne prélevée, suivre l'évolution des résultats des tests et gérer la transmission de l'information selon le statut sérologique détecté. Si le test est négatif, l'agent est appelé à renforcer la communication pour le changement de comportement (CCC) chez la personne pour la prémunir d'une éventuelle infection. Si le test est positif, l'agent est appelé à mettre en relation la personne avec le centre de traitement épidémique (CTE).



Figure 4 : Opération de prélèvement



Figure 4 : Opération de prélèvement

#### 2.2.1.5. Relations avec les personnes testées

Dans l'optique de faire les tests en parfait accord avec la personne, il est fait appel à la capacité de communication des agents de prélèvement afin de créer un climat de confiance et d'apaisement, gage de la réussite d'une telle opération. Ainsi, tout au début, les relations étaient conviviales et très professionnelles mais, au fil du temps avec l'avènement des rumeurs, les rapports se sont dégradés. Cela a fait que beaucoup de cas suspects commençaient à opposer un refus à la demande de test formulée par le système.

#### 2.2.1.6. Rapports de travail avec les autres acteurs

Pour ce qui concerne les relations avec les autres acteurs, les répondants les ont qualifiées de collégiales, solidaires, conviviales et synergiques. Les acteurs ont toujours fait preuve de générosité dans le partage des informations permettant ainsi à l'équipe d'être au même niveau de maîtrise de la situation et de tenir un discours univoque à l'endroit de la population et des autorités.

Les représentants du système de santé du district au niveau central prenaient toujours le temps de partager l'état de la situation et leur posture par rapport aux approches de lutte mises en œuvre. Dans cette dynamique de solidarité, il est arrivé que des équipes de responsabilité différente s'accompagnent sur le terrain. Pour conforter ce constat, un des répondants disait : « en tant que MCD, il m'arrivait d'accompagner les équipes d'investigation sur le terrain. »

#### 2.2.1.7. Difficultés rencontrées

Dans le cadre de la mise en œuvre des opérations d'aide au diagnostic, des difficultés ont été constatées parmi lesquelles, on peut citer :

- Refus de certains cas suspects à se soumettre au test Covid-19 ;

- Le rejet des résultats positifs par certaines personnes
- Le nombre insuffisant de préleveurs créant ainsi des surcharges de travail amenant les équipes à travailler jusque tardivement ;
- La fuite de certains patients des centres d'isolement sans attendre les résultats du test et qui sont restés injoignables par la suite.

#### 2.2.1.8. Mesures prises face aux difficultés

Pour faire face à ces difficultés, des mesures ont été prises, parmi lesquelles :

- L'appel aux leaders d'opinion, aux Bajenu Gox, chefs religieux ou aux personnes influentes de la famille pour aider à l'adhésion des populations aux mesures mises en place par l'Etat ;
- L'appel à des psychologues pour créer un climat de confiance et favoriser la collaboration des suspects pour qu'ils acceptent d'être testés ;  
L'appui des districts en carburant et motivation du personnel ;
- Le renforcement de la communication ;

L'amélioration des conditions d'isolement.

#### 2.2.1.9. Points faibles

L'évolution des agents de prélèvement sur le terrain a été marquée par certaines insuffisances, notamment :

- La mise en quarantaine de tous les contacts (cas asymptomatiques) vers les hôtels qui rendait difficile le dispositif de test ;
- La levée précoce de certaines mesures de restrictions qui impactait sur la prévalence des cas rendant ainsi complexe le travail des équipes de prélèvement ;
- La diversité de la communication créant ainsi la confusion chez certaines personnes qui devenaient réfractaires au prélèvement ;
- L'absence de prise en charge psychosociale dès le début du processus surtout à la phase annonce des résultats ;
- La communication initiale a trop apeuré les gens et, par la suite, ils n'ont plus cru à la maladie de Covid-19.

#### 2.2.1.10. Points forts

Les points forts que l'on peut retenir des opérations de prélèvement sont les suivants :

- La promptitude du MSAS à mettre en place une cellule de riposte au COUS ;
- L'augmentation du budget de la force Covid-19 ;
- L'acceptation de la population à respecter les gestes barrières dès les trois premiers mois ;
- Le suivi médical et épidémiologique de la pandémie ;
- La bonne prise en charge des cas graves ;
- L'entente, la solidarité, la disponibilité des intrants et matériels de protection ;
- L'appui des partenaires (PNLP, CRGE, Ministères).
- La gratuité du dépistage et de la prise en charge ;
- L'assistance aux familles des contacts ;
- L'implication des ICP dans la gestion des cas et des contacts.

## 2.2.2. Propriétaires et gérants de réceptifs hôteliers et lieux de quarantaine

Le plan d'action mis en place pour la riposte contre la Covid-19 a intégré un dispositif comprenant des réceptifs hôteliers et lieux similaires pour la mise en quarantaine des cas suspects. L'isolement de ces personnes a nécessité un personnel dédié avec des qualités requises. Après des mois de mise en œuvre, il est important de documenter ce processus avec le concours des principaux concernés. Pour ce faire, le profil socioprofessionnel, les fonctions et les interrelations avec les pairs et les patients sont passés en revue dans ce chapitre pour mettre en exergue les difficultés rencontrées, les solutions et les points faibles et forts.

### 2.2.2.1. Profil socioprofessionnel

Dans le cadre des sites hôteliers, l'enquête a essentiellement ciblé le top-management et les acteurs clés engagés dans la gestion des cas dans ces établissements qui ont commencé à accueillir depuis le 30 mars avec des effectifs allant de 89 à près de 3000 personnes. Ces sites ont évolué en nombre au fur et à mesure que les cas augmentés, entre mars et juillet 2020. Le personnel mobilisé dans ces réceptifs a bénéficié pour la plupart de formations spécifiques sur la gestion des cas de Covid-19 autour des thématiques suivantes :

- Les signes, symptômes et mesures barrières contre la Covid-19 ;
- Les informations générales sur la Covid-19 ;
- Les connaissances cliniques et biologiques sur la Covid-19 ;
- Les mesures d'hygiène et de sécurité.

### 2.2.2.2. Préparation et adaptation à l'accueil et interactions avec les cas et contacts Covid-19

#### 2.2.2.2.1. Mesures d'adaptation à l'accueil des cas et contacts Covid-19

Pour rendre les sites conformes aux exigences de mise en quarantaine pour les cas suspects de Covid-19, les mesures suivantes ont été mises en œuvre :

- La réorganisation de certains sites pour prendre en compte le genre et la spécificité des acteurs en interaction. Par exemple, le hangar de l'aéroport LSS qui était requis pour recevoir des cas a été divisé en 2 parties : l'aile A réservée aux hommes et l'aile B pour les femmes. Une zone rouge pour accueillir les patients et une zone verte pour le personnel. Deux zones de décontamination permettant de joindre les 2 zones ;
- La mise en congé forcé et totalement payé du personnel de service ;
- Le rappel du chef cuisinier et de son adjoint, logés et nourris par l'hôtel pendant toute la durée du confinement pour assurer la restauration complète des confinés ;
- La mise en place d'une prime de motivation variant de 50000 à 100000 FCFA pour tout le personnel rappelé ;
- Le service de l'hôtel était entièrement géré par l'équipe Covid-19 locale ;
- Le redéploiement des agents de réception pour répondre aux appels et donner des renseignements ;
- Le changement de l'organisation du travail avec une réduction des effectifs en tenant compte de l'âge ;
- La réorganisation des horaires de travail avec des plages de 7h à 19h et 19h à 7h pour l'équipe technique ;

- L'instauration de gardes H24 afin de s'adapter au couvre-feu et au manque de transport ;
- La mise en place d'équipes médicales composées de 4 médecins, 6 infirmiers et de 6 hygiénistes et des agents de la Croix-Rouge pour assurer en permanence le suivi des malades ;
- La réorganisation du système de dispensation des médicaments avec l'ouverture de la pharmacie de 8 h à 20h et la mise en place de pharmacies de garde ;
- La mobilisation des volontaires de la Croix-Rouge pour un soutien technique dans la gestion des cas ;
- La mise en place d'un dispositif de respect des mesures barrières et la dotation en matériels d'hygiène ;
- L'interdiction d'accès à l'hôtel pour toute personne étrangère au dispositif ;
- La mise en place dans chaque chambre d'un kit de nettoyage et de désinfection avec un pack de 6 bouteilles d'eau de 1,5 litres (renouvelable à la demande).

#### 2.2.2.2. Interactions avec les cas et contacts Covid-19 accueillis dans l'hôtel.

Les gérants et le personnel de l'hôtel retenus dans le cadre de la gestion des lieux de quarantaines ont affirmé n'avoir aucun accès aux chambres des confinés. Lesdits répondants déclarent : « *Je n'ai pas eu la possibilité de gérer ces questions car le personnel retenu sur place et moi-même n'avions pas accès aux lieux d'hébergement des confinés.* »

Le ministère avait mis en place une organisation spéciale avec un personnel technique composé des agents du service d'hygiène et ceux de la croix rouge. Ainsi selon les répondants leurs rôles étaient très subsidiaires et cela a entraîné beaucoup de perte de matériel de l'hôtel et provoqué une crainte de voir l'hôtel complètement contaminé. Heureusement pour les répondants les agents du service d'hygiène les ont rassurés sur la gestion des risques de contamination. En effet des dispositions sont prises pour que le linge utilisé soit détruit à la fin du confinement et les repas servis sur des plats jetables. L'ensemble de l'hôtel fera l'objet d'une décontamination à la fin du confinement. En outre les agents de la croix rouge sont mobilisés pour assurer le respect de la discipline.

#### 2.2.2.3. Rapports de travail avec les acteurs de la santé

Les gérants et personnel l'hôtel interrogés ont affirmé entretenir des rapports de cordialité avec l'ensemble des occupants du site particulièrement les agents de la croix rouge et ceux du service d'hygiène. Il arrivait même selon eux que le personnel de la croix rouge qui officiait dans d'autres sites de confinement choisit d'aller manger dans d'autres hôtels. Cela pour montrer la solidarité et la franche collaboration qui existait entre les hôtels et les autres acteurs engagés dans la lutte. Toutefois des rumeurs de mauvais traitement des occupants au sein de certains hôtels avaient amené le déplacement des autorités administratives pour constater le contraire de ce qui avait été entretenu dans les réseaux sociaux. Les répondants affirment avoir également vécu des moments de tension extrême quand certains patients voulaient quitter de force l'hôtel. En effet le dilemme éthique qui les habitait était le respect des droits individuels et l'application des directives gouvernementales qui exigent le respect des délais de confinement.

Au fur et à mesure que les problèmes se posaient, des solutions étaient apportées avec la contribution de tout un chacun. En capitalisant ce processus, des équipes mixtes intégrant le personnel de l'hôtel ont été mises en place.

#### 2.2.2.4. Difficultés rencontrées

La gestion du séjour des pensionnaires emmenés de force dans les hôtels et lieux d'hébergement a été jalonnée de difficultés parmi lesquelles on peut citer :

- Rapports parfois heurtés entre le personnel de l'hôtel et certains confinés qui refusaient de se conformer aux règles établies ;
- Gestion complexe des commandes incessantes de repas particuliers de plusieurs confinés ;
- Mauvaise comportement de certains volontaires de la Croix-Rouge ;
- Une détérioration du matériel (robinets et lavabos cassés, serrures dépiécées, petits matériels emportés, mobilier, revêtement mural, climatisation, téléviseurs...) et vol (150 draps et 112 serviettes neufs, 50 chauffe-eau électriques) à hauteur de plusieurs millions ;
- Fuite des clients habituels de l'hôtel à cause du confinement occasionnant des pertes financières énormes ;
- Difficultés du personnel pour trouver un moyen de transport dû au couvre-feu ;
- Arrestations de certains membres du personnel qui avaient obligés l'hôtel de payer des amendes pour non-respect du couvre-feu alors qu'ils étaient aux services des confinés ;
- Manque d'organisation et de définition précise des tâches ;
- Absence de contrat pour une bonne partie du personnel ;
- Absence de véhicule pour assurer le transport du personnel ;
- Retard dans le rendu des résultats occasionnant des tensions au niveau du site ;
- Manque de caisse d'avance ne permettant pas la prise en charge des dépenses urgentes dans le site (changement d'ampoules grillées, de robinets cassés, etc.) ;
- Vulnérabilité économique de certains patients qui se plaignaient en continu du fait de n'avoir rien laissé à la maison pour permettre au reste de la famille de vivre correctement.

#### 2.2.2.5. Solutions apportées aux difficultés

Pour faire face aux difficultés, les répondants ont affirmé : « Nous faisons profil bas et satisfaisons les désirs des confinés ». Selon eux, il arrivait que le chef cuisinier soit obligé de préparer plusieurs plats par repas afin de satisfaire la demande de tout un chacun. Leur supérieur hiérarchique les rappelait à l'ordre régulièrement. Toutefois à la fin du confinement il a été constaté du matériel détérioré et des vols. Cela a amené l'hôtel à procéder à une évaluation exhaustive des dégâts afin de réparer et réorganiser son dispositif. Aussi, ils disent :

- Avoir été obligés de procéder à la réorganisation des horaires de travail avec des plages donnant suffisamment de temps au personnel pour venir au travail où retourner au domicile ;
- Formuler des demandes de laissez-passer pour le personnel en vue de se déplacer aux heures de couvre-feu ;
- Procéder à une définition précise et rigoureuse des tâches et responsabilités de chacun quand l'hôtel était devenu CTE ;
- Organiser de fouilles systématiques des bagages des confinés à la sortie par la sécurité après désinfection.

#### 2.2.2.6. Points faibles de la gestion des cas et contacts Covid-19 à l'hôtel

Les points faibles de cette phase de confinement des cas et contacts sont les suivants :

- La mauvaise communication de la part de l'Etat sur les conditions de prise en charge à l'hôtel des confinés ;
- Le manque de sensibilisation des confinés et certains volontaires de la croix rouge sur la conduite à tenir dans les lieux de confinement ;
- Le manque de surveillance des confinés et mauvaise gestion du matériel appartenant à l'hôtel ;
- Défaut de formation et d'implication du personnel de l'hôtel surtout au début du confinement ;
- La non-inclusion du personnel de l'hôtel dans le dispositif de gestion des confinés et l'utilisation des agents de la croix rouge comme intermédiaire entre les autorités sanitaires et les pensionnaires des sites d'hébergements rendaient difficile le service. En effet les répondants affirment avoir une meilleure connaissance de leurs hôtels et de leurs fonctionnements et ont une expertise avérée en matière de gestion d'une clientèle requérant une commodité d'un certain niveau ;
- L'absence de service de sécurité dans les trois premières semaines après la réquisition de l'hôtel ;
- Le manque de préparation du personnel pris au dépourvu par la situation nouvelle ;
- Certains sites n'étaient pas adaptés à la prise en charge des confinés (manque d'aération, plafond bas, manque d'eau et instabilité du courant).

#### 2.2.2.7. Points forts

Les points forts que l'on peut noter à cette phase du processus sont :

- L'investissement personnel des responsables de certains hôtels qui affirment avoir dépensé leurs propres argents pour assurer les commodités des confinés. L'un d'entre eux déclare : « souvent même de ma propre poche je réglais des problèmes de commodités pour les cas en confinement (Rien que pour la restauration, j'ai dépensé 27 750 000 F CFA), La courtoisie et le professionnalisme du chef de l'équipe de la croix rouge, La régularité de la visite des médecins et des équipes de la SNH, La responsabilité et le respect des lieux qu'avaient fait montre les confinés venus de Centre de Santé de Nabil Choucair m'obligeaient à faire plus que prévue » ;
- L'hébergement des cas et contacts permet de mieux les surveiller et de réduire la contamination ;
- Le respect du timing pour la restauration et service offert dans les chambres par l'entremise des agents de la croix rouge pour éviter tout contact avec une personne non-avertie et moins protégée ;
- Le contrôle à l'entrée de tous les aliments et médicaments par le major ;
- La présence éléments de la Police, des équipes médicales de la Gendarmerie et de l'armée ;
- La prise en main de l'organisation des lieux avec l'instauration de la discipline et la rigueur militaire ;
- Le dynamisme de l'équipe et le leadership de ses responsables, la synergie entre les équipes de la gendarmerie et les autres.

## 2.2.3. Personnels des réceptifs hôteliers

### 2.2.3.1. Profil socio-professionnel

Le personnel des réceptifs hôteliers interviewés était essentiellement composé de réceptionnistes, cuisiniers, caissiers et d'une gouvernante générale. Ce personnel occupait entre autres les fonctions de responsables de chambres, de restaurants, du nettoyage et des couloirs et autres espaces de l'hôtel.

### 2.2.3.2. Préparation et adaptation à l'accueil et interactions avec les cas et contacts Covid-19

Après avoir mis en congé le personnel des hôtels réquisitionnés, certains ont été rappelés pour participer à la gestion du confinement des cas et contacts covid-19. Ce personnel a été amené à recevoir un renforcement de capacité centré sur les mesures barrières pour lui permettre de répondre efficacement aux sollicitations qu'exigent la gestion de cette clientèle particulière. Les hôtels réquisitionnés et leurs personnels ont fait l'objet d'une réorganisation pour une gestion efficace des confinés.

#### 2.2.3.2.1. Mesures d'adaptation à l'accueil des cas et contacts Covid-19

La réorganisation des espaces réquisitionnés est faite à travers la mise en congé payé de la majeure partie du personnel, la mise en place de points de lavage des mains, la préparation de chambres pour accueillir les confinés et la désignation de personne dédiée à l'orientation des hôtes. Les volontaires de la croix rouge ont appuyé ce processus. Des kits de nettoyage sont positionnés dans les chambres pour permettre aux occupants de les tenir propres. Cette hygiène collective et soutenue par les agents du SNH et l'équipe de nettoyage mise en place par les responsables du confinement. Il convient de signaler selon les répondants que la non-implication du personnel de l'hôtel tout au début du confinement a occasionné des manquements importants qui ont failli hypothéquer cette formidable initiative.

#### 2.2.3.2.2. Interactions avec les cas et contacts Covid-19 accueillis dans l'hôtel.

De même que les gérants et propriétaires d'hôtels le personnel interviewé déclare n'avoir aucun contact avec les confinés. Selon eux les volontaires de la croix rouge servaient d'intermédiaires. Pour amener les repas dans les chambres, changer les draps ou répondre à toutes autres sollicitations des confinés, il revenait exclusivement aux volontaires de la croix rouges de s'acquitter de ces tâches. Ainsi, ils recueillaient les besoins des confinés, discutaient avec le personnel de l'hôtel réquisitionné pour obtenir la satisfaction de ces requêtes avant de retourner dans les chambres les remettre aux intéressés. Selon toujours le personnel interrogé, les volontaires de la croix rouge, tout au début du confinement, se limitaient à la porte de la chambre des hôtes pour y déposer le service demandé (serviettes, repas, etc.) ensuite informer l'hôte avant d'ouvrir la chambre dont eux seuls détiennent la clé. Après s'être éloignés des lieux, l'occupant pouvait sortir déposer les objets déjà utilisés, récupérer le service et refermer la porte. Le volontaire dédié à la chambre peut ensuite revenir équipé en protection personnel récupérer les objets et refermer la porte à clé. Ce dispositif laissait transparaître chez les confinés une impression d'être en prison. Cela était souvent à l'origine de frustrations rendant les relations entre le personnel de l'hôtel et les hôtes très difficiles.

### 2.2.3.3. Rapports de travail avec les acteurs de la santé

Le personnel des réceptifs hôteliers interrogés ont affirmé avoir de très bons rapports avec les autres acteurs du site. En effet selon eux la collaboration avec les volontaires de la croix rouge a permis une gestion optimale du système de distribution de la nourriture. Après avoir préparé les barquettes le personnel de cuisine les remettait aux volontaires de la croix rouge qui se chargeaient de les déposer aux portes des chambres des confinés. Ces mêmes agents servaient d'intermédiaires pour la transmission des besoins des confinés en types de repas aux restaurants qui se chargeaient de les satisfaire. Pour l'hygiène environnementale les déchets issus des chambres sont mis en sacs et déposés dans les couloirs pour être ramassés par le personnel de l'hôtel qui les acheminait au dépotoir en vue de leur enlèvement par le camion à ordures. Ce travail en chaîne renforçait la solidarité entre les différents acteurs ayant comme mission d'assurer la prise en charge adéquate des confinés. Cette collaboration prend également en compte les aspects d'information liés à la maladie et aux comportements susceptibles de vulnérabiliser l'espace et ses occupants. Il s'agit d'une complémentarité entre différents acteurs pour contribuer au renforcement de la sécurité sanitaire dans les réceptifs hôteliers.

### 2.2.3.4. Difficultés rencontrées

L'évolution de plusieurs acteurs de profils et de commandements différents dans un même espace de travail génère forcément des difficultés :

- Le non-respect des directives de confinement par certaines personnes qui, à des moments, ont cherché à s'échapper pour rentrer chez eux ;
- Des demandes incessantes formulées par des confinés qui exigeaient des plats spécifiques évoquant leurs états de santé qui était incompatible avec la consommation de certains produits alimentaires ;
- Des crises d'hystérie étaient enregistrées chez certains pensionnaires qui ne supportaient plus leurs séjours à l'hôtel ;
- Avec la défaillance des volontaires de la croix rouge, le personnel de l'hôtel était parfois obligé de procéder au nettoyage des chambres, à la sortie des linges sales et au ramassage des ordures déposées dans les couloirs. Cela l'exposait à des risques de contaminations ;
- Les confinés jetaient des ordures par les fenêtres ;
- Non-respect des mesures de sécurité de l'hôtel par les confinés surtout les enfants ;
- Indiscipline de la majorité des confinés et certains jouaient même au football dans les couloirs ;
- Détérioration du Mobilier, des équipements et des moquettes neuves rénovées trois mois auparavant ;
- Constat de cas de vol de draps, serviettes, seaux, housses de matelas.

### 2.2.3.5. Solutions apportées aux difficultés

Face aux difficultés ci-dessus évoquées les mesures suivantes ont été prises :

- Mobilisation des volontaires de la croix rouge pour convaincre les confinés à abandonner leur volonté de fugue ;
- Mise en place d'un système de prêt par le directeur au profit de certains confinés qui avaient des besoins pressants à satisfaire ;

- La présence de personnel de l'hôtel motivé et compatissant contribuait à créer un environnement convivial et déstressant ;
- Pour éviter les risques de contaminations, le personnel de l'hôtel était doté d'équipements de protection individuelle pour lui permettre en cas de nécessité de nettoyer les chambres des personnes déclarées négatives à la covid-19 et libérées ;
- Les volontaires de la croix rouge ont été informés, ils ont réussi grâce à un soutien psychosocial à les convaincre et à les faire retourner dans le site de confinement ;
- Avec la transformation de certains hôtels en site de traitement (CTE) une discipline rigoureuse s'est installée avec la venue des équipes médicales, des militaires et de la gendarmerie qui ont pris en main le site de confinement.

#### 2.2.3.6. Points faibles de la gestion des cas et contacts Covid-19 à l'hôtel

Les points faibles notés quant à l'évolution du personnel dans les nouvelles fonctions de l'hôtel sont les suivants :

- Retard dans la désinfection des chambres des confinés déclarés positifs ;
- Absence d'un appui financier aux hôtels pour la préparation de l'accueil des hôtes ;
- Manque d'information sur la venue de nouveaux hôtes qui m'obligeait à cuisiner plusieurs fois pour restaurer tous les nouveaux arrivants ;
- Absence de consignes préparatoires et suivi par rapport aux règles de vie en milieu hôtelier ;
- Absence de système de gestion du matériel et des équipements avec la nouvelle orientation de l'hôtel et la mise en congé de son personnel spécialisé dans ce travail.

#### 2.2.3.7. Points forts

Les points forts notés quant à la contribution du personnel de l'hôtel sont les suivants :

- Bonne disponibilité et une réaction positive du personnel de l'hôtel combinées aux bons comportements des équipes médicales et du service d'hygiène ;
- La réactivité de l'équipe de la cuisine qui s'adaptait constamment à la situation en temps réel ;
- Aucun repas froid n'a été servi durant tout le confinement ;
- L'excellente prise en charge des confinés qui étaient considérés comme des rois ;
- La présence en permanence des volontaires de la croix rouge ;
- L'intervention régulière des équipes de la croix rouge ;
- L'excellent prise en charge des confinés qui étaient considérés comme des rois.
- La présence de la police ainsi que des équipes médicales des militaires et de la gendarmerie ;
- La prompt réactivité des agents de la croix rouge et des gendarmes à chaque requête du personnel de l'hôtel.

### 2.2.4. Agents PCI

#### 2.2.4.1. Profil professionnel

Les professions identifiées au niveau du personnel de prévention et de contrôle des infections étaient entre autres : agent d'hygiène, soudeurs métalliques, éducatrices préscolaires, secouristes, et gestionnaires d'entreprises.

Ces acteurs exerçaient dans le cadre des sites d'hébergement les fonctions suivantes : agents chargés de l'assainissement, agents brancardiers/Point Focal RLF (Rétablissement des Liens Familiaux), agents chargés de la coordination du comité local de la croix rouge, agents de soins infirmiers, agents chargés de l'Administration et des opérations Secouriste (OPS).

#### 2.2.4.2. Missions

Les missions de ces acteurs sont les suivantes (**figures 7 et 8**) :

- Prévention et désinfection des salles ;
- Assistance au personnel soignant sur le déshabillage pour éviter les contaminations ;
- Désinfections et décontamination des lieux, du matériel et des personnes ;
- Réception des contacts puis des cas avec la transformation de certains hôtels en CTE ;
- Distribution des 3 repas journaliers des contacts et des cas ;
- Nettoyement des chambres et ramassage des ordures ;
- Collecte des draps sales ;
- Nettoyement des chambres et ramassage des ordures ;
- Faire les commissions et courses des contacts et cas ;
- Campagne de sensibilisation des ménages sur les mesures individuelles et collectives avec un accent particulier sur les gestes barrières ;
- Surveillance et désinfection des centres de traitement, décontamination, ambulance et personnel soignant.



Figure 6 : Opération des agents PCI



Figure 5 : Opération de décontamination

#### 2.2.4.3. Activités menées

Les agents PCI ont organisé une sensibilisation auprès du personnel soignant et des accompagnants des malades, la désinfection des lieux suspects et la mise en place des points d'eau pour la désinfection. Ils ont eu également à mener des activités de désinfections et décontaminations des lieux (chambres et salles) (**figure 5 bis**), du matériel de transport des cas (chariots, lit), des effets personnels des malades et des corps sans vie.

De par leurs fonctions qui les rapprochent des cas et de leurs familles, ils ont mis à profil ces relations pour organiser des entretiens conversationnels avec les contacts dans une perspective d'appui psychosocial. Pour contribuer à la lutte visant à rompre la chaîne de transmission, les PCI ont organisé des causeries sur la covid-19 (Symptômes, Modes de

transmission et gestes barrières). Ils ont également apporté une contribution significative à la satisfaction des besoins des confinés dans les hôtels et/ou CTE. Ce personnel du fait de leur grande maîtrise des facteurs de risques et des gestes barrières a joué un rôle déterminant dans la gestion des cas et contacts dans les différents espaces de quarantaines et d'hospitalisations.



Figure 8 : Opération de décontamination

Figure 7 bis : Désinfection d'un domicile d'un cas confirmé Covid-19 à Touba

#### 2.2.4.4. Lien des activités avec les stratégies

La mise en œuvre des stratégies définies au niveau centrale requiert une grande capacité d'appropriation des PCI qui sont les agents de premières lignes dans le cadre de la prévention contre les risques de contamination de la covid-19. Ainsi ils appliquaient scrupuleusement les stratégies harmonisées au niveau central. Des initiatives personnelles étaient parfois prises particulièrement au niveau du soutien psychosocial. Dans certains CTE il a été constaté une définition et une répartition claire des tâches de chaque acteur. Les PCI restaient à l'écoute du niveau central pour traduire en activités opérationnelles les directives harmonisées.

#### 2.2.4.5. Moyens mobilisés

Pour permettre à ce personnel de se déployer avec efficacité et célérité, les dispositions ont été prises pour améliorer la disponibilité des ressources humaines suffisantes qui étaient insuffisantes au début. Quant aux matériels en dehors de la logistique tout le reste était en quantité suffisante pour la gestion des CTE. Les masques, gants et gels hydroalcooliques étaient disponibles en qualité et en quantité.

#### 2.2.4.6. Collaboration avec personnel hôtelier

Les PCI interrogés ont affirmé avoir des relations de cordialité avec le personnel de l'hôtel. En effet, dès le début des opérations, des séances de clarification des rôles et responsabilités ont été organisées afin que chacun puisse exécuter ses tâches sans gêner les autres. Cela a créé un climat de rapports cordiaux entre le personnel technique déployé sur le site. Toutefois il

convient de souligner la survenue de heurts avec le personnel de l'hôtel à cause d'une compréhension plurivoque des directives reçues du top-management. Des déficits de communication avec le personnel de l'hôtel étaient aussi souvent à l'origine d'incompréhensions qui entraînaient parfois des blocages dans la collaboration.

#### 2.2.4.7. Rapports de travail avec les autres acteurs

Les agents PCI interrogés ont affirmé développer des relations de travail avec les autres agents déployés sur le site. En effet l'application des directives du top-management nécessitait un travail en chaîne et une intelligence dans les interactions entre équipes. Cela amenait à travailler dans une dynamique complémentaire empreinte de professionnalisme et d'intelligence sociale. Avec une approche de promotion de l'agentivité des acteurs mise en place par le top-management, le personnel technique a eu à travailler en parfaite intelligence et solidarité face aux sollicitations multiples. La particularité de l'épidémie et la méconnaissance du virus ont été des facteurs qui imposent la tempérance et la prudence dans la gestion des problèmes qui surviennent. En effet au fur et à mesure de l'évolution des connaissances sur la covid-19, les comportements se modifiaient et gênaient des défiances vis-à-vis des mesures prises. Ces informations scientifiques étaient parfois parasitées par des rumeurs entamant ainsi la crédibilité des discours émanant des instances de mise en oeuvre. La gestion de cette situation complexe nécessite beaucoup de tact et la prise en compte du principe de précaution.

#### 2.2.4.8. Contraintes rencontrées

Les contraintes notées lors de l'évolution de ce personnel PCI dans les sites d'interventions sont entre autres :

- L'obligation de travailler à toute heure de jour comme de nuit ;
- La restauration des éléments de la croix rouge au début du confinement n'était pas assurée ;
- Le désir de certains confinés de rentrer chez eux ;
- Le retard lié à la livraison des repas par le traiteur au début du confinement ;
- Le retard liés la motivation des volontaires de la croix rouge ;
- Dans certains sites les ascenseurs étaient mis aux arrêts sauf un qui bloquait souvent et cela rendait difficile l'acheminement des repas vers les chambres des contacts et cas particulièrement dans les hôtels où des pensionnaires étaient logés au sixième étage voire dixième étage ;
- De remettre toutes les chambres utilisées en leur état initial à la fin du confinement (plus de 300 chambres pour 12 volontaires) ;
- Absence de rémunération faisant que certains éléments étaient découragés et ne faisaient plus normalement le travail ;
- Défaut de collaboration avec le corps médical au niveau de certains sites.

#### 2.2.4.9. Mesures prises face aux difficultés

Pour faire face à ces contraintes les mesures suivantes ont été prises :

- Les équipes se relevaient toutes les 24 heures ;
- Prise en charge de la restauration de tous les agents mobilisés dans les hôtels ;
- Mise en place d'un système d'appui psychologique et de conscientisation réduisant ainsi les vellétés de refus de certains confinés d'appliquer les directives ;

- Mise en place d'un système de sécurité avec le déploiement agents de la police en permanence sur le site ;
- Reconfiguration de l'agenda de distribution des repas avec le respect scrupuleux des horaires établis par les responsables des hôtels.

#### 2.2.4.10. Points faibles

Les points faibles notés dans l'évolution des PCI au niveau des sites de confinement sont :

- Manque de communication avec les autres acteurs de la gestion des cas et contacts Covid-19 ;
- Défectuosité de certains pulvérisateurs manuels dus à la fréquence d'utilisation ;
- La non prise en compte de l'importance du rétablissement des liens familiaux (rendre disponible des moyens de communication au profit des confinés pour maintenir le contact avec leurs familles et proches) ;
- Retard de motivation à l'origine d'énormes soucis pour le transport et autres besoins ;
- Timidité de la circulation de l'information entre les acteurs du système de santé ;
- Absence d'une doctrine et d'une réglementation précise des décès du Covid-19 ;
- Manque de coordination dans la gestion des morts covid-19 ;
- Absence de stratégie claire pour les opérations d'inhumation ;
- Manque de formation gestion de la covid-19.

#### 2.2.4.11. Points forts

Les points forts constatés sont :

- Promptitude dans la prise en charge des cas et contacts Covid-19 ;
- La réactivité et le pragmatisme de l'équipe d'hygiène ;
- La disponibilité des gérants des hôtels et leur volonté à satisfaire tous les désirs des confinés et des volontaires de la croix rouge sans attendre les ressources de force Covid-19 ;
- La cohésion et l'entente de l'équipe des volontaires de la croix rouge ;
- La répartition des tâches au sein de l'équipe et des acteurs du site ;
- La parfaite collaboration entre les différents acteurs de la riposte ;
- Les réunions journalières qui permettaient à tous les acteurs d'avoir le même niveau d'information ;
- L'équipement mis à la disposition des volontaires de la croix rouge ;
- Le travail synergique et le dévouement des acteurs de la riposte ;
- L'engagement citoyen des volontaires de la croix rouge ;
- Bonne logistique ;
- L'engagement et la motivation du personnel ;
- L'apport des communes et de l'organisme IntraHealth.

#### 2.2.5. Agents de sécurité

Les agents de sécurité mobilisés au niveau des hôtels étaient essentiellement composés de policier, de gendarmes et d'agents de sécurité de proximité. Ils étaient chargés d'assurer la sécurité des biens et des personnes logées dans les sites. Pour leur permettre de mener cette mission dans ce contexte particulier de covid-19, les forces de défenses et de sécurité ont reçu une formation centrée sur les signes, symptômes et mesures barrières avec le concours du centre des opérations d'urgences sanitaires (COUS).

Ledit personnel formé et sensibilisé sur la covid-19 était chargé de veiller au respect scrupuleux des mesures barrières pour tous les usagers de l'hôtel.

#### 2.2.5.1. Interactions avec les cas et contacts

Les forces de défense et de sécurité ont joué un rôle important dans l'accueil et l'orientation au niveau des sites de confinement. Ce personnel assermenté a eu à réceptionner les bagages des cas, assurer l'étiquetage et la sécurisation des colis des malades et contacts. Selon les forces de l'ordre interviewées, les seuls contacts qu'elles ont eus avec les cas se sont réalisés lors de la vérification des certificats de guérisons à la sortie et quand certains des pensionnaires essayaient de s'échapper du site. En dehors de ces occasions aucun contact n'est possible. En effet les forces de défenses n'étaient pas autorisées à entrer à l'intérieur des logements. Leurs positions étaient essentiellement au niveau de la porte pour veiller sur les entrées et les sorties de l'hôtel. En cas de visite des familles et proches, il revenait aux médecins de la croix rouge de faire le nécessaire.

#### 2.2.5.2. Rapports avec les acteurs de la santé

Les forces de sécurité et de défense interviewées ont affirmé entretenir des relations de travail avec tous les professionnels évoluant dans le site, dans un esprit de complémentarité. Le rôle de contrôleurs pour toutes les entrées et les sorties dédiées à ce corps étaient exécutées sans état d'âme et distinction de profil. En effet selon les consignes pour accéder au site il faut être membre du corps médical ou des équipes accrédités pouvant montrer une carte qui confirme ce statut. Cette application scrupuleuse de la réglementation a aidé à implémenter une discipline dans les sites et faisait des agents de sécurité le groupe le plus respecté.

#### 2.2.5.3. Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées étaient essentiellement liées à la gestion des cas qui échappaient à la vigilance du personnel pour arriver jusqu'au portail. A ce niveau il n'était pas évident d'amener la personne à entendre raison et l'on faisait tout pour ne pas utiliser la force envers une personne qui était souvent dans une situation de détresse psychologique.

#### 2.2.5.4. Mesures prises face aux difficultés

Pour faire face à cette difficulté majeure de fugue des confinés les FDS procédaient à la fermeture de tous les accès et maintenaient pour chaque site la porte principale comme seule issue d'entrée et de sortie. Tous les fugitifs appréhendés sont systématiquement renvoyés auprès des responsables des sites. En outre des contrôles minutieux de toutes les entrées et sorties sont faits avec la plus grande rigueur.

#### 2.2.5.5. Points faibles

Parmi les points faibles qui ne facilitaient pas le travail des FDS on peut citer le non accompagnement de certains cas déclarés positifs qui venaient tout seul en taxi où à pied, la lenteur dans l'évacuation des déchets et le non-respect des normes de conditionnement. Le retard du service d'hygiène faisait que les occupants des sites procédaient à des opérations d'élimination de leurs ordures en violation du code de l'hygiène.

#### 2.2.5.6. Points forts

Les points forts notés à ce niveau sont :

- La présence de la police ainsi des équipes médicales des militaires et de la gendarmerie qui ont pris en main l'organisation du site avec une répartition des tâches pour tous les acteurs (Sécurité et personnel de l'hôtel, agents de la croix rouge, agents du SNH, etc.) ;
- Le constat de l'arrêt des pertes de matériels appartenant à l'hôtel avec le renforcement du dispositif sécuritaire ;
- Les taxis amenant des cas déclarés positifs étaient appréhendés par la sécurité de l'hôtel sur ordre du Major et désinfectés par les agents d'hygiène. Les chauffeurs de ces taxis subissaient un interrogatoire au cours duquel ils étaient sensibilisés sur la maladie puis leurs contacts et adresses recueillis pour le suivi ;
- Existence d'une bonne organisation des membres de la croix rouge.

#### 2.2.6. Agents des CTE et EMIS

##### 2.2.6.1. Qualification professionnelle

Les agents des CTE et des EMIS étaient composés de médecins, d'infirmiers d'Etat, de travailleurs sociaux, d'assistantes infirmières, de techniciennes supérieures de santé, d'économistes de santé, d'agents d'hygiène et de secouristes. Lesdits agents (**figures 9 et 10**) ont occupé des fonctions de responsables de la prise en charge de gestionnaires, de coordonnateurs, de chefs de service social, de surveillants de service, de soutien psychosocial des malades, de major de service, de chefs de service des soins infirmiers, de gestionnaires de désinfection, décontamination et désinsectisation et de chefs de service administratif et financier.



Figure 10 : Salle de prise en charge des cas



Figure 9 : Personnel CTE

##### 2.2.6.2. Missions dans le cadre de la lutte contre la Covid-19

Au niveau des CTE et EMIS les missions sont bien définies. Un Médecin permanent du CTE coordonne avec le SAMU pour le transfert des malades, s'implique dans la PEC des malades Covid-19, vérifie l'hôtellerie du CTE, le nettoyage, etc.

Il est également chargé de vérifier l'administration des médicaments aux malades, du suivi des patients, de gérer le stock des médicaments et matériels de faire le contrôle et le suivi des besoins exprimés.

Le responsable de la PEC des cas au CTE assure l'organisation et la supervision des activités des médecins assurant la PEC des cas covid19. Il assure la Prise en charge des cas et la coordination de toutes les équipes du CTE.

Le travailleur social est responsable de l'accompagnement psychosocial. Etant membre de la commission nationale de suivi psychosocial, il assure l'accompagnement des malades à l'entrée et à la sortie du suivi psychosocial des cas Covid-19 et cas contact réparti en 4 niveaux : (1) contact quarantaine, (2) cas Covid-19, (3) réinsertion sociale, (4) réinsertion professionnelle.

Les autres agents assurent la surveillance de soins, de stocks de médicament entrée/sortie, de la gestion des besoins des patients à n'importe quelle heure. Le Chef du Service Soins Infirmiers assure la gestion et l'encadrement du personnel infirmier et l'organisation des soins infirmiers.

#### 2.2.6.3. Activités menées

La prise en charge (PEC) des cas de Covid-19 (**figure 11**), l'élaboration de l'agenda des prélèvements de suivi des cas, la déclaration des guéris, le transfert des malades vers les services de réanimation, suivi externe, prélèvement externe sont les principales activités des plateformes de gestion des cas.

En plus il y a l'administration des soins, le recueil des plaintes des malades hospitalisés, la gestion de la commande des médicaments et matériels. Les autres activités essentielles développées dans les plateformes de prise en charge des cas covid19 sont entre autres :



Figure 11 : Prise en charge d'un cas grave

- Collecter et transmettre les données de PEC des cas du CTE vers le MSAS ;
- Prendre en charge les cas (au jour de l'enquête, il y avait 1777 cas) ;
- Accompagnement à l'entrée en préparant les malades à la vie dans le CTE ;
- Communication avec les malades en vue de les soulager du fardeau de la maladie, des préjugés, inquiétudes et de l'auto stigmatisation ;
- Humanisation du CTE par la mise en place d'équipements pour le confort des malades (téléviseurs, espace de jeu pour enfants, babyfoot, « attente ») ;
- Facilitation des communications téléphoniques entre les malades et les membres de leur famille ;
- Amélioration du cadre de vie du CTE ;
- Accompagnement spécifique pour les malades frustrés ;
- Cultiver une solidarité agissante au sein des malades et des partenaires bénévoles ;
- Transfert d'argent pour les malades vers leurs familles et vice versa ;
- Régler des problèmes de loyer pour un malade handicapé ;
- Dons d'habits aux malades par le personnel de l'hôpital et des malades eux-mêmes envers d'autres malades du CTE ;
- Médiation pour des couples en conflit au sein du CTE ;
- Accompagnement du personnel médical et paramédical du CTE ;
- Réorganisation par rapport au confort des chambres en termes d'effectif ;
- Suivi des couples mères-enfants sérodiscordants afin de ne pas les séparer d'où la notion d'attente initié à Dalal Jam (l'attente consiste à maintenir ensemble la maman et l'enfant sérodiscordants avec respect rigoureux de certaines mesures barrières jusqu'à ce que les deux soient testés négatifs et sortent ensemble) ;
- Suivi des tests de contrôle pour les malades oubliés ;
- Préparation des patients lors des débriefings pour la décontamination des habits, des mains et du corps ;
- Préparation des patients à tout ce que la famille peut dire ou faire ;
- Faire la médiation sociale pour le respect des mesures barrières au sein de la famille ;
- Préparer les patients qui ont peur de retourner dans leur maison et quartier par l'élaboration d'un argumentaire expliquant à la famille et aux voisins ce qu'est la maladie. Leur faire savoir que nul n'est à l'abri et que personne ne mérite d'attraper la maladie c'est juste une volonté divine ;
- Négocier un accord de partenariat avec l'ONG Médecin Sans Frontière (MSF) pour le recrutement d'un travailleur social qui vient renforcer l'équipe ;
- Nursing de certains malades âgés et sans parent sur place ;
- Brancardage de certains malades à la sortie par l'équipe d'assistant social ;
- L'innovation dans l'accompagnement psychosocial à Dalal Jam intégrée dans la PEC ;
- Intégrer l'être humain dans sa globalité (la tête, le corps et l'environnement ou le cadre de vie) ;
- Servir de relais entre les confinés et l'extérieur (transmission de dossier et chèque à signer pour les employés) ;
- A la sortie préparer les malades par un don d'habits de ville, utilisé une voiture banalisée à la place de l'ambulance pour éviter la stigmatisation ;
- Accompagnement des malades guéris jusqu'au domicile pour les aider à surmonter les difficultés du retour chez soi ;
- Visite dans les sites de recasement et suivi ;

- Accompagnement des cas Covid-19 (médiation sociale) ; Participer au retour des cas guéris ; Supervision des conditions de vie des gens en quarantaine ; Appui en vivre des familles isolées source partenaires ;
- Mise en place d'une organisation 1 mois avant l'arrivée de la pandémie (répartition des équipes de PEC, préparation des équipements médicaux), expression des besoins pour la gestion de la pandémie ;
- Entretien individuel à travers un suivi téléphonique des malades, soutien thérapeutique, référence des malades guéris présentant des séquelles dans les hôpitaux, évaluer les besoins sociaux, médiation familiale, soutien aux familles qui ont eu des décès ;
- Faire l'éducation thérapeutique des malades en les expliquant les médicaments administrés, le pourquoi, la durée et les effets éventuellement indésirables ;
- La gestion des comorbidités ;
- Faire l'éducation des malades au milieu hospitalier et le soutien psychosocial ;
- Surveiller individuellement les soins de chaque malade ;
- Gérer et coacher le personnel paramédical dans la PEC des cas ;
- Tenir des réunions régulières d'information et de coordination ;
- Superviser le personnel dans le cadre des soins infirmiers ;
- Gérer le matériel de protection du personnel ;
- Gérer les besoins médicaux et non médicaux des malades ;
- Nettoyage des locaux, (zone verte, zone rouge) ;
- Acheminement, Incinération des déchets ;
- Nettoyage du matériel et des objets (table de bureau, laves mains)
- Services de restauration (distribution de barquettes et eau) ;
- Courses vers l'extérieur pour les patients ;
- Décontamination du personnel soignant ;
- Supervision du bio nettoyage ;
- Désinfection des locaux ;
- Collecte des déchets, élimination des déchets ;
- PEC alimentaire des malades du CTE de Darou Marnane et de leurs familles (cas contacts) confinées à domicile ;
- Accompagnement psychosociale des malades et de leurs familles.
- Exécution des dépenses, outils de gestion ;
- Restauration des patients et du personnel ;
- Gestion du parc automobile ;
- Gestion des médicaments, produits d'entretien et produits d'urgence ;
- Nursing ;
- Alimentation des patients ;
- Traitement (suivant le protocole médical)
- Surveillance des patients ;
- Coordonner l'accueil des cas de Covid-19 venant d'un établissement médical s'il existe un critère d'exclusion pour la prise en charge à domicile ;
- Évaluer initialement si le cas afin de l'orienter pour l'hospitalisation ;
- Sensibiliser le cas confirmé et sa famille sur les mesures barrières ;
- Assurer la consultation et la prise en charge quotidienne des cas Covid-19 ;
- Assurer le lien permanent avec l'équipe de prise en charge.

#### 2.2.6.4. Interactions avec les acteurs de la lutte contre la Covid-19 à l'interne

Les répondants ont révélé qu'il existe une bonne collaboration entre le personnel du CTE. En effet tout se discute en groupe, travail en famille, le climat est convivial entre le personnel. Même s'il y a eu une bonne collaboration entre les acteurs, des craintes de contamination ont été notées au début des opérations de confinement et d'hospitalisation. Il a été également noté une dynamique productive entre les acteurs favorisant des échanges d'expériences et une solidarité dans la prise en charge des besoins (équipe de Dalal Jamm, d'Hôpital Aristide Le Dantec, de Médecin Sans Frontière, de la Croix Rouge et du Service National d'Hygiène).

La collaboration avec le personnel du CTE qui était difficile au début avec des initiatives personnel qui se contredisaient et installaient le doute dans l'esprit des patients s'est transformée en une entente intelligente pour une gestion collective de la maladie. Ainsi des échanges permanentes sur les besoins des malades ont permis d'améliorer la prise en charge et renforcer la collaboration avec tous les acteurs (Croix Rouge, Service d'hygiène, Police, chauffeur, Médecins, Infirmiers).

#### 2.2.6.5. Rapports de travail avec les autres acteurs de la prise en charge des cas et contacts Covid-19

Pour ce qui concerne la prise en charge des cas et contacts, les relations avec les autres acteurs ont été parfaites avec le partage des outils de travail et des échanges d'expériences sur la maladie. Des réunions se sont tenues pour harmoniser le diagnostic et la description des cas. Des groupes WhatsApp ont été mis en place pour rendre permanente la concertation entre les acteurs. Les membres de la croix rouge ont intégré les équipes des CTE et travaillé en parfaite intelligence avec leurs membres. La confusion dans les rôles, responsabilités et stratégies de prise en charge au niveau des CTE installée au début du processus a été vite remplacée par une identification claire et précise du mode de diagnostic et de gestion de la maladie. Les standards de prise en charge ont été définis et validés par l'ensemble des équipes et des recherches pragmatiques enclenchées. Un travail participatif avec l'appui de toutes les catégories socio-professionnelles a permis de stabiliser la démarche et harmoniser le discours à l'endroit de la communauté et des décideurs. Des réunions se tenaient au quotidien au début et après de façon hebdomadaire.

#### 2.2.6.6. Difficultés rencontrées

Les difficultés constatées dans le fonctionnement des CTE sont entre autres :

- L'absence de paraclinique (labo, imagerie) dans certaines régions touchées tout au début de la pandémie, limitation des lits (12) avec une forte demande, une extension du CTE pas encore achevée, la gestion post Covid des cas (PEC des malades post Covid) ;
- Patients difficiles à gérer, surcharge de travail (travail tous les jours) ;
- L'insuffisance du personnel ;
- L'insuffisance du matériel de PEC des cas graves (aspirateurs et accessoires) ;
- La distribution des repas par rapport à l'effectif des malades ;
- Nombre grandissant de malades accueillis au sein du CTE ;
- Difficultés liées à la motivation financière des internes des hôpitaux ;
- La gestion des déchets biomédicaux ;

- La gestion par le service de la buanderie du volume des habits du personnel et des malades à laver ;
- L'indisponibilité d'un scanner médical dans l'hôpital ;
- La durée du parcours (5 à 7 mn) entre la zone verte et celle rouge constituait un frein dans la rapidité des interventions pour les cas graves ;
- La faiblesse de l'effectif de l'équipe de PEC psychosocial par rapport au nombre de malade (8 pour Plus de 200 malades) ;
- Le manque de formation continue sur l'accompagnement Psychosocial en période de pandémie pour le personnel ;
- La faiblesse de la logistique pour la PEC Psychosociale ;
- La non implication des structures d'action sociale dans la gestion alors qu'il devait être le premier relais ;
- Au départ il y avait des problèmes d'ordre matériels médicaux au niveau du CTE, coupure de courant ;
- Contraintes liées à l'absence de résolution de certains besoins sociaux des patients hospitalisés, difficultés d'obtenir le forfait téléphonique (la dotation faisait défaut à la fin) ;
- L'insuffisance du nombre d'EPI au début de la pandémie ;
- L'insuffisance des places disponibles pour les cas positifs ;
- Le manque de matériels de protection (ruptures fréquentes) ;
- La surcharge de travail due aux nombres de malades accueillis particulièrement les cas graves ;
- Sollicitations nombreuses des malades ;
- Matériel parfois vétuste et parfois renouvellement tardif (balai, serre-pierre, sachet poubelle) ;
- Le manque de produits d'hygiène comme les désinfectants ;
- Absence de logistique roulante (ambulance brulée lors des manifestations et non remplacée) ;
- L'insuffisance des ressources par rapport au nombre croissant de malades et de contacts ;
- Le déficit en ressources humaines qualifiées ;
- L'insuffisance des équipements de laboratoire ;
- L'insuffisance du budget ;
- La non disponibilité de certains médicaments nécessaires à la PEC des patients ;
- Le problème de transport pour venir au CTE.

#### 2.2.6.7. Mesures prises face aux difficultés

Pour faire face à ces difficultés les mesures suivantes ont été prises :

- La mise en place d'un comité clinique (labo, plage horaire patient covid pour le scanner) qui aboutit à la création d'un labo et le scanner est disponible, ALIMA leur a gratifié d'un appareil d'échographie et une radio mobile ;
- Le redéploiement du personnel des autres services de l'hôpital vers le CTE ;
- L'appui de l'ONG MSF qui a recruté 44 hygiénistes, 13 infirmiers et 5 médecins ;
- L'achat de matériel de PEC des cas graves par l'hôpital au profit du CTE de Touba ;
- Le réaménagement de l'hôpital par un transfert de certains services au bénéfice du CTE ;

- La médiation entre les équipes des internes, La direction de l'hôpital et le MSAS pour le règlement du conflit qui portait un coup dur à la prise en charge dans les CTE ;
- L'appui de la Sénégalaise d'Incinération et de Revalorisation (SIR) qui est une société spécialisée dans la gestion des déchets biomédicaux ;
- Les membres du personnel avaient reçu 2 tenus à alterner lorsque l'autre était en attente à la buanderie. Par contre et les habits des malades étaient désinfectés, décontaminés puis remis à la famille avec instruction de lavage (vers le mois d'Août) ;
- Les malades étaient référés vers le CHU Fann pour être scanner et ramenés sur place par les ambulances du Samu ;
- Le nombre de rotation des équipes médicales avait été augmenté (tous les 2 heures) de sorte qu'il avait toujours au moins un médecin à l'intérieur de la zone rouge. En référence à l'engagement du personnel face aux difficultés, un répondant a dit « *Sollicité auprès de la direction de l'hôpital et des partenaires ; nous nous débrouillions avec les moyens du bord en mettant à profit nos expériences individuelles sur le VIH/Sida, le Choléra et l'Ebola ; nous avons noué des partenariats avec des ONG comme le Service Sociale Internationale de l'Afrique de l'Ouest (SSIAO), Enda Jeunesse Action de Guédiawaye, Médecin sans frontière (MSF) et de bonnes volontés* » ;
- L'expression de besoin au niveau du MSAS et de l'hôpital ;
- Dire aux patients leurs limites par rapport aux besoins exprimés, l'information est relayé à l'autorité, les entretiens ont continué en faisant avec les moyens du bord ;
- Le niveau central avait été saisi par la hiérarchie. Des réaménagements apportés à la stratégie nationale de riposte avec l'ouverture du CTE Guéréo et l'hospitalisation des cas asymptomatiques dans des milieux extrahospitaliers ;
- Le recours au chlore brut (solution de HTH) pour la désinfection ;
- Le renforcement de l'équipe psychosociale par des éléments de l'ECD ;
- La diversification des partenaires ;
- La rationalisation des kits alimentaires et des appuis financiers ;
- L'endettement auprès de certains fournisseurs ;
- Le renforcement de la logistique du CTE par l'utilisation de deux véhicules de l'hôpital ;
- Le traitement des patients sans bilan complémentaire ;
- L'auto PEC pour le transport ;
- Le recours au service social de l'hôpital.

#### 2.2.6.8. Points faibles

Les points faibles notés dans les CTE sont les suivants :

- Absence de répondant au niveau de certains districts pour la PEC des cas à domicile ;
- Arrêt d'allocation de médicaments pour la PEC des autres pathologies des malades covid-19 ;
- Insuffisance du personnel dans le CTE (travail tous les jours de 8h à 21h) ;
- L'indisponibilité d'une unité de réanimation durant le premier mois de PEC ;
- La grande distance séparant la zone verte et celle rouge ;
- La non implication du personnel social au début de la pandémie ;
- Le manque de formation pour l'accompagnement psychosocial en période de pandémie ;
- Les dépenses excessives faites au niveau des hôtels qui pouvaient renforcer le volet sanitaire de la gestion des contacts et cas ;

- La faiblesse du système d'information dans la gestion des données pour retracer les patients lors de leur entrée en confinement ;
- Manque de communication ;
- Absence de plan de gestion dans les CTE ;
- Au début il y avait des contraintes pour l'installation des sorties d'oxygène pour prendre en charge certains malades, absence de groupe électrogène ;
- Manque de moyens, le fait de ne pas être affecté au CTE (elle dépendait direct du niveau central intervenait dans les CTE) ;
- L'absence de centres de traitement des épidémies ;
- L'insuffisance des équipements de PEC des cas graves (aspirateurs) ;
- L'insuffisance de l'équipement matériel (lits) ;
- La faiblesse du plateau technique ;
- L'insuffisance dans la communication des résultats des tests aux malades ;
- La surutilisation du matériel de protection ;
- Le surcharge de travail dû au déficit du personnel face au nombre de malades ;
- La communication parfois incohérente envers la population ;
- La non implication de l'Etat centrale dans la PEC des familles confinées à Touba ;
- Le manque de logistique roulante pour le CTE ;
- L'absence de laboratoire au niveau du CTE ;
- La non disponibilité de certains médicaments nécessaires à la PEC des patients ;
- L'absence d'imageries ;
- L'absence de certains médicaments.

#### 2.2.6.9. Points forts

Les points forts notés dans les CTE sont les suivants :

- Evolution stratégique de la gestion selon le profil épidémiologique, rendu des résultats rapide, PEC psychosocial des malades, augmentation des services réanimation pour la covid-19 ;
- Une bonne PEC des patients, disponibilité et gratuité des médicaments pour les malades covid, climat convivial entre tout le personnel du CTE ;
- La disponibilité d'une PEC Psychosociale optimale ;
- La disponibilité d'une PEC Psychosociale de l'enfant ;
- La disponibilité d'une PEC psychosocial intégré de la cellule familiale ;
- La mise en place d'une équipe pluridisciplinaire intégrant toutes les spécialités ;
- La mise en place d'une unité de réanimation fonctionnelle ;
- La mise en place d'une unité de détection de cas suspects et cas graves ;
- La mise en place d'une surveillance vidéo en unité de réanimation et unité de cas suspect et cas graves ;
- Le recrutement d'un urgentiste par l'hôpital ;
- L'établissement d'un bilan général pour chaque cas dans les 24h qui suivent son accueil au CTE (Grâce au dynamisme de l'équipe du laboratoire de l'hôpital) permettait de déceler et prendre en charge très tôt les comorbidités ;
- Mise à profit de l'expérience et l'expertise de l'ONG MSF ;
- Le fait d'avoir allié le volet psychologique au volet social et tenu compte du contexte socioculturel dans la prise en charge des cas ;
- L'organisation de la riposte communautaire ;
- Prise de conscience des agents de santé et des membres du CNGE et CRGE ;

- Nouvelle orientation vers d'autres partenaires ;
- La bonne organisation du CTE, mise en place précoce des équipes de PEC, disponibilité de certains matériels ;
- Intégration du volet psychosocial dans la PEC des cas de Covid-19 dès le début de la lutte ;
- L'implication de tout le personnel médical et paramédical ;
- Les résultats obtenus par rapport au taux de guérison à Dalal Jam (environ 92%) ;
- La bonne qualité des relations humaines au sein du CTE ;
- La cohésion du personnel médical et paramédical ;
- Efficace dans le travail malgré les maigres moyens ;
- Taux de guérison élevé environ 92% ;
- Conditions de prise en charge des patients ;
- Implication de tous les secteurs dans la gestion de l'épidémie ;
- Entente entre les acteurs de la PEC ;
- Collaboration et dynamisme des agents ;
- Respect de la hiérarchie ;
- Engagement du KHALIF GENERAL DES MOURIDES, du MCD et du COUS ;
- Recours aux initiatives locales ;
- Bonne coopération des bénéficiaires ;
- Engagement des équipes engagées ;
- Renforcement de la prise en charge avec l'élargissement des locaux du CTE par la disponibilité d'un bâtiment neuf ;
- Accompagnement par la Direction de l'hôpital ;
- PEC médicale ;
- Accueil des patients ;
- Ententes entre les autres acteurs de la PEC ;
- L'engagement du personnel soignant ;
- L'organisation pratique dans la prise en charge ;
- La bonne collaboration entre le CTE et les autres services de soins.

### 2.3. Posture des cultuels face à l'épidémie

Les répondants issus du monde cultuel ont affirmé partager les postures et perceptions suivantes : « La 1<sup>ère</sup> pandémie unique en son genre, n'a épargné aucun pays, aucun continent. On doit y tirer beaucoup d'enseignements, elle est une punition divine. Beaucoup de leçons y sont apprises : lors des cérémonies il y a moins de dépenses si nous prenons l'exemple des baptêmes, une fois que le nom du bébé est prononcé les gens se dispersent ».

Les responsables cultuels interrogés ont soutenu être mobilisés en tant que leader, avoir sensibilisé les fidèles et la communauté avec les jeunes de Colobane autour de « Forces Covid-19 de Colobane », ils ont sensibilisé dans les quartiers et le marché par l'affichage, la dotation en masques, la mise en place de lave-mains, tout ceci avec l'appui de l'USAID.

Un imam interrogé a affirmé : « Vous savez quand on a l'habitude d'avoir du monde derrière soi et que les mosquées sont fermées, le daaras de même (...) on sent un vide, un manque. » Il poursuit : « Pendant 2 mois les mosquées étaient fermées et à leur réouverture, nous avons enlevé les moquettes, nous respectons la distanciation sociale (...) il faut aller vers les communautés leurs parler afin qu'elles comprennent que la maladie : c'est du sérieux. »

Pour ce qui concerne la collaboration entre les cultuels et les autres membres d'association d'Imams ; les relations sont huilées, ils s'apportent mutuellement un appui psychologique. Toutes les mosquées de Colobane étaient fermées, tout le monde priait chez soi. A la réouverture, après chaque prière l'imam sensibilise sur les mesures barrières, exhorte les gens à aller se faire consulter dès l'apparition d'un des symptômes de la maladie et de toute autre maladie d'ailleurs,

La situation qui a frappé les lieux de cultes fermées pour cause de covid 19 n'a eu aucun effet négatif sur le crédibilité de l'imam qui affirme au contraire avoir la perception d'une adhésion des fideles à son discours et ses conseils.

Les responsables cultuels musulmans interrogés soutiennent que le personnel de santé mérite la médaille d'honneur pour avoir fait preuve de citoyenneté malgré l'insuffisance des moyens techniques et des ressources humaines. Ils ont toutefois formulé les recommandations suivantes :

- Renforcer l'effectif des travailleurs de la santé,
- Renforcer le plateau technique (respirateurs),
- Continuer la sensibilisation sur le port de masques si on a la grippe, la tuberculose en somme sur les bonnes pratiques,
- Eviter les regroupements, stocker des masques.

Quant au culte catholique, ils demandent que l'homme retourne à son créateur et arrête d'agresser son corps et son environnement à travers des lois et règlements qu'il préconise (homosexualité, lesbianisme, transsexualité, pédophilie, bisexualité, pollution, gaz à effet de serre, etc.).

Selon le répondant du culte catholique l'histoire des pandémies ne date pas d'aujourd'hui et ne s'arrêtera pas au Covid-19. Cependant à chaque époque, c'est Dieu qui est à l'origine non pas pour punir l'humanité mais plutôt pour rappeler l'homme à un retour vers le droit chemin. La pandémie existe et tout un chacun doit se battre pour que ceux qui le nient en y associant des considérations économiques soient convaincus.

En termes de responsabilités de l'église dans la gestion de l'épidémie à Covid-19, le répondant soulève les points suivants :

- Participer à la formation sur la stratégie à mener pour la sensibilisation (de 3 jours animé par le Pr Niang sociologue, anthropologue).
- Facilitateur dans cette formation sur la stratégie de sensibilisation (déployer une méthodologie de la sensibilisation).
- Coordinateur de la sensibilisation au niveau pastoral.
- Appui à la fabrication de gels hydro-alcooliques par l'église et donné aux postes de santé privés catholiques.

Quant à l'impact de la pandémie sur les activités dans l'Eglise, voire dans le diocèse, le répondant affirme avoir limité ses visites à l'hôpital Principale à cause des risques sanitaires et du fait également de sa non couverture par la structure. L'église a également gelé toutes ses activités et rencontres initialement planifiées. Le téléphone reste le seul outil qui permet de parler aux fidèles

L'épidémie à Covid-19 a eu des effets sur la collaboration entre répondant et les autres membres de son association diocésaine. En effet selon lui les rencontres en présentiel ne sont plus possibles, la dynamique de groupe est cassée, et la rencontre prévue avec le MSAS pour préparer le pèlerinage est également reportée annulée.

L'épidémie à Covid-19 a eu aussi des effets sur la collaboration de l'abbé interviewé et ses fidèles voire les autres membres de la communauté. En effet selon lui les rencontres d'accompagnement prévues avec l'association des hommes de la paroisse n'ont pas eu lieu l'accompagnement auprès des groupes des femmes non plus. Au total tout l'agenda annuel est chamboulé avec des activités qui ne pourront plus être rattrapées.

Quant aux appréciations sur la gestion globale de l'épidémie à Covid-19, le répondant renseigne que la conférence épiscopale du Sénégal s'était réunie pour tenir le même discours et annuler toutes les manifestations. Cette décision est suivie par tous les fidèles depuis le 17 mars 2020 jusqu'à aujourd'hui.

La paroisse a utilisé les TIC pour permettre aux fidèles de suivre les messes par Zoom ou les réseaux sociaux (Facebook, WhatsApp, etc.).

Toutefois, l'abbé alerte sur l'irresponsabilité de certains membres de la population. Pour lui si tout le pays avait suivi l'exemple de discipline de l'église par le respect des directives du ministère de la santé au détriment des cérémonies liées à leur foi nous n'en arriverions pas à cette situation. L'enseignement de l'église est valable pour tous les croyants quelles que soient leurs obédiences religieuses : « Respectons la vie, protégeons la vie ».

### **Recommandations à l'égard de la communauté, au système de santé, aux autorités administratives par rapport à la gestion de la pandémie à Covid-19 :**

#### **❖ Pour la communauté**

- Inviter l'ensemble de la société sénégalaise à reprendre en mains nos valeurs propres à notre culture ;
- Savoir utiliser ce que la société moderne nous offre de bons.

#### **❖ Pour les structures de santé**

- Amener les structures sanitaires à mieux accompagner psychologiquement, moralement, socialement et par rapport à l'éthique les usagers du système particulièrement ceux qui sont frappés par la covid19 ;

- Cultiver l'esprit d'accueil, le regard veillant et l'écoute attentive c'est ainsi que le médecin soigne le corps, l'aumônier soigne l'âme (selon George Moran).

❖ **Pour les autorités administratives**

- Considérer la société dans son ensemble et commencer toujours par le « pourquoi » avant d'en venir au « comment » ;
- Le répondant du culte catholique s'est rappelé d'un geste d'une autorité politique qui a marqué l'Eglise en affirmant « *J'ai beaucoup apprécié le ministre Modou Diagne Fada qui a décerner à l'église une reconnaissance pour ses dons de sang.* »

En termes de souhait le répondant demande en tant que responsable au niveau du culte catholique d'avoir accès à tous les hôpitaux du Sénégal afin de pouvoir porter aux patients le discours religieux qui leur apaisera le cœur et l'esprit et les incitera à suivre scrupuleusement les gestes barrières. Il a également souhaité avoir l'opportunité de partager avec le MSAS les idées qu'il a sur la gestion de la pandémie et de la santé des populations en général

## 2.4. Recommandations

Les recommandations formulées par les répondants rencontrés lors de cette enquête sont classées selon les destinataires.

### 2.4.1. Pour les instances de gestion

- Impliquer toutes les parties prenantes ;
- Décentraliser les moyens de gestion des cas et contacts covid-19 ;
- Renforcer la sensibilisation sur le port des masques et le respect des mesures barrières ;
- Assurer le transport des équipes au niveau du district sanitaire ;
- Veiller à l'hygiène et à la bonne restauration au niveau des sites de confinement ;
- Créer un cadre de communication entre les mis en quarantaine et acteurs de la gestion ;
- Rendre pérenne le dispositif de prévention et contrôle des infectés (PCI) au niveau des structures et lieu de rassemblement ;
- Harmoniser la communication avec les médias (discuter avec les responsables des médias pour leur donner les bonnes informations) ;
- Pérenniser les comités CREC ;
- Définir les stratégies à temps ;
- Rapidité de l'intervention de l'Etat dans tous les domaines, une bonne sensibilisation de la population sur le respect des mesures préventives, création de sites d'accueil pour les malades, renforcement des ressources humaines sanitaires et sociale ;
- Prise en charge précoce des personnes vulnérables, mise à la disposition des cas positifs à domicile des médicaments pour leur traitement, respect des mesures barrières pour les cas contacts ;
- Renforcer les moyens de gestion pour les structures qui prennent en charge les malades ;
- Harmoniser la coordination dans la gestion des cas ;
- Intégrer la gestion des cas dans les activités de routine comme toutes les autres maladies ;
- La distribution claire des rôles et des délais ;
- Donner la bonne information a la population ;
- Encadrer la communication des officiels envers la population ;
- Avoir un esprit de participation, renforcer la vigilance et la détermination dans la lutte ; mettre les moyens à la disposition des acteurs pour la lutte ;
- Veuillez renforcer la communication à l'égard des cas et contacts ;
- Veuillez respecter la dignité de la personne (cas et contact) ;
- Veuillez organiser des séances de formation sur le soutien psychosocial pour l'ensemble du personnel médical et paramédical ;
- Veuillez toujours communiquer sur tous les cas placés en milieu hospitalière ;
- Veuillez écouter le niveau opérationnel lors des prises de décision ;
- A l'avenir, tablez sur le volontariat comme principal critère de choix du personnel ;
- Limiter l'infection par la désinfection ;
- Éviter la contamination du personnel et de la population ;
- Faire suivre les moyens ;
- Adopter de bonne stratégie de communication (selon la localité) ;

- Prise en charge psychosociale et alimentaire des familles ;
- Trouver un site de pec des cas graves au niveau des EPS de chaque région ;
- Renforcer le suivi de la PEC des patients à domicile ;
- Assurer le suivi de l'itinéraire des cas confinés ;
- Motiver les acteurs ayant intervenus sur la gestion de la Covid-19 ;
- Renforcer les ressources humaines pour réduire la charge de travail des agents intervenant dans la gestion des cas ;
- Equiper le CTE (compléter) pour la PEC des cas graves (laboratoire) ;
- Accompagner le district dans le volet communication ;
- Appuyer le district en logistique roulante et carburant pour la gestion des alertes et e suivi des cas ;
- Sensibiliser la population pour réduire les refus liés au déni ;
- Rendre disponible la logistique pour assurer le suivi des cas.

#### 2.4.2. Pour les Agents de prélèvement

- Pour les cas asymptomatiques le suivi à domicile doit être effectué par les éléments des districts sanitaires concernés et ses structures, les cas symptomatiques pris en charge au niveau supérieur, les prélèvements doivent être disponibles comme les TDR pour un large et rapide dépistage des cas, un accompagnement financier pour le personnel, doter les structures de moyens logistiques pour faire face à la lutte ;
- Payer les primes à temps ; Elargir la prise en charge des cas positifs et les accompagner après leurs guérisons ; Accompagner les cas covid-19 positifs en psychologie et finances ;
- Continuer la surveillance épidémiologique ;
- Accentuer la communication ;
- Sensibiliser les populations sur le port de masque et les autres mesures barrières.

#### 2.4.3. Pour les Propriétaires et gérants d'hôtel

- Organiser des rencontres et discussions approfondies entre les autorités étatiques et les responsables des hôtels avant la prise de décision concernant nos structures ;
- Garantir la prise de dispositions administratives et médicales pour redonner aux hôtels leur réputation à la fin du confinement (certificat médicale montrant que l'hôtel ne présente aucun risque de contamination) ;
- Dédommager à sa juste valeur les dégâts et vols subis par les hôtels ;
- Préparer les contacts sur le comportement à avoir dans les lieux de confinement ainsi que la gestion du matériel trouvé sur place (petite séance de formation préparatoire) ;
- Faire l'éventaire physique de l'équipement matériel de chaque chambre en amont et en aval afin de responsabiliser un des confinés et lui demander des comptes à la sortie du confinement ;
- Que le ministère respecte son engagement. Au début tout se passait bien mais vers la fin ils ont failli à leurs engagements. Alors que la situation est déjà difficile pour les hôteliers vu l'absence de touristes ;
- Le respect des engagements serait gage de confiance à l'avenir ;
- Le service concerne en occurrence le Ministère de la Santé et de l'Action sociale ne doit pas venir au dernier moment ;
- Le ministère doit nous impliquer dans la gestion ;

- Nous avons eu un malade qui menaçait de se suicider après cela nous avons demandé un accompagnement psychologique ;
- Préparer le personnel hôtelier par des formations et simulations de situations d'épidémie ;
- Mettre en place au préalable des consignes pour les confinés sur le comportement à avoir dans les lieux de confinement ainsi que la gestion du matériel et mobilier trouvé sur place ;
- Mettre en place un comité de suivi rigoureux de ces consignes ;
- Dégager un fond pour l'appui financier des confinés par rapport à leurs charges et besoins familiaux (c'est des soutiens de famille qui sont confinés, laissant ainsi leur famille dans le besoin et le désarroi) ;
- Garantir la prise de dispositions administratives et médicales pour redonner aux hôtels leur réputation à la fin du confinement (Certificat de désinfection) ;
- Mettre les moyens directement à la disposition des prestataires.

#### 2.4.4. Pour le Personnel des réceptifs hôteliers

- Mettre en place un fond d'appui aux hôtels pour les situations de pandémie et la préparation de l'accueil des hôtes ;
- Mieux préparer les hôtes aux règles et conditions de vie en milieu hôtelier ainsi qu'à l'entretien du matériel, du mobilier et des locaux ;
- Respecter des plats du jour ;
- Signaler très tôt les personnes qui ont des maladies exigeant une diète spéciale.
- Rendre disponible un fond d'avance pour l'accueil des hôtes ;
- Rembourser avec diligence les factures d'hôtellerie ;
- Renforcer les équipes de la croix rouge pour une meilleure surveillance des confinés
- Prendre en charge les besoins pécuniaires des familles des confinés qui se retrouvent dans le désarroi face au confinement de leur seul soutien ;
- Sécuriser les emplois des confinés qui pour la plupart se sont retrouvés au chômage à cause du confinement ;
- Donner des consignes de concert avec le personnel de l'hôtel pour l'entretien du matériel et du mobilier trouvé sur place ;
- Faire au préalable l'éventaire du matériel et mobilier puis responsabiliser un des confinés pour l'entretien et la sauvegarde ;
- Dédommager les pertes des hôtels à sa juste valeur afin de sécuriser nos emplois menacés pour la fuite des clients dû à l'état des dégâts laissés par les confinés et les éléments de la SNH (le produit pulvérisé pour la décontamination a détérioré les moquettes neuves, les rideaux neufs ainsi que du mobilier) ;
- Etablir pour l'hôtel en Certificat de désinfection de la part du Ministère de la Santé.

#### 2.4.5. Pour les Agents PCI

- Renforcer la communication, doter les agents du service d'hygiène de matériels logistiques, doter le CTE d'incinérateur pour la gestion des déchets ;
- Remplacer régulièrement les pulvérisateurs manuels des équipes de décontamination des CTE ;
- Rendre visite régulièrement aux équipes sur les sites pour les reconforter et les encourager (autorités administratives et agents du MSAS) ;

- Motiver d'avantage les volontaires de la croix rouge ;
- Intégrer la croix rouge dans le MSAS et à recruter les volontaires dans la fonction publique ;
- Donner la motivation le plus tôt possible ;
- Statuer rapidement sur le cas du volontaire de la croix rouge accusé de viol au Novotel Ibis ;
- Respecter les engagements prise à l'égard des volontaires de la croix rouge (autorités étatiques) ;
- Donner la motivation le plus tôt possible dès la fin du mois ;
- Élaborer une réglementation Claire pour la gestion des cas renforcer le personnel d'hygiène améliorer qualitativement et quantitativement les produits de désinfection recruter les personnels bénévoles et de soutenir le chauffeur et le secrétaire ;
- Approvisionnement d'équipement aux sites, faire une formation adéquate à tous les acteurs qui gravitent autour de la gestion ;
- Présence de sociologue, et psychologues dans les sites ;
- Rémunération à la hauteur des efforts et risques.

#### 2.4.6. Pour les Agents de sécurité

- Faire accompagner tous les cas déclarés positif par des équipes médicales ;
- Motiver le personnel de l'hôtel pour reconnaissance et service rendu à la nation surtout la sécurité, le service technique et le service d'étage ;
- Dédommager les pertes des hôtels à sa juste valeur afin de sécuriser nos emplois menacés pour la fuite des clients dû à l'état des dégâts laisser par les confinés et les éléments de la SNH (le produit pulvérisé pour la décontamination à détériorer les moquettes neuves, les rideaux neufs ainsi que du mobilier) ;
- Etablir pour l'hôtel en Certificat de désinfection de la part du Ministère de la Santé pour rassurer la clientèle et les faire revenir ;
- Il faut respecter le timing sur les actions, corriger le manque d'attention ;
- Le service d'hygiène doit travailler à mieux conditionner les déchets et les traiter rapidement.

#### 2.4.7. Pour le Personnel des CTE

- Rendre accessible aux malades l'équipe de PEC à domicile, achever les travaux d'extension du CTE de Fann pour le rendre fonctionnel, assurer une autonomie électrique de groupe électrogène, assurer la continuité de la motivation du personnel du CTE, profiter de cette pandémie pour relever les plateaux techniques de toutes les structures du pays ;
- Améliorer le confort des salles d'hospitalisation pour les malades, équiper davantage le CTE ;
- Construire des CTE dans toutes les structures hospitalières du pays ;
- Relever le niveau des plateaux techniques des services d'urgences des hôpitaux ;
- Surtout fortement relever le plateau technique des unités de réanimation ;
- Revoir les attributions de chacun et répartir les tâches de façon claire ;
- Mettre dans le CTE le cadre de vie que les patients avaient chez eux ou ont besoin ;
- Impliquer très tôt le personnel social ;

- Organiser des séances de formation pour le personnel sur l'accompagnement psychosocial en période de pandémie ;
- Limiter les dépenses excessives pour les hôtels au profit du volet sanitaire ;
- Mettre en place une base de données accessible à tous les acteurs concernés par la pandémie en y répertoriant à temps réel l'ensemble des informations relatives aux malades (entrées, sorties, durée, tests, PEC) ;
- Il faut que l'organisation sache que le combat n'est pas que médical – Du coup on doit dans tout le processus impliqués les travailleurs sociaux ;
- Les organisations de travail, il fut une communication claire et transversale. Une gestion participative ;
- Prendre les devants pour l'arrivée d'une éventuelle une épidémie (pour bien riposter), construire un service qui pourra contenir les malades lors d'une épidémie, mettre à disposition de matériels adéquats, bien équiper les CTE, mieux s'organiser pour une bonne gestion (en termes de communication, diagnostic) ;
- Doter les hôpitaux d'équipement nécessaire pour la prévention ;
- Continuer à impliquer le volet psychosocial dans la PEC ;
- Valoriser le travail des psychologues, des psychiatres ;
- Formaliser l'action des psychologues, psychiatres dans la PEC des cas et contacts Covid-19 ;
- Faire de Dalal Jamm un centre de référence pour la lutte contre les épidémies au niveau national et dans la sous-région ;
- Faire de Dalal Jamm un hôpital de niveau 4 avec un plateau technique digne de ce nom ;
- Motiver à sa juste valeur les acteurs du CTE en particulier mais aussi tout le personnel médical et paramédical de Dalal Jamm ;
- Améliorer les conditions de travail du personnel ;
- Améliorer les conditions de séjour des malades ;
- Renforcer le personnel en qualité et en quantité ;
- Diligenter la communication des résultats des tests aux malades ;
- Utiliser de manière efficiente le matériel de protection ;
- Renforcer la communication ;
- Rendre disponible matériel d'hygiène ;
- Prendre en charge le personnel des CTE (financièrement, socialement et moralement) ;
- Satisfaire la demande en produits d'hygiène et matériel de protection ;
- Assurer l'implication de l'Etat centrale en termes de ressources ;
- Assurer la mobilisation de la collectivité territoriale ;
- Permettre la remontée en puissance des services sociaux déconcentrés par la mise à disposition de moyens humains, logistiques et financiers ainsi que leur reconnaissance par les autorités administratives et les élus locaux ;
- Rendre disponible la logistique roulante pour le CTE ;
- Mettre en place un laboratoire au niveau du CET ;
- Augmenter le budget pour couvrir les dépenses ;
- Remplacer l'ambulance brûlée ;
- Augmenter la sensibilisation ;
- Contractualisation du personnel du CTE (contrat de travail) même après l'épidémie de Covid ;

- Assurer au personnel soignant des CTE un emploi garanti au niveau du système de santé ;
- Augmenter la communication au niveau de la population ;
- Équiper les CTE de laboratoire ;
- Superviser le suivi des contacts par les relais ou agents communautaires ;
- Apporter un appui aux acteurs communautaires (Bajenu Gox, relais, agents de la croix rouge, etc.), au service d'hygiène et un appui social aux personnes contacts ou confirmés suivis par l'équipe mobile de santé.

## 2.5. Conclusion

La riposte contre la covid-19 a mobilisé toute l'expertise nationale à travers la mise en œuvre du plan de contingence. Le dispositif déployé est composé d'un comité national de gestion des épidémies (CNGE), de comités régionaux de gestion des épidémies (CRGE), des équipes mobiles d'interventions et de soutiens (EMIS), des équipes de prévention et de contrôle des infections (EPCI) et d'un centre des opérations d'urgences sanitaires (COUS). La mise en œuvre des interventions a été l'occasion de tester la capacité de riposte et de résilience du système national de santé et des communautés.

Après plusieurs mois de lutte contre l'épidémie à covid-19, l'appui de « Vital Strategies » a permis de documenter le processus de mise en œuvre de la riposte afin de tirer des leçons apprises pouvant servir d'orientation pour améliorer les interventions en cours et définir des approches plus efficaces pour des épidémies similaires. L'enquête ainsi menée auprès des différents acteurs a révélé l'importance de la multisectorialité dans la lutte contre l'épidémie.

L'engagement politique des plus hautes autorités du pays combiné à celui de la communauté a été déterminant dans les succès enregistrés depuis le déclenchement de la pandémie. Les répondants ont également relevé une solidarité agissante entre les différents acteurs de la lutte à travers l'évaluation des cas et le déploiement des solutions. Les scientifiques et autres experts du domaine ont régulièrement mis à la disposition des instances de décision les connaissances actualisées sur le virus et les stratégies de lutte.

La concertation permanente instituée dans les différents comités de gestion et l'engagement des segments religieux, économiques, sécuritaires et culturels ont permis de faire face avec efficacité à l'épidémie malgré sa persistance et sa complexité. Toutefois, l'exigence de distanciation physique et la réduction des rassemblements ont un impact négatif dans les activités économiques générant ainsi des comportements de déviance et le déni de la maladie chez certains groupes sociaux. Ces exigences constituent des contraintes majeures pour le respect des mesures barrières.

## 2.6. Références bibliographiques

1. ERMINE, J.-L. (2003). *La gestion des connaissances*. Hermes Sciences Publications.
2. GRUNDSTEIN, M. (2002). De la capitalisation des connaissances au renforcement des compétences dans l'entreprise étendue. *1er Colloque du groupe de travail Gestion des Compétences et des Connaissances en Génie Industriel « Vers l'articulation entre Compétences*.
3. GRUNDSTEIN, M. (2004). De la capitalisation des connaissances au management des connaissances dans l'entreprise. Dans I. BOUGHZALA, & J.-L. ERMINE, *Michel GRUNDSTEIN, De la capitalisation des connaissances au management des connaissances dans l'entreprise* (pp. 25-54). Editions Hermès Science.
4. Nonaka, I., Takeuchi, H., & Ingham, M. (1997). *La connaissance créatrice. La dynamique de l'entreprise apprenante*. De Boeck.
5. OMS. (2020, Février). *Page d'accueil/Centre des médias/Detail*. Récupéré sur Organisation mondiale de la Santé: <https://www.who.int/fr/news-room/detail/12-02-2020-world-experts-and-funders-set-priorities-for-covid-19-research>
6. VILLEVAL, P., & LAVIGNE-DELVILLE, P. (2004, Octobre). Capitalisation d'expériences... expérience de capitalisation : Comment passer de la volonté à l'action ? *Traverses*(15), p. 49.
7. ZUTTER, P. d. (1994). *Des histoires, des savoirs, des hommes : l'expérience est un capital*. Editions – Diffusion Charles Léopold Mayer.

## 2.7. Annexes

### 2.7.1. Outils de collectes de données

<b>GE-01 - Guide d'entretien adressé aux membres des instances de management des niveaux central, régional et départemental (CNGE/CRGE/CDGE/CLGE)</b>
---

Enquêteur : \_\_\_\_\_

Date de l'entretien : \_\_\_\_ /09/2020\_\_\_\_ | Heure de début : \_\_\_\_\_

#### Identification du répondant

1. **Qualification professionnelle** : \_\_\_\_\_
2. **Structure d'appartenance** : \_\_\_\_\_
3. **Fonction occupée au sein de la structure d'appartenance** : \_\_\_\_\_
4. **Ancienneté au poste (en nombre d'années)** : \_\_\_\_\_
5. **Fonction occupée au sein du comité** : \_\_\_\_\_
6. **Quelles sont vos responsabilités dans la gestion des cas et contacts Covid-19 ?**

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

7. **Stratégies de gestion des cas et contacts Covid-19 mises en œuvre depuis le début de la lutte :**

<b>Types de stratégies</b>	<b>Durée de mise en œuvre</b>	<b>Justification du choix de la stratégie</b>

8. **Parlez-nous de la collaboration entre membres du comité.**

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

9. **Parlez-nous de vos rapports de travail avec les autres acteurs de la riposte.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
**10. Quelles contraintes avez-vous rencontrées dans la lutte contre la Covid-19 ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
**11. Comment vous êtes-vous organisé pour faire face à ces contraintes ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
**12. En fonction des stratégies citées plus haut, quels sont les points faibles notés dans la gestion des cas et contacts Covid-19 ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
**13. Quels sont les points forts de chaque stratégie ?**

**14. Quelles sont vos recommandations pour une amélioration de la prise en charge des cas et contacts Covid-19 ?**

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

**Merci de votre collaboration**

Heure de fin de l'entretien : \_\_\_\_\_

**GE-02 - Guide d'entretien adressé aux propriétaires et aux gérants des réceptifs hôteliers lieux de mise en quarantaine**

Nom de l'enquêteur : \_\_\_\_\_

Date de l'entretien : \_\_\_\_ /09/2020\_\_\_\_ | Heure de début : \_\_\_\_\_

**Identification de l'établissement et du répondant**

1. **Nom de l'établissement :** \_\_\_\_\_
2. **Profil d'hôtes accueillis :** Malades de la Covid-19 (Cas)  | Contacts
3. **Sexe du répondant :** Féminin  | Masculin
4. **Qualification professionnelle :** \_\_\_\_\_
5. **Date d'accueil du 1er cas ou contact :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020
6. **Date de sortie du dernier cas ou contact :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020
7. **Total de cas et contacts Covid-19 accueillis :** \_\_\_\_\_

**8. Quelles sont les mesures spécifiques prises pour accueillir les cas et contacts Covid-19 ?**

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

**9. Le personnel de votre établissement a-t-il été formé sur des thèmes spécifiques pour assurer le service à l'accueil des cas et contacts Covid-19 ?** Oui  Non

**10. Si oui, dites-nous sur quels thèmes spécifiques le personnel a été formé.**

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

.....  
.....  
.....  
**11. Comment l'établissement s'est-il adapté à l'accueil de ces hôtes ? Enumérer les mesures d'adaptation s'il y a lieu (changements dans l'organisation du travail, la répartition des effectifs par service, les horaires etc.).**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
**12. Comment avez-vous géré les questions relatives à la discipline, à l'hygiène et à la sauvegarde du matériel ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
**13. Parlez-nous de vos rapports de travail avec les acteurs de la santé (équipes médicales, service d'hygiène, croix rouge, etc.)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
**14. Parlez-nous des contraintes rencontrées dans la gestion des cas et contacts Covid-19 au sein de votre établissement.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
**15. Comment vous êtes-vous organisé pour faire face à ces contraintes ?**

.....  
.....  
**16. Selon vous, quels sont les points faibles de cette gestion des cas et contacts Covid-19 à l'hôtel ?**

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

**17. Quels sont les points forts de cette gestion ?**

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

**18. Quelles recommandations formulerez-vous pour une amélioration de la gestion des cas et contacts Covid-19 pris en charge à l'hôtel ?**

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

***Merci de votre aimable collaboration.***

Heure de fin de l'entretien : \_\_\_\_\_

**GE-03 - Guide d'entretien adressé au personnel des réceptifs hôteliers dédiés au nettoyage, à la literie, à la buanderie, à la cuisine, etc.**

Enquêteur : \_\_\_\_\_

Date de l'entretien : \_\_\_\_ /09/2020 \_\_\_\_ | Heure de début : \_\_\_\_\_

- 
- 1. Nom de l'établissement :** \_\_\_\_\_
  - 2. Sexe du répondant :** Féminin  Masculin
  - 3. Qualification professionnelle :** \_\_\_\_\_
  - 4. Fonction au sein de l'établissement :** \_\_\_\_\_
  - 5. Avez-vous été formé(e) sur des thèmes spécifiques pour assurer le service à l'accueil des cas et contacts Covid-19 ?** Oui  Non
  - 6. Si oui, dites-nous sur quels thèmes spécifiques vous avez été formé(e) ?**

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

**7. Comment vous êtes-vous adapté(e) à l'accueil de ces hôtes ?**

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

**8. Parlez-nous de vos interactions avec les malades et contacts Covid-19 accueillis dans votre hôtel.**

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

**9. Parlez-nous de vos rapports de travail avec les acteurs de la santé (équipes médicales, service d'hygiène, croix rouge etc.).**

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

**10. Parlez-nous des contraintes auxquelles vous avez fait face dans la gestion des cas et contacts Covid-19 au sein de votre établissement.**

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

**11. Comment vous êtes-vous organisé pour faire face à ces contraintes ?**

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

**12. Selon vous, quels sont les points faibles de cette gestion des cas et contacts Covid-19 à l'hôtel ?**

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

.....  
.....  
.....  
**13. Quels sont les points forts de cette gestion ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
**14. Quelles recommandations formuleriez-vous pour une amélioration de la gestion des cas et contacts Covid-19 pris en charge à l'hôtel ?**

.....  
.....  
.....  
**Merci de votre aimable collaboration.**  
Heure de fin de l'entretien : \_\_\_\_\_

**GE-04- Guide d'entretien adressé aux équipes de prévention et de contrôle des infections (PCI) : Croix-Rouge et Brigades d'hygiène**

Enquêteur : \_\_\_\_\_

Date de l'entretien : \_\_\_\_ /09/2020 \_\_\_\_ | Heure de début : \_\_\_\_\_

1. **Service d'appartenance** : Croix Rouge []                      Brigade d'hygiène []  
2. **Qualification professionnelle** : \_\_\_\_\_  
3. **Fonction** : \_\_\_\_\_  
4. **Ancienneté (en nombre d'années)** : \_\_\_\_\_  
5. **Quelles sont vos missions dans le cadre de la lutte contre la Covid-19 ?**

.....  
.....  
.....  
6. **Quelles activités avez-vous menées dans le cadre de la gestion des cas et contacts Covid-19 ?**

.....  
.....  
.....  
7. **Ces activités relèvent-elle de stratégies harmonisées au niveau national ou local ? Expliquez.**

.....  
.....  
.....  
8. **Parlez-nous des moyens mobilisés pour mener vos activités : RH, équipements et logistique (est-ce suffisant ? de qualité ? etc.)**

.....  
.....  
.....  
9. **Comment s'est passée la collaboration avec le personnel hôtelier ?**

.....  
.....  
.....  
**10. Parlez-nous de vos rapports de travail avec les acteurs.**

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

**11. Parlez-nous des contraintes auxquelles vous avez fait face dans la gestion des cas et contacts Covid-19.**

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

**12. Selon vous, quels sont les points faibles de cette gestion des cas et contacts Covid-19 ?**

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

**13. Quels sont les points forts de cette gestion ?**

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

**14. Quelles recommandations formulerez-vous pour une amélioration de la gestion des cas et contacts Covid-19 ?**

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

**Merci de votre aimable collaboration.**  
Heure de fin de l'entretien : \_\_\_\_\_

**GE-05- Guide d'entretien adressé au personnel médical, paramédical et social des Centres de traitement de l'épidémie (CTE) et EMIS**

Enquêteur : \_\_\_\_\_

Date de l'entretien : \_\_\_\_ /09/2020\_\_\_\_ | Heure de début : \_\_\_\_\_

1. **CTE :** .....
2. **Qualification professionnelle :** .....
3. **Fonction :** .....
4. **Ancienneté (en nombre d'années) :** .....
5. **Quelles sont vos responsabilités dans le cadre de la prise en charge des cas et contacts Covid-19 ?**  
.....  
.....  
.....
6. **Quelles activités avez-vous menées dans le cadre de la gestion des cas et contacts Covid-19 ?**  
.....  
.....  
.....  
.....
7. **Ces activités relèvent-elle de stratégies harmonisées au niveau national ou local ? Expliquez.**  
.....  
.....  
.....
8. **Comment s'est passée la collaboration avec le personnel du CTE ?**  
.....  
.....  
.....
9. **Parlez-nous de vos rapports de travail avec les autres acteurs.**  
.....  
.....  
.....  
.....
10. **Parlez-nous des contraintes auxquelles vous avez fait face dans la gestion des cas et contacts Covid-19.**  
.....  
.....  
.....  
.....
11. **Comment vous êtes-vous organisé pour faire face à ces contraintes ?**  
.....  
.....  
.....  
.....
12. **Selon vous, quels sont les points faibles de cette gestion des cas et contacts Covid-19 ?**  
.....  
.....  
.....  
.....

**13. Quels sont les points forts de cette gestion ?**

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

**14. Quelles recommandations formulerez-vous pour une amélioration de la gestion des cas et contacts Covid-19 ?**

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

**Merci de votre aimable collaboration.**

Heure de fin de l'entretien : \_\_\_\_\_

**GE-07- Guide d'entretien adressé aux responsables de laboratoire**

Enquêteur : \_\_\_\_\_

Date de l'entretien : \_\_\_\_ /09/2020 \_\_\_\_ | Heure de début : \_\_\_\_\_

1. **CTE :** .....

2. **Qualification professionnelle :** .....

3. **Ancienneté (en nombre d'années) :** .....

4. **Quelles sont vos responsabilités dans le cadre de la prise en charge des cas et contacts Covid-19 ?**

.....  
.....

5. **Quelles activités avez-vous menées dans le cadre de la gestion des cas et contacts Covid-19 ?**

.....  
.....

6. **Ces activités relèvent-elle de stratégies harmonisées au niveau national ou local ? Expliquez.**

.....  
.....

7. **Parlez-nous de vos rapports de travail avec les autres acteurs de la riposte à la Covid-19.**

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

8. **Parlez-nous des contraintes auxquelles vous avez fait face dans la gestion des cas et contacts Covid-19.**



**Questionnaire adressé aux malades guéris de la Covid-19 et aux personnes contacts**  
**MSAS & Vital Strategies - Septembre 2020**

**Consignes :**

- Cliquez dans la case correspondante à votre réponse pour la cocher.
- Effacez les lignes et écrivez vos réponses à la place.

**1. District sanitaire :**

- Dakar-Ouest                       Dakar-Sud                       Touba

**2. Date :** .....

**3. Heure de début de l'enquête :** .....

**4. Nom de l'enquêteur :** .....

**I - Informations socio-démographiques**

**5. Statut Covid-19 :**  Malade guéri(e)                       Contact

**6. Age :** .....

**7. Sexe :**  Féminin                       Masculin

**8. Niveau scolaire**

- Non scolarisé(e)
- Primaire
- Moyen
- Secondaire
- Universtaire
- Alphabétisation
- Franco-arabe
- Autre : .....

**9. Si 'Autre', précisez :**

**10. Statut marital**

- Célibataire
- Marié(e)
- Divorcé(e)
- Veuf/ve
- Autre

**11. Si 'Autre', précisez :** .....

**12. Nombre d'enfants :** .....

**13. Catégorie socio-professionnelle :**  
.....

**14. Religion**

- Islam
- Christianisme
- Autre

15. Si 'Autre', précisez : .....

16. Nombre de personnes vivant dans la concession : .....

17. Pays de résidence habituelle : .....

18. Antécédents médicaux : *Explorer l'existence d'antécédents de maladies chroniques, d'intervention chirurgicale majeure, etc. chez la personne interviewée.*

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

19. Site de mise en quarantaine/isolement

- A l'hôtel
- A domicile
- Autre

20. Si 'Autre', précisez : .....

## II- Conditions de quarantaine à l'hôtel

21. Date d'entrée en quarantaine : .....

22. Date de sortie de quarantaine : .....

*Si la personne ne connaît pas la date exacte, notez à la question suivante (n°23) le temps passé en quarantaine si cette information est disponible à son niveau.*

23. Temps passé en quarantaine (en jours ou en semaines) : .....

24. Par quel moyen avez-vous rejoint le lieu de quarantaine ?

25. A la fin de votre mise en quarantaine, par quel moyen avez-vous rejoint votre domicile ? *(approfondir pour savoir s'il/elle est rentré(e) par ses propres moyens ou s'il/elle a été déposé(e) par les services de santé ou une tierce personne).*

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

Donnez votre notation sur les items suivants puis dites les détails de votre appréciation en commentaires :

26. Confort des chambres

- Mauvais
- Moyen
- Bon
- Excellent

27. Commentaires sur le confort des chambres

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

**28. Hygiène des chambres**

- Mauvais
- Moyen
- Bon
- Excellent

**29. Commentaires sur l'hygiène des chambres**

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

**30. Restauration**

- Mauvais
- Moyen
- Bon
- Excellent

**31. Commentaires sur la restauration**

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

**32. Suivi médical**

- Mauvais
- Moyen
- Bon
- Excellent

**33. Commentaires sur le suivi médical**

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

**III- Conditions d'isolement à domicile (cette partie ne concerne que les personnes ayant été isolées à domicile pour leur suivi thérapeutique).  
Si tel n'est pas le cas, allez à la partie IV (question n°44 et suivantes)**

**34. Date de début d'isolement à domicile : .....**

**35. Date de sortie d'isolement à domicile : .....**

***Si la personne ne connaît pas les dates exactes, notez à la question suivante le temps passé en isolement si cette information est disponible à son niveau.***

**36. Durée de l'isolement à domicile (en jours ou en semaines): .....**

**37. Viviez-vous cet isolement dans une chambre individuelle ?**

- Oui (passez à la question n°39)  Non

**38. Si, la chambre était partagée, dites-nous avec qui ? et pourquoi ?**

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

**39. Aviez-vous des toilettes personnelles à votre disposition ?**

- Oui (passez à la question n°41)  Non

**40. Si non, avec qui partagiez-vous ces toilettes et pourquoi ?**

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

**41. Preniez-vous seul(e) vos repas durant cette période d'isolement ?**

- Oui (passez à la question n°43)  Non

**42. Si non, pourquoi ?**

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

**43. Comment se faisaient les interactions avec les autres membres de la famille ? (Avec qui avait-il (elle) des relations durant cet isolement ? Comment communiquait-il (elle) avec la famille ? etc.)**

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

**IV - Influence du vécu de quarantaine/isolement sur la vie de la personne (à l'hôtel ou à domicile)**

**44. Le fait d'avoir été testé positif à la Covid-19 ou personne contact a-t-il influencé vos relations avec ... ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)**

- votre entourage familial  
 votre entourage professionnel

**Donnez votre appréciation de la qualité des relations avec les groupes suivants :**

**45. la famille d'origine**

- Non applicable  
 Mauvaise  
 Passable  
 Moyenne  
 Bonne  
 Excellente

**46. Appréciation des relations avec la famille d'origine**

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

**47.le voisinage de la famille**

- Non applicable
- Mauvaise
- Passable
- Moyenne
- Bonne
- Excellente

**48.Appréciation des relations avec le voisinage de quartier.**

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

**49.les agents de santé du site**

- Non applicable
- Mauvaise
- Passable
- Moyenne
- Bonne
- Excellente

**50.Appréciation des relations avec les agents de santé sur le site de quarantaine.**

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

**51.le personnel de l'hôtel**

- Non applicable
- Mauvaise
- Passable
- Moyenne
- Bonne
- Excellente

**52.Appréciation des relations avec le personnel de l'hôtel**

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

**53.l'équipe de soutien psychosocial**

- Non applicable
- Mauvaise
- Passable
- Moyenne
- Bonne
- Excellente

**54.Appréciation des relations avec l'équipe d'appui psychosocial.**

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

**55.les agents de sécurité**

- Non applicable
- Mauvaise
- Passable
- Moyenne
- Bonne
- Excellente

**56.Appréciation des relations avec les agents de sécurité**

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

**V - Autres éléments de vécu**

**57.Avez-vous bénéficié de Counseling ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases).**

- avant le test de dépistage
- après le test de dépistage
- avant la mise en quarantaine
- à la fin de la quarantaine

**58.Donnez-nous plus de détails sur la/le(s) séance(s) de counseling dont vous avez bénéficié.**

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

**59.Comment se sont passés les prélèvements de sang pour les analyses ?**

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

**60.Comment avez-vous vécu l'annonce des résultats des tests sanguins ?**

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

**61.Durant votre quarantaine/isolement, avez-vous bénéficié d'un suivi médical de vos problèmes de santé antérieurs à la Covid-19 ? Expliquez.**

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

**62. Avez-vous bénéficié d'une aide sociale ? Si oui, précisez l'origine et la nature de cette aide.**

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

**63. Comment vous a-t-on annoncé votre sortie de quarantaine/isolement ?**

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

**64. A quelles contraintes avez-vous fait face durant la quarantaine/isolement ?**

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

**65. Selon vous, quels sont les points faibles de la prise en charge ?**

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

**66. Selon vous, quels sont les points forts de la prise en charge ?**

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

**67. Quelles sont vos recommandations pour une amélioration de la prise en charge des cas /isolement et personnes contacts Covid-19 ?**

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

**68. Heure de fin d'entretien : .....**

## 2.7.2. Lettre circulaire de ministre pour la capitalisation



### LETTRE CIRCULAIRE

**Objet :** Capitalisation du processus de riposte au COVID-19 au Sénégal.

Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale entame la capitalisation du processus de riposte au Covid-19.

A cet effet, une opération de collecte (virtuelle et sur site) de données sera effectuée sous la coordination de la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques en rapport avec le Comité National de Gestion des Epidémies (CNGE), les Directions et Services concernés.

Je vous demande de prendre toutes les dispositions pour apporter l'appui nécessaire à l'équipe en charge pour une réussite de cette initiative.

J'attache du prix à l'exécution de cette présente.

#### DESTINATAIRES :

- Toutes Directions générales
- Toutes Directions
- Tous Services nationaux
- Médecins-Chefs de région



Abdoulaye Diouf SARR

#### AMPLIATIONS :

- Gouverneurs de région

### 2.7.3. Avis éthique et scientifique

REPUBLIQUE DU SENEGAL

*Un Peuple. Un But. Une Foi*

N° 00000201 MSAS/CNERS/Sec

 *Ministère de la Santé  
et de l'Action sociale*

Dakar, le 21 OCT 2020



La Présidente

## AVIS ETHIQUE ET SCIENTIFIQUE

**Référence :** Protocole SEN20/54 « Capitalisation du suivi des contacts COVID-19 au Sénégal »

*Professeur,*

J'accuse réception de vos réponses aux questions relatives au protocole en référence ci-dessus. À l'analyse, le Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé les trouve globalement satisfaisantes. En conséquence, le comité émet un avis éthique et scientifique favorable pour permettre la mise en œuvre dudit protocole.

Cet avis a une durée d'une année à compter de sa date de signature. Son renouvellement reste assujéti à la présentation d'un rapport d'étape permettant d'être informé sur le niveau de mise en œuvre de l'étude.

Je vous prie de croire, *Professeur*, à l'assurance de ma considération distinguée et de mes encouragements renouvelés.

*Pr Aïda KANOUTE*  
*Service de Santé Publique Dentaire*  
*Institut d'Odontologie et de Stomatologie*  
*Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie*



## 2.7.4. Autorisation administrative

REPUBLIQUE DU SENEGAL  
*Un Peuple. Un But. Une Foi*

*Ministère de la Santé  
et de l'Action sociale*

DIRECTION DE LA PLANIFICATION  
DE LA RECHERCHE ET DES STATISTIQUES

*Le Directeur*

N° 00001044  
MSAS/DPRS/DR ✓

Dakar, le 23 OCT 2020

### AUTORISATION ADMINISTRATIVE

**Protocole SEN20/54: « Capitalisation du suivi des contacts COVID-19 au Sénégal »**

**Référence** : Avis éthique et scientifique N° 000201/MSAS/CNERS/Sec en date du 21 octobre 2020

**Professeur,**

Sur la base de l'avis éthique et scientifique du Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé visé en référence, je vous accorde une autorisation administrative d'une année, à partir de la date de signature pour permettre la mise en œuvre de votre étude.

Je vous prie de croire, **Professeur**, à l'assurance de ma distinguée considération et de mes encouragements renouvelés.

**Au**

**Pr Aïda KANOUTE**

Service de Santé Publique Dentaire  
Institut d'odontologie et de Stomatologie  
Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odontologie

