

Master 2

Promotion de la santé et prévention

Promotion : **2019-2020**

Acceptabilité des dispositifs d'isolement et prise en charge pour la COVID-19 :

Expérience des personnes atteintes de formes bénignes au Sénégal

Centre de Recherche et Formation à la Prise en charge Clinique (CRFC)

Unité Epidémies Emergentes et Crises Sanitaires

Thierno Madiou DIALLO

Décembre 2020

Sous la direction de

Jocelyn RAUDE

et

Alice DESCLAUX

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements au Pr. Jocelyn RAUDE pour avoir accepté de diriger ce travail. Je le remercie pour ses multiples conseils, sa disponibilité et sa sympathie.

Je remercie chaleureusement ma tutrice de Stage, Pr. Alice DESCLAUX, pour m'avoir accompagné tout au long de ce travail. Je la remercie spécialement pour ses conseils précieux, sa simplicité et sa patience. Le temps passé à ses côtés, m'a appris l'importance de la rigueur scientifique. Elle trouvera, dans ce mémoire, l'expression de toute ma gratitude.

Je remercie vivement Monsieur Yann LE BODO, PhD-Ingénieur de recherche au Département des Sciences Humaines et Sociales (SHS) de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) pour avoir accepté de consacrer un temps qui lui est précieux pour juger mon travail.

J'adresse tous mes remerciements au Dr. Karim DIOP, Secrétaire général du Centre de Recherche et de Formation à la Prise en charge Clinique (CRCF) pour m'avoir permis d'effectuer un stage riche en engagement et en enseignements.

Mes remerciements vont également à l'endroit de l'ensemble du personnel du CRCF particulièrement à l'équipe des intervenants sociaux du Centre de Traitement des Epidémies (CTE) de Yoff.

J'adresse mes remerciements à l'ensemble des acteurs intervenant au CTE de Yoff pour avoir contribué à ce travail. Je vous adresse mes félicitations pour avoir combattu la pandémie de COVID-19 avec courage et bienveillance à l'endroit des personnes affectées.

Je remercie toutes les personnes interrogées et qui ont accepté de partager leur expérience. Ce travail n'aurait pas pu se faire sans vous.

Je remercie tous ceux qui m'ont soutenu durant les moments pénibles, je garderai toujours le souvenir ému de leur bienveillance à mon égard et veillerai sans cesse à m'en montrer digne.

Pour avoir gardé le meilleur pour la fin,

Je dédie ce travail à tous les membres de ma famille pour lesquels, des remerciements ne suffisent pas à exprimer toute la reconnaissance que je leur dois. Chers parents, chers frères et sœurs, chères belles-sœurs, chère épouse, vous trouverez dans ce travail l'expression de toute ma gratitude.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1.1 SITUATION DU SUJET ET JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE	1
1.1.1 <i>Problématique</i>	1
1.1.2 <i>Objectifs et questions de recherche</i>	3
1.1.3 <i>Cadre de référence</i>	4
1.2 CONTEXTE : LA PANDEMIE DE COVID-19 ET LA REPOSE AU SENEGAL	4
1.3 REVUE DE LA LITTERATURE	8
2 METHODOLOGIE	10
2.1 METHODE D'ETUDE : APPROCHE QUALITATIVE	10
2.1.1 <i>L'observation participante</i>	10
2.1.2 <i>Entretiens approfondis semi-directifs</i>	11
2.2 TERRAIN D'ENQUETE : CTE DE YOFF	11
2.3 DEROULEMENT DU TRAVAIL DE RECHERCHE	13
2.3.1 <i>Analyse situationnelle</i>	14
2.3.2 <i>Collecte de données</i>	14
2.3.3 <i>Analyse et traitement des données</i>	16
2.4 POPULATION D'ETUDE.....	17
2.5 PRECAUTIONS ETHIQUES.....	19
3 RESULTATS	20
3.1 LES ATTITUDES FACE AU CONFINEMENT AU CTE	20
3.2 LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE	24
3.2.1 <i>La dimension humaine de la prise en charge</i>	24
3.2.2 <i>La prise en charge médico-psychologique</i>	26
3.2.3 <i>La satisfaction des besoins de base</i>	30
3.3 LES EFFETS SOCIO-ECONOMIQUES.....	32
3.3.1 <i>Types d'effets socio-économiques</i>	32
3.3.2 <i>Mesures d'accompagnent socio-économique</i>	34
3.4 LES SENS DU CONFINEMENT AU CTE	35
4 DISCUSSION	39
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE.....	I

OUVRAGES	I
ARTICLES DE REVUE	II
DOCUMENTS	VII
WEBOGRAPHIE	IX
LISTE DES ANNEXES	XII
ANNEXE 1 : TABLEAUX.....	XIII
ANNEXE 2 : FIGURES	XV
ANNEXE 3 : OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES	XVII
ANNEXE 4 : RESUMES D'ENTRETIENS	XXIV
ANNEXE 5 : JOURNAL DE TERRAIN	XXV
ANNEXE 6 : ETHIQUE	XXVII
ANNEXE 7 : ORGANISATION DU CTE DE YOFF	XXX

Liste des tableaux, figures et images

Tableau 1: Déroulement général du travail de recherche.....	14
Tableau 2: Répartition des entretiens selon le sexe.....	17
Tableau 3: Description de l'âge des personnes interrogées.....	18
Tableau 4 : Listes des objets distribués à l'arrivée des confinés	31
Tableau 5 : Principaux besoins d'ordre matériel exprimés par les confinés	32
Tableau 6: Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude	xiii
Figure 1: Organisation du cadre conceptuel du CNGE. MSAS-Sénégal, 2020	5
Figure 2: Plan simplifié du Centre de Traitement des Epidémies de Yoff	13
Figure 3: Répartition de la population d'étude selon le sexe.....	17
Figure 4: Répartition de la population d'étude selon le secteur d'activité	18
Figure 5: Principales mesures de santé publique mises en œuvre par le ministère de la santé du Sénégal (1 ^{er} trimestre).....	xv
Figure 6: Circulaire des médecins doctorants	xvi
Image 1: Entrée de Centre de Traitement des Epidémies (CTE) de Yoff	xxxii
Image 2: Panneau de présentation du CTE de Yoff	xxxii
Image 3 : bâtiment B	xxxii
Image 4 : Objets destinés aux confinés	xxxiii

Liste des sigles utilisés

AIBD :	Aéroport International Blaise Diagne
AJS :	Association des Juristes du Sénégal
ANRS :	Agence Nationale de Recherche sur le Sida
ANSD :	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
CDC:	Centers for Disease Control and Prevention
CMU :	Couverture Maladie Universelle
CNGE :	Comité National de Gestion des Epidémies
CNLS :	Conseil National de Lutte contre le Sida
COUS :	Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire
COVID-19 :	Coronavirus19-related Disease
CRCF :	Centre de Recherche et de Formation à la Prise en Charge Clinique
CREC :	Communication des Risques et l'Engagement Communautaire
CTE :	Centre de Traitement des Epidémies
DGSP :	Direction Générale de la Santé Publique
EE :	Epidémie Emergente
EPI :	Equiperment de Protection Individuelle
EPS :	Etablissement Public de Santé
IB :	Initiative de Bamako
MIE :	Maladies Infectieuses Emergentes
MPEC :	Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération
MSAS :	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PAFB :	Personnes Atteinte de Formes Bénignes
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PRES :	Programme de Résilience Economique et Sociale
RSI :	Règlement Sanitaire International
SAMU :	Service d'Assistance Médicale d'Urgence
SRAS :	Syndrome Respiratoire Aigu Sévère

INTRODUCTION

1.1 Situation du sujet et justification de la recherche

1.1.1 Problématique

La pandémie de COVID-19, ayant débutée en Chine dans la ville de Wuhan, a remis au premier plan la question des épidémies émergentes (EE) ainsi que leur capacité de diffusion rapide à l'échelle planétaire. Durant les deux dernières décennies, se sont succédé des épidémies de SRAS (2003), de chikungunya (2005), de grippe pandémique AH1N1 (2009), d'Ebola en Afrique de l'Ouest (2014-2016), de peste pulmonaire (2017) et de rougeole (2019) (Sardon, 2020). A la date du 23 Novembre 2020, à l'échelle mondiale, 58 229 138 cas confirmés de COVID-19 dont 1 382 106 décès ont été signalés auprès de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹. Les pays touchés par la pandémie ont appliqué de nombreuses mesures de santé publique visant à interrompre les chaînes de transmission de la maladie. Ces mesures se sont reposées sur la détection et le dépistage des cas présumés, l'identification et la mise en « quarantaine » des cas contacts et l'isolement avec prise en charge des cas confirmés (OMS, 2020a). La pandémie a exercé une pression importante sur les systèmes de santé par la grande proportion de personnes affectées nécessitant des soins cliniques (OMS, 2020a). Ainsi, une perpétuelle réorganisation structurelle et fonctionnelle a été opérée afin de maintenir la résilience des systèmes de santé. Dans l'optique de réduire ces tensions, l'OMS a recommandé l'isolement des personnes atteintes de formes bénignes²(PAFB) dans des établissements de soins ou structures spécialement aménagées à cet effet ou encore à domicile (OMS, 2020b). De ce fait, plusieurs pays ont mis en place des modalités d'isolement (ou d'auto-isolement) et de prise en charge des personnes affectées et dont l'état de santé ne nécessite pas une hospitalisation. Ces mesures ont été prises parallèlement à celles de la distanciation sociale³, encadrées par le Règlement Sanitaire International (RSI) et redéfinies par celui-ci comme des mesures de restriction des mouvements (Formenty et al., 2005). Ces approches de santé publique, bien que perçues comme « historiques » au début des années 2000 et critiquées pour leur atteinte

¹ <https://covid19.who.int/> . WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard

² OMS fait référence aux personnes pauci-symptomatiques ou asymptomatiques dont l'état de santé ne nécessite pas une hospitalisation.

³ Encore appelé distanciation physique ou éloignement sanitaire.

aux libertés individuelles (Dozon et Fassin, 2001), ont été utilisées notamment pendant les dernières épidémies de SRAS et d’Ebola (Bouhdiba, 2016 ; Faye, 2015).

Les débats internationaux autour des mesures restrictives liées au COVID-19 ont essentiellement porté sur l’éthique et le respect des libertés individuelles. Lors du point de presse tenu le 23 avril 2020, le Secrétaire général de l’Organisation des Nations Unies (ONU) a rappelé que la pandémie de COVID-19 est « une crise économique, une crise sociale et une crise humaine qui devient rapidement une crise des droits de l’homme »⁴. Les mesures de confinement et de distanciation sociale sont autorisées en vertu du droit international relatif à l’urgence sanitaire mondiale, mais des dérives ont été constatées dans leur application (ONU, 2020b). Des pays comme la France et le Canada ont eu recours à des contraventions parfois excessives à l’égard de certaines personnes ne respectant pas le confinement et/ou le port du masque (Lutaud, 2020 ; Blanc, 2020). D’autres pays comme la Chine, le Pologne, l’Allemagne et la Corée du Sud ont adopté des stratégies numériques de « tracking »⁵ afin de faire respecter le confinement et ralentir la diffusion virale (Garreau, 2020). En Afrique, l’utilisation excessive de la force par des agents de sécurité pour faire respecter l’état d’urgence et le couvre-feu a été constatée dans plusieurs pays (Togo, Ghana, Niger, Sénégal, Guinée) (Ba et al., 2020). Ces abus ont relancé le débat sur l’articulation entre l’application des mesures de protection collective et le respect des libertés individuelles et des droits humains. Pour éviter des abus, l’ONU stipule qu’en période d’épidémie, les mesures coercitives qui restreignent les droits humains doivent remplir les conditions suivantes : légalité, nécessité publique, efficacité démontrée, proportionnalité et non-discrimination (ONU, 2020). Parmi les multiples mesures de biosécurité et de santé publique qui ont été mises en place en réponse à la COVID-19 dans un contexte inédit, peu d’entre elles avaient été préalablement validées par des études scientifiques. Certains auteurs (Chinazzi et al., 2020 ; Habibi et al., 2020) ont conclu que des mesures restrictives telles que l’interdiction des voyages (international et intra-urbain) ont une efficacité limitée sur la propagation virale. Comme Calin et Poncin (2015) l’avaient exprimé lors de l’épidémie d’Ebola, on peut s’interroger sur l’impact des mesures de santé publique sur les libertés individuelles ? Celles-ci ont-elles été « sacrifiées » ?

⁴ Communiqué de presse du 23 avril « Droits de l’homme et COVID-19: “N’oublions jamais que la menace, c’est le virus, et non l’être humain”, plaide le Secrétaire général », (Nation Unies, 2020).

⁵ Cartes interactives permettant de localiser les personnes affectées, bracelets électroniques pour les sujets en provenance d’un pays épidémique, applications de géolocalisation des personnes mises en quarantaine, transmission de données personnelles et reconnaissance faciale.

Sur le terrain, les interprétations locales de la distanciation sociale appliquée aux PAFB de la COVID-19 ont donné lieu à un large éventail de formes sociales de séparation et d'isolement, qui diffèrent selon les communautés, la période et les politiques gouvernementales. L'acceptation des mesures d'isolement et de confinement par les PAFB peut varier en fonction de ces formes sociales et dépend de l'interconnexion entre la mise en œuvre des stratégies de lutte contre la COVID-19, les caractéristiques sociales des personnes affectées et le contexte socio-économique. Le bilan des épidémies antérieures de SRAS et d'Ebola a mis en lumière que des mesures d'appui alimentaire et économique aux personnes isolées sont nécessaires pour que le confinement soit faisable et acceptable, du fait de la perte de revenus due à l'assignation à domicile (Blundon et al. 2014 ; Decaux et al. 2015). Par conséquent, les débats d'éthique et de santé publique sur la pertinence des mesures de distanciation sociale pour lutter contre la COVID-19 devraient prendre en compte les effets sociaux de leur mise en œuvre dans les contextes locaux. Les effets psychologiques et socio-économiques des mesures de confinement ont été analysés dans plusieurs contextes (par ex. Ammar et al., 2020 ; Peçanha et al., 2020 ; Auxéméry et al., 2020 ; Bantman, 2020 ; Loade et al., 2020), mais peu d'études ont examiné la façon dont les PAFB de la COVID-19 ont perçu les dispositifs d'isolement et de prise en charge qui leur étaient destinés. Aussi, notre question initiale, devenue notre question de recherche, est la suivante : dans quelle mesure les dispositifs d'isolement et de prise en charge des PAFB de la COVID-19 sont-ils acceptables ?

1.1.2 Objectifs et questions de recherche

Notre travail vise à explorer l'expérience (perception et vécu) des PAFB de la COVID-19 et les effets sociaux favorables ou défavorables occasionnés par les dispositifs d'isolement et prise en charge. Il s'attelle à identifier l'acceptabilité, les avantages et limites de cette stratégie, et à contribuer à l'analyse des enjeux éthiques des mesures de distanciation sociale.

La question de recherche principale a été complétée par des questions focalisées : les PAFB ont-elles vécu ces mesures comme des actes de soins ou d'exclusion ? Les mesures ont-elles été appliquées volontairement ou par la contrainte, et les PAFB s'y sont-elles opposées ? Qu'est-ce qui a favorisé leur adhésion ? Quels ont été les effets sociaux occasionnés par ces dispositifs ? Des mesures d'accompagnement sont-elles mises en place pour anticiper ou limiter ces effets sociaux ?

1.1.3 Cadre de référence

Le concept clé de notre travail est celui d'« acceptabilité », une notion ambiguë (Tarrier et al., 2006) qui peut être considérée d'un point de vue individuel, mais peut également refléter un jugement partagé collectivement sur la nature d'une intervention (Sekhon et al., 2017). Les approches utilisées pour étudier et évaluer l'acceptabilité varient selon les disciplines. En santé publique, elle est une considération primordiale dans la conception et la mise en œuvre des interventions (Bonnet et al., 2020). Elle constitue avec l'accessibilité, la faisabilité, l'effectivité, l'efficacité et la qualité un critère d'évaluation des interventions de santé publique (Craig, 2008). De ce fait, elle est une condition nécessaire, mais non suffisante de l'efficacité de ces programmes (Diepeveen et al., 2013 ; Torgerson et al., 1995). En soins médicaux, Sidani et al. (2009) stipulent que l'acceptabilité du traitement dépend de l'attitude des patients à l'égard des options thérapeutiques et de leur jugement avant de participer à une intervention. Dans notre analyse, on considère que l'acceptabilité des dispositifs d'isolement et de prise en charge des PAFB de la COVID-19 s'articule avec une notion plus globale, à savoir « l'humanisation des soins ». Cette notion, mobilisée par des anthropologues lors de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest (2014-2016) (Anoko et al., 2014), prône une adaptation des interventions de santé publique aux réalités socio-économiques et culturelles locales afin de rendre celles-ci plus acceptables (Decaux et Anoko, 2017).

Dans ce travail, l'analyse de l'acceptabilité des dispositifs d'isolement et prise en charge prend en compte l'expérience (vécue et perception) des PAFB de la COVID-19 et les effets sociaux occasionnés par ces approches.

1.2 Contexte : la pandémie de COVID-19 et la réponse au Sénégal

La pandémie de la COVID-19 a atteint l'Afrique Sub-Saharienne en février 2020. Les premiers cas ayant été rapportés au Nigéria le 28 février, puis dans le reste du continent (WHO, 2020). Au Sénégal, le 1^{er} cas de COVID-19 est notifié le 02 mars, et ce n'est qu'à partir du cinquième cas que la transmission communautaire⁶ est constatée. Des chercheurs avaient prédit, sur la base de modélisations épidémiologiques, que le Sénégal allait subir plus de 2 200 décès avant la fin de l'année (Cabore et al., 2020). Malgré ces prévisions qui rejoignent celles de l'OMS (WHO Africa, 2020), la progression de l'épidémie n'a pas été aussi rapide qu'en Europe. Même si les données

⁶ Terme épidémiologique utilisé pour indiquer que la source de contamination est inconnue.

épidémiologiques disponibles dépendent beaucoup des stratégies de dépistage mises en œuvre (Ridde et al., 2020), l'évolution de l'épidémie a été lente et constante⁷ au Sénégal. A ce jour⁸, ce dernier enregistre 15 897 cas confirmés dont 320 décès⁹. Afin de faire face à la pandémie, les autorités sanitaires ont publié un plan national de préparation et de riposte doublé d'un plan de contingence d'urgence tous deux multisectoriels dès la notification des premiers cas (MSAS, 2020). Il a porté sur le renforcement de la coordination, la surveillance épidémiologique, la prise en charge des cas confirmés, la prévention et le control des infections, la communication des risques et l'engagement communautaire (CREC) et les aspects logistiques (MSAS, 2020). La mise en œuvre et l'évaluation de ce plan de riposte ont été assurées par le Comité National de Gestion des Epidémies (CNGE) (Bonnet et al., 2020 pre-print), une structure rattachée à la Direction de la Prévention du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) (CNGE, 2020). Ce comité est appuyé dans ses activités par le Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS), une structure de coordination des urgences sanitaires créée le 1^{er} décembre 2014 à la suite de la gestion du cas importé de la maladie à virus Ebola (Figure 1).

Figure 1: Organisation du cadre conceptuel du CNGE. MSAS-Sénégal, 2020



Source : CNGE, 2020

⁷ <https://www.covid19afrique.com/senegal>

⁸ A la date du 23/11/2020

⁹ Ministère de la Santé et de l'Action sociale « Point de Situation sur le COVID-19 : Communiqué de Presse N°267 », 23/11/2020

La riposte a été organisée dans le cadre juridique de la lutte contre les épidémies émergentes, défini par le règlement sanitaire international (WHO, 2008). Depuis l'épidémie d'Ebola d'Afrique de l'Ouest (2014-2016), un dispositif dédié à la préparation et au contrôle des menaces infectieuses a été mis en place en Afrique, avec le soutien d'organismes internationaux (Banque mondiale, Projet REDISSE, *Global Health Security Agenda*). Ce dispositif a pour mission de répondre rapidement à toute émergence épidémique détectée grâce à la surveillance épidémiologique, et de mettre en œuvre des interventions définies à l'avance dans le cadre de la préparation (« preparedness ») (Ryan, 2008). Il fonctionne de manière verticale selon un modèle d'intervention de crise faisant une large place à l'application de protocoles, dans lequel les interventions sanitaires guidées par des logiques de biosécurité sont mises en avant par rapport aux interventions sociales. Ainsi, les autorités sanitaires sénégalaises ont mis en œuvre de nombreuses mesures (Figure 2) qui ont évolué, du fait de leur adaptation à la progression de l'épidémie et aux impacts socio-économiques occasionnés par celles-ci. Il s'agit essentiellement de la fermeture des frontières (aériennes et terrestres), des lieux de culte et des marchés, l'interdiction des rassemblements, le respect d'une distanciation sociale, la suspension des enseignements (écoles et universités), la restriction des déplacements interurbains, la limitation des places dans les transports en commun (bus, taxis, etc.), le port obligatoire du masque dans les lieux publics et l'état d'urgence doublé d'un couvre-feu (de 20h à 06h puis de 23h à 05h) (Guéye, 2020). Les forces de sécurité étaient chargées de faire respecter ces mesures, et des dérives ayant entraîné des blessures ont été constatées lors du couvre-feu (Ferdinand, 2020). Trois mois après la mise en place de l'état d'urgence, les autorités gouvernementales ont levé toutes les mesures restrictives mises en place auparavant. Dès lors, la politique du ministère de la santé est devenue « vivre avec le virus » comme l'avait exprimé le président de la République lors de son « message à la nation » tenu le 29 juin¹⁰. Les stratégies de lutte contre la pandémie mettent désormais l'accent sur l'application des mesures barrières notamment le port obligatoire du masque.

L'impact socio-économique de la pandémie a été d'une telle ampleur que le président de la République a demandé le 8 avril dans « l'Appel de Dakar » l'annulation de la dette publique des pays africains (Diawara, 2020). L'enquête menée par l'Agence nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) montre que 85% des ménages ont vu leurs revenus baisser (ANSD, 2020). De

¹⁰ « Message à la nation du président Macky SALL: levée de l'état d'urgence instauré dans le cadre de la lutte contre la maladie à coronavirus covid-19 ». www.sec.gouv.sn

plus, les mesures de distanciation sociale accompagnées du couvre-feu étaient devenues difficiles pour la population à tel point que des manifestations de contestation et d'émeutes, occasionnant des blessures et d'arrestations, ont été observées dans plusieurs villes du pays (Malick, 2020). Un programme de résilience économique et sociale (PRES) a été mis en place par le Ministère de l'Economie du Plan et de la Coopération (MPEC) afin de soulager les effets socio-économiques de la pandémie, bien que son déploiement soit controversé (RFI, 2020). Ce programme financé par le fonds de riposte contre les effets de la pandémie, dénommé « Force Covid-19 », est doté de 1 000 milliards de Francs CFA. Il visait à soutenir le système de santé, les ménages vulnérables, la diaspora sénégalaise et le secteur privé afin de maintenir les emplois (MPEC, 2020).

En ce qui concerne la prise en charge des cas confirmés, les autorités sanitaires ont, dans un premier temps, décidé de placer systématiquement à l'hôpital toutes les personnes affectées qu'elles présentent ou non des symptômes de la maladie. L'association médicamenteuse constituée par l'hydroxychloroquine et l'azithromycine, validée comme traitement de référence par le ministère de la santé, a été administrée aux patients consentants (PNUD, 2020). Motivée par la proportion importante des cas asymptomatiques¹¹ (PUND, 2020), le ministère de la santé a mis en place un dispositif d'isolement et prise en charge extrahospitalière à destination des PAFB de la COVID-19, conformément aux recommandations de l'OMS (OMS, 2020b). L'objectif était d'éviter de surcharger les établissements de santé dont les capacités sont limitées et de ne pas transformer ces derniers en « hôpitaux Covid » selon les termes du directeur du Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (Dakar Actu, 2020). Les critères d'accueil ont été précisés par la Directrice Générale de la Santé publique (DGSP) en ces termes : « *La prise en charge extrahospitalière concerne toute personne testée positive au COVID-19, âgée de moins de 50 ans, ne souffrant d'aucune maladie chronique et ne présentant aucun signe de la maladie à coronavirus. Cette prise en charge est assurée par un personnel médical et se déroule dans une structure d'hébergement aménagée à cet effet. Toute personne ne répondant pas aux critères énoncés ci-dessus est prise en charge dans les structures de santé* » (Ndar Info, 2020). Des Centres de Traitement des Epidémies (CTE), sites spéciaux de prise en charge extrahospitalière, ont été ainsi aménagés à cet effet. Il s'agit principalement d'hôtels (Novotel, Savana) puis du hangar des pèlerins de l'ancien aéroport

¹¹ Terme épidémiologique utilisé pour désigner les personnes affectées par la maladie, mais qui ne présentent pas de symptômes.

international Léopold Sédar Senghor situé à Yoff, la base militaire aérienne de Thiès, le centre aéré des armées de Guéréo au sud de Dakar (Laplace, 2020).

1.3 Revue de la littérature

Pendant la pandémie de la COVID-19, plusieurs autorités sanitaires ont établi des stratégies d'isolement et prise en charge des PAFB. Des pays comme la Chine, l'Espagne et l'Italie ont très tôt ouvert des structures intermédiaires permettant de mettre en quarantaine les patients ayant des manifestations cliniques simples (Le Monde, 2020). En France, dans le cadre du plan de déconfinement, les autorités sanitaires ont mis sur pied des Cellules Territoriales d'Appui à l'isolement (CTAI)¹². Ces cellules sont chargées d'identifier les cas confirmés ainsi que leurs contacts, répondre par téléphone à leurs besoins (sociaux, matériels, psychologiques) et proposer des hébergements à ceux qui n'ont pas la possibilité de s'isoler à domicile. En Afrique, des sites spécialement dédiés à la COVID-19 ont été aménagés au Sénégal, Bénin, Côte d'Ivoire, etc. (Kidiss, 2020 ; Coulibay, 2020 ; Laplace, 2020).

Dans la littérature scientifique, les effets du confinement lié à la pandémie de la COVID-19, ont été analysés dans plusieurs contextes. Les études ont porté essentiellement sur les effets physiques (Ammar et al. 2020b ; Peçanha et al. 2020), psychologiques (Ammar et al. 2020a ; Heitzman, 2020 ; Bantman, 2020 ; Mengin, 2020 ; Loade et al. 2020) et économiques (Heyer et Timbeau, 2020 ; Martin et al. 2020). Elles ont montré que les mesures de confinement sont associées à une baisse de l'activité physique et une augmentation des maladies cardiovasculaire (Ammar et al. 2020b). Sur le plan psychologique, Heitzman (2020) a relevé l'étendue de l'impact de la pandémie sur le développement de l'instabilité mentale. D'autres auteurs comme Mengin (2020) et Bantman (2020) ont conclu que les principaux effets du confinement sur la santé mentale sont : l'ennui, l'isolement social, le stress et le manque de sommeil. Ammar et al. (2020a) quant à eux, ont révélé des effets négatifs de l'isolement sur la participation sociale. Concernant les dispositifs d'isolement et prise en charge pour la COVID-19, aucune étude, à notre connaissance, n'a abordé l'acceptabilité de ceux-ci. Les écrits disponibles sur ce sujet concernent essentiellement des mesures d'isolement mises en place lors des épidémies précédentes, notamment celles du SRAS (2003) et d'Ebla en Afrique de l'Ouest (2014-2016). Le bilan de ces épidémies met en avant l'importance des appuis

¹² Communiqués de presse des préfetures: « covid-19 stratégie de dé-confinement : dépister, tracer, isoler »

alimentaires et économiques dans la faisabilité et l'acceptabilité de l'isolement (Blundon et al. 2014 ; Decaux et al. 2015). S'agissant des CTE, des auteurs comme Calin et Poncin (2015) et Gomez-Temesio et Le Marcis (2017) ont remis en cause ce modèle de prise en charge pour ses problèmes éthiques. Selon ces auteurs, lors de l'épidémie d'Ebola d'Afrique de l'Ouest, l'organisation des soins dans ces centres était caractérisée par l'abolition des valeurs socio-culturelles qui encadrent les interactions entre hommes et femmes, ou entre générations, comme les règles de pudeur (Gomez-Temesio et Le Marcis, 2017). De plus, les personnes affectées étaient prises en charges différemment selon leur statut socio-professionnel. Le personnel sanitaire bénéficiait d'une meilleure prise en charge que le reste de la population, car ce dernier était traité dans un centre spécial¹³ (Savini et al. 2016). Toutefois, compte-tenu de la gravité de la maladie à virus Ebola, les conditions d'isolement dans les CTE étaient particulières. De ce fait, les écrits sur l'acceptabilité des centres Ebola ont porté sur des contextes très tendus qui ne sont pas comparables à ceux de la COVID-19.

¹³ Il s'agit du Centre de Traitement des Soignants (CTS) mis en place par le Service de Santé des Armées de la France (SSA) (Savini et al. 2015).

2 METHODOLOGIE

L'objectif de cette partie est de présenter les méthodes de collecte et d'analyse de données que nous avons utilisées dans ce travail, ainsi que les conditions dans lesquelles s'est effectuée cette recherche. Nous commencerons par présenter la méthode d'étude et le terrain d'enquête. Ensuite nous exposons le déroulement du travail de recherche en mentionnant les difficultés rencontrées ainsi que les appuis dont nous avons bénéficié. Par la suite nous présenterons la population d'étude. Enfin, nous expliciterons les précautions éthiques que nous avons prises ainsi que les techniques de protection des données recueillies.

2.1 Méthode d'étude : approche qualitative

Ce travail vise à appréhender au mieux les phénomènes sociaux et les logiques qui sous-tendent la mesure de santé publique ciblée par notre étude ainsi que l'expérience des PAFB de la COVID-19. Ainsi, il était primordial de recueillir les opinions subjectives des PAFB et de les mettre en regard avec des données contextuelles objectives afin relativiser et nuancer certains propos des personnes interrogées. L'approche qualitative répond à ces besoins en permettant aux gens d'exprimer librement leurs opinions, points de vue et expériences (Morse et Field, 1995). Afin réaliser ce travail, nous nous sommes essentiellement appuyés sur des manuels de méthodologie en sociologie (Arborio et Fournier, 2010 ; Beaud et Weber, 2010 ; Kaufmann, 2016).

Le corpus de données que nous avons recueilli est divers, et a permis de trianguler les informations. Il repose sur deux types de matériaux à savoir l'observation participante et les entretiens approfondis semi-directifs.

2.1.1 L'observation participante

Encore appelé « observation directe », l'observation participante est une approche dans laquelle le chercheur s'intègre pour un temps donné dans les situations qu'il étudie, pour y observer le déroulement de la vie sociale (Philip et De Battista, 2012). Elle a pour but de « déchiffrer la culture et les routines sociales des communautés sur lesquelles on ne possède pas de connaissances systématiques » (Lapérière, 2009). Dans cette approche, la participation du chercheur est essentielle, car étant au centre du processus d'observation. Certains auteurs comme Martineau (2005) distinguent l'Observation Participante (OP) et la Participation Observante (PO). Selon lui, dans le premier cas, le chercheur se mêle au milieu observé, mais il est libre par rapport à celui-ci

et peut en sortir à tout instant. Dans le second, la personne fait partie intégrante du milieu et essaie de prendre du recul à certains moments pour l'observer (Martineau, 2005). Nous nous sommes retrouvés dans ce deuxième cas de figure.

2.1.2 Entretiens approfondis semi-directifs

L'entretien permet de recueillir les propos des personnes et de comprendre le sens et les motivations qu'elles donnent à ceux-ci. Le choix des entretiens semi-directifs est fait dans le but « d'orienter la personne qui parle vers certains sujets et thématiques et lui laisser ensuite toute liberté de s'exprimer » (Fenneteau, 2015 ; Imbert, 2010). Les mesures de distanciation sociale liées à la pandémie nous ont poussés à adapter les méthodes de collectes de données en privilégiant l'enquête à distance. Cette dernière a fait l'objet de réflexions et d'échanges dans les réseaux internationaux d'anthropologues¹⁴. Ainsi, en plus des entretiens classiques (face à face), des télé-entretiens sont proposés aux participants afin de respecter la distanciation sociale imposée par la pandémie. Le télé-entretien est réalisé par téléphone via les réseaux sociaux (WhatsApp), ou des plateformes de communication. Il se déroule comme un entretien en présentiel et peut dans la mesure du possible être réalisé via une plate-forme de vidéoconférence en activant le son et l'image de façon à produire des conditions d'interaction sociale similaires de l'approche « face à face » (Marhefka et al., 2020).

2.2 Terrain d'enquête : CTE de Yoff

Notre travail d'immersion et d'observation participante s'est effectué dans le centre de traitement des épidémies de Yoff. Ce dernier est le premier centre de prise en charge extrahospitalière pour la COVID-19 aménagé par les autorités sanitaires sénégalaises en partenariat avec la « Fondation Sonatel ». Il est aménagé dans l'aérogare des pèlerins de l'ancien aéroport international Léopold Sédar Senghor. Les lieux sont répartis entre zones verte (sans risque viral) et rouge (à risque viral) entre lesquels la circulation est réglementée (Figure 2). Les membres des équipes basées dans la zone verte doivent revêtir un équipement de protection individuelle (EPI) avant d'entrer et circuler en zone rouge. En plus des locaux administratifs et technique, le centre a une capacité de 120 lits qui sont répartis en deux blocs complètement séparés (Bloc A : 70 lits pour les hommes et Bloc B :

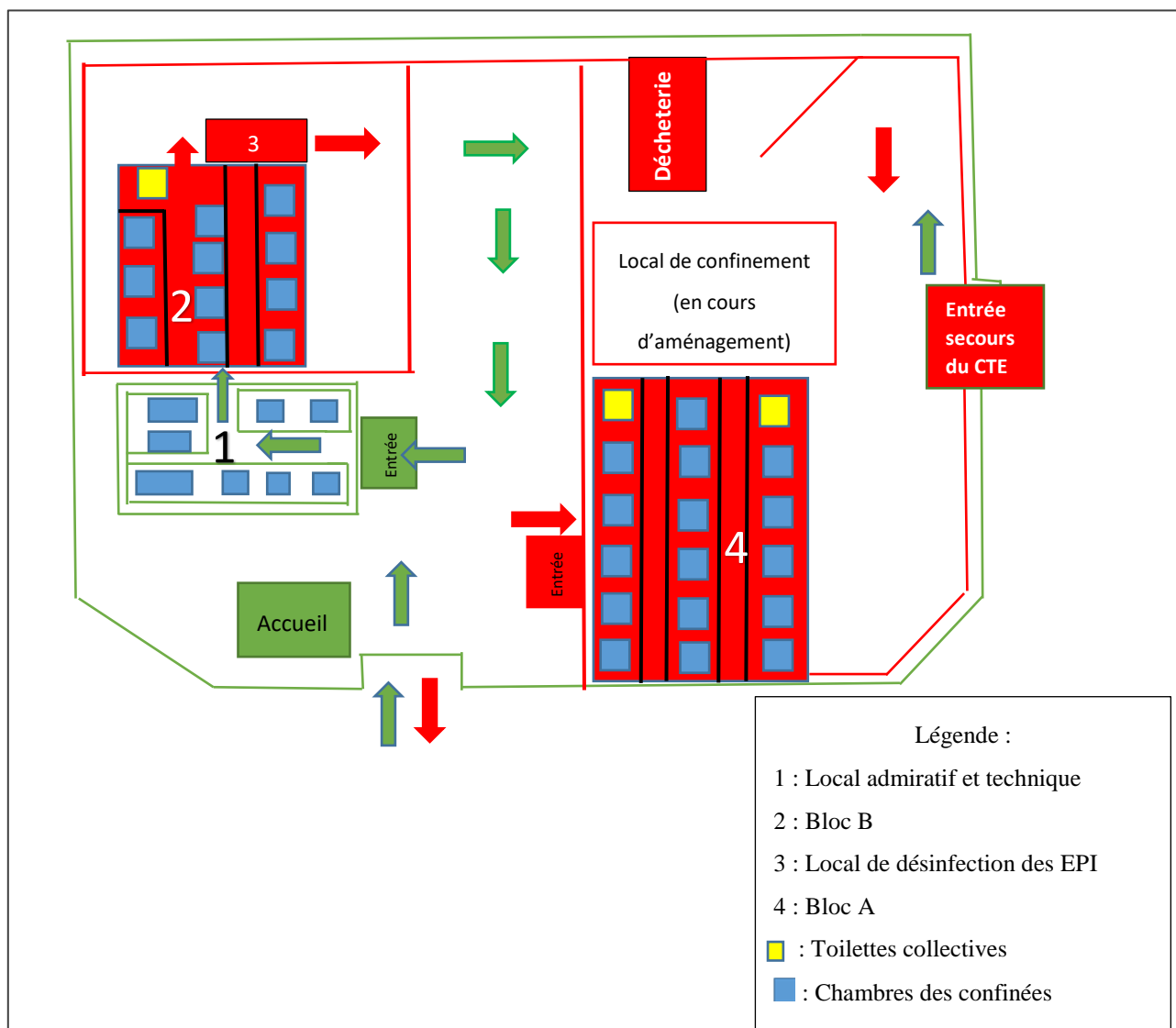
¹⁴ Voir Sonar Global : sonar-global.eu et le Réseau ouest-africain Anthropologie des Epidémies Emergentes : shsebola.hypotheses.org

50 lits pour les femmes). Dans chaque bloc, les chambres individuelles sont réparties de part et d'autre des couloirs, et certaines ont une fenêtre vers l'extérieur (voir images en annexe 7). Les chambres disposent d'un lit, d'une mini armoire, d'une TV, d'un accès à internet, mais ne comprennent pas de toilettes. Ces dernières sont installées au fond des couloirs, et sont à usage collectif. Plus de 500 PAFB de COVID-19 ont été isolées et prises en charge successivement dans ce centre.

La gestion du CTE est assurée par des équipes pluridisciplinaires du ministère des forces armées à savoir : médecins et infirmiers militaires, personnel du service d'hygiène de la gendarmerie, etc. Le centre avait mobilisé d'autres professionnels civils en appui aux équipes militaires. Il s'agit essentiellement de : médecins doctorants, infirmiers, pharmaciens de santé publique, assistantes sociales, volontaires de la Croix-Rouge, administratifs, etc. (voir liste des catégories d'acteurs intervenant dans le CTE en annexe 7). Certains acteurs résidaient en permanence dans le centre, alors que la majorité travaillait en équipe selon un système de garde et d'astreinte. Généralement, chaque équipe effectuait une garde de 24 heures qui était suivie d'un repos de 2 à 4 jours selon les services¹⁵. A la fin de la garde, les chefs d'équipe remplissaient, dans un registre centralisé, l'ensemble des activités réalisées ainsi que les observations particulières recueillies. Des séances de débriefing et de staff pluridisciplinaires étaient organisées de manière régulière entre les différents chefs de services.

¹⁵ Tout comme à l'hôpital, le CTE était organisé en plusieurs services. Ces derniers étaient constitués de plusieurs équipes.

Figure 2: Plan simplifié du Centre de Traitement des Epidémies de Yoff



Source : Schéma dessiné par DIALLO Thierno Madiou

2.3 Déroulement du travail de recherche

Afin de faciliter la réalisation de ce travail, nous avons établi un chronogramme qui comprend six (06) grandes étapes (tableau 1) : (i) Analyse situationnelle, (ii) Collecte de données, (iii) Revue de la littérature, (iv) Traitement et analyse des données, (v) Production du mémoire, soutenance et/ou publication et (vi) Restitution auprès des autorités, d'acteurs du CTE et/ou participants à l'étude. Cependant, nous n'avons pas suivi ce chronogramme de manière linéaire, car nous avons effectué des allers-retours entre terrain et lectures afin de mieux cerner l'objet de recherche.

Thierno Madiou DIALLO - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de l'Université Rennes 2 & de l'UBO - année 2019-2020

Tableau 1: Déroulement général du travail de recherche

Chronogramme	Juil-20	Août-20	Sept-20	Oct-20	Nov-20	Déc-20	Janv-21
Analyse situationnelle							
Collecte de données							
Revue de la littérature							
Traitement et analyse des données							
Soutenance mémoire / Publication							
Restitutions							

2.3.1 Analyse situationnelle

L'analyse situationnelle a permis d'appréhender le contexte local, national et international dans lequel s'inscrit notre travail. Nous nous sommes essentiellement intéressés aux thématiques suivantes : situation épidémiologique de la pandémie dans le monde, les mesures de santé publique mises en œuvre par les autorités sénégalaises, perception et vécu de ces mesures par la population, le traitement médiatique de la pandémie en Afrique et au Sénégal, la prise en charge des personnes affectées en Afrique et au Sénégal, le contexte de la mise en place du dispositif d'isolement et prise en charge extrahospitalière au Sénégal, ainsi que les objectifs de ce dernier. Nous avons recouru à plusieurs sources d'information : les médias (nationaux et internationaux), le forum scientifique du Centre Régional de Recherche et de Formation à la Prise en Charge clinique (CRCF), des rapports du ministère de la santé du Sénégal, des articles scientifiques publiés par des auteurs sénégalais et internationaux, des échanges avec des acteurs de la prise en charge des personnes affectées au Sénégal et des chercheurs du CRCF, etc.

2.3.2 Collecte de données

L'observation participante s'est déroulée du 13 juillet au 13 octobre au CTE de Yoff (Description Cf.p10). Dans un premier temps, l'objectif de cette observation participante (Annexe 3) était : décrire l'organisation du CTE (locaux, conditions matérielles, organisation de la prise en charge etc.), d'identifier les principaux acteurs de la prise en charge (types de professionnels, leurs rôles,

Thierno Madiou DIALLO - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de l'Université Rennes 2 & de l'UBO - année 2019-2020

leur emploi du temps, leurs interactions mutuelles, etc.) et répertorier les problèmes les plus fréquents (pour les soignants et les confinés). Par la suite, l'observation s'est essentiellement portée sur les interactions entre soignants¹⁶ et confinés, et sur les problèmes identifiés comme prioritaires. Néanmoins, conformément aux recommandations de Martineau (2005), nous sommes restés ouverts à toute situation qui pouvait contribuer à la compréhension de notre objet d'étude. Lors de cette observation participante, nous tenions un « journal de terrain »¹⁷ sur lequel nous avons consigné des situations, discussions, débats et réflexions auxquelles nous avons assisté. Ce journal est complété par des enregistrements audio, vidéos et photos.

Les entretiens approfondis semi-directifs ont été réalisés du 20 août au 10 octobre. Nous avons, dans un premier temps, élaboré une grille thématique, ainsi qu'un lexique des mots clés traduits en wolof¹⁸ (Annexe 3). Nous avons retenu ces thématiques à partir des données de l'observation participante, et d'échanges avec des chercheurs du CRCF et acteurs du CTE. Elles sont regroupées en quatre groupes : expérience antérieure de maladies, circonstances du diagnostic, expérience (perception et vécu) du confinement au CTE et après guérison, et prévention secondaire. Afin de déterminer la compréhension et la pertinence des questions, et l'adéquation de la traduction proposée, nous avons testé la grille auprès de cinq (05) personnes : 02 entretiens en français, 02 en wolof et 01 en alternance français-wolof. Enfin, nous avons corrigé la grille en intégrant l'ensemble des recommandations et commentaires issus de la phase test (Annexe 3). Les entretiens visaient essentiellement les personnes guéries de la COVID-19 depuis 15 à 45 jours. Ce critère d'inclusion nous semblait pertinent afin de n'inclure que des personnes ayant un minimum de vécu post-covid et suffisamment de souvenirs pour se rappeler du déroulement des événements. Le recrutement a été fait lors des appels téléphoniques de « suivi post-covid ». Les acteurs chargés de ce suivi proposaient un entretien approfondi systématiquement à toute personne respectant le critère d'inclusion. Nous avons par la suite contacté par téléphone toutes les personnes qui ont accepté de participer à l'étude afin de convenir avec elles des modalités de réalisation de l'entretien (jour, heure, présentiel ou à distance, etc.).

¹⁶ Le terme « soignants » est utilisé ici de manière large. Il fait référence à l'ensemble des acteurs intervenants dans le CTE (médecin, infirmiers, volontaires de la Croix-Rouge, hygiénistes, etc.)

¹⁷ Le journal de terrain est issu de la tradition ethnographique, voulant que le chercheur remplisse chaque jour, ou à la fin de chaque séance de terrain, un journal dans lequel il expose le récit de ses journées d'observation ainsi que son rapport au milieu observé (Noiriel et Weber, 1990).

¹⁸ Langue nationale du Sénégal. A côté du français qui est la langue administrative, le Wolof est la langue de communication et d'échange à l'échelle nationale.

L'implication du CRCF, structure associative placée sous l'égide du ministère de la santé, dans la gestion des CTE a permis de mener ce travail de recherche. En effet, nous avons accédé au terrain d'étude (CTE de Yoff) via un projet d'invention psychosociale financé par le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) et mis en œuvre par une équipe¹⁹ du CRCF dont nous faisons partie. L'objectif principal de ce projet était d'apporter une assistance psychosociale aux personnes isolées et prises en charge dans ce CTE. Ainsi, nous avons pu échanger avec une cinquantaine de personnes confinées par appels téléphoniques sur des sujets relevant de leur maladie, leurs besoins, leurs difficultés socio-économiques (liées à la maladie et/ou au confinement), ainsi que leurs préoccupations individuelles ou collectives. Durant trois mois, nous avons travaillé en étroite collaboration avec les différents acteurs²⁰ qui interviennent dans le centre. Cette immersion nous a permis de faire l'observation participante et d'avoir accès à la base de données des personnes ayant séjourné au centre sur l'autorisation des responsables. Toutefois, nous avons rencontré des difficultés dans le recrutement des participants à notre étude. En effet, un nombre important (40 sur 97) parmi les personnes que nous avons contactées a refusé de participer à l'étude. La principale raison avancée par ces personnes était la peur de la divulgation des informations dans les médias. D'autres ont accepté de faire l'entretien à condition que celui-ci ne soit pas enregistré. De ce fait, certains entretiens (6 sur 25) ont fait l'objet de prises de notes.

2.3.3 Analyse et traitement des données

Nous avons effectué une analyse thématique qui s'appuie sur une démarche inductive. Conformément aux recommandations de Thomas (2006), nous avons réalisé cette analyse en quatre étapes : (i) Préparation des données brutes (observations et entretiens approfondis), (ii) Lecture attentive et approfondie, (iii) Identification et description des premières catégories et (iv) Révision et raffinement des catégories. A l'issue de cette démarche, nous avons identifié quatre (04) thématiques pour examiner l'acceptabilité du dispositif d'isolement et prise en charge des PAFB de COVID-19. Ces thématiques sont identifiées uniquement à partir des données que nous avons recueillies à savoir : l'observation participante et entretiens approfondis.

¹⁹ L'équipe était composée d'assistants diplômés et étudiants en sociologie, santé communautaire, médecine et santé publique : Thierno Madiou DIALLO, Mame Birame NIANG, Hélène Agnès DIENE, Khady Seck NGOM, Nhelem MENDY, Samuel Birama SY, avec l'appui de Khoudia SOW et Alice DESCLAUX (référents) et sous la direction de Seynabou Ndour (Assistante Sociale) et de Dr Karim DIOP (Pharmacien et Expert Santé publique).

²⁰ Equipes médicales, paramédicales, hygiénistes, volontaires de la Croix-Rouge, pharmaciens, logisticiens, etc.

2.4 Population d'étude

Au total, nous avons effectués vingt-cinq²¹ (25) entretiens semi-directifs approfondis. Parmi ces entretiens, dix-neuf (19) ont été enregistrés et seize (06) ont fait l'objet de prises de notes. Huit (08) entretiens ont été réalisés en présentiel et dix-sept (17) à distance (06 via l'outil vidéo de WhatsApp et 11 par appel téléphonique). Les entretiens ont duré entre 30 et 60min. Six (06) ont été réalisés en français, quatorze (14) en wolof et cinq (05) en alternance entre le français et le wolof. Les participants ont une tranche d'âge comprise entre 18 et 49 ans dont 11 femmes et 14 hommes. Il faut noter qu'une de ces femmes était confinée avec sa fille de 04 ans. La majorité des participants a une activité professionnelle dans le secteur informel (Figure 4). Les caractéristiques de la population d'étude sont résumées dans le tableau 3 (Annexe 1).

Tableau 2: Répartition des entretiens selon le sexe

Sexe	Hommes	Femmes	Total
Entretiens			
Enregistré	10	09	19
Non enregistré	04	02	06
Total	14	11	25

Figure 3: Répartition de la population d'étude selon le sexe

²¹ Au total 57 personnes ont accepté de participer à l'enquête. Dans ce mémoire, je ne considère que les 25 entretiens que j'ai effectués moi-même. En effet, j'ai coordonné les activités de recherche qualitative auprès des PAFB avec une équipe de trois assistants de recherche. Ces derniers ont effectué les 32 entretiens restants, et le recueil de données est en cours au moment de la rédaction de ce mémoire.

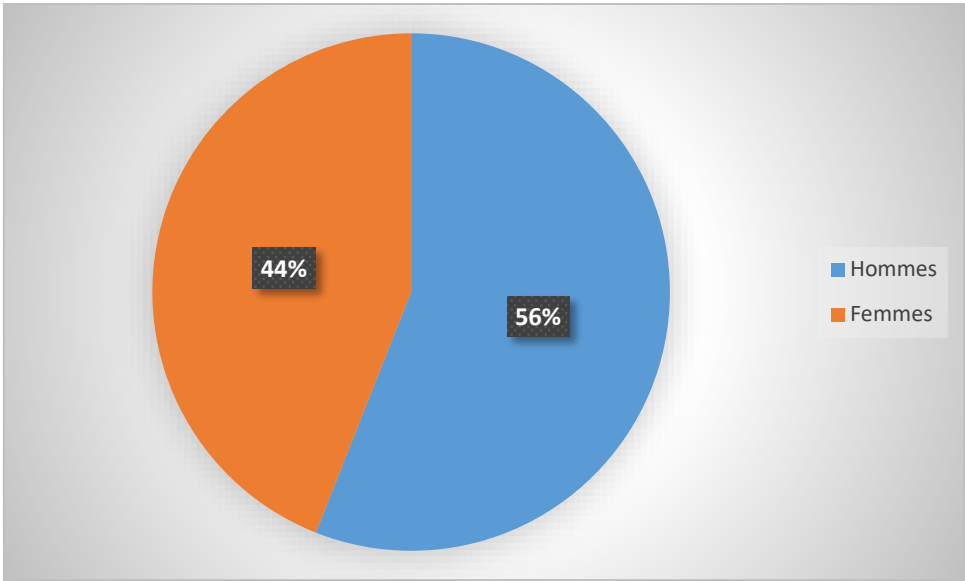
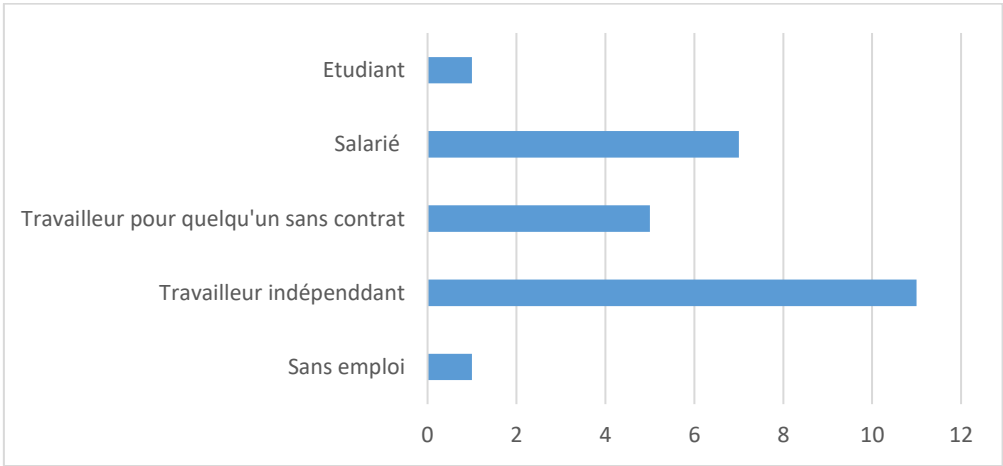


Tableau 3: Description de l'âge des personnes interrogées

	Fréquence	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Age	25	29	48	38,76	9,830

Figure 4: Répartition de la population d'étude selon le secteur d'activité



2.5 Précautions éthiques

Notre travail s'intègre dans un projet de recherche intitulé Coronavirus Afrique Mobilisations Communautaires (CORAFMOB) financé par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS). Il a reçu l'autorisation du Comité national d'éthique pour la recherche en santé du Sénégal (CNEPS) sous le **Protocole SEN20/40** (Annexe 6). De plus, l'étude que nous avons menée s'insère également dans le dispositif de « suivi post-covid » des personnes ayant séjourné au CTE de Yoff. En effet, les entretiens approfondis avaient pour objectif secondaire d'identifier et documenter les difficultés socio-professionnelles et économiques que rencontrent les personnes déclarées guéris par le CTE afin d'y apporter des solutions adaptées dans les limites des ressources disponibles. Avant le début de l'étude, nous avons signé un engagement de confidentialité selon les normes habituelles et nous avons été informés des règles d'éthiques et de bonnes pratiques en sciences sociales (un corpus propre au CRCF et à l'équipe de sciences sociales de l'Unité TransVIHMI de l'IRD). Les entretiens ont été réalisés sur la base du volontariat et selon les disponibilités des participants. Après explication de l'enquête sur la base d'une notice d'information (Annexe 6), le consentement oral a été recueilli pour les entretiens réalisés à distance et pour ceux effectués en présentiel, un formulaire de consentement a été signé par les participants. Lors des entretiens, nous nous sommes munis des contacts téléphoniques et des informations nécessaires pour orienter les personnes vers le système de soin si nécessaire. Si un déficit de connaissances médicales et scientifiques apparaissait au cours d'un entretien, nous avons apporté en fin de celui-ci des éléments de connaissances scientifiques ou orienté la personne vers des sources d'information fiables à sa portée. Tous les entretiens enregistrés (19 sur 25) ont été transcrits et/ou traduits (pour ceux réalisés en wolof). Afin de garder et garantir la confidentialité, nous avons enlevé toute information permettant d'identifier les participants, et avons donné des pseudonymes à l'ensemble des personnes interrogées.

3 RESULTATS

Parmi les vingt-cinq (25) personnes considérées dans ce travail, neuf (09) étaient des cas asymptomatiques et seize (16) présentaient des symptômes à savoir : céphalées, fièvre, toux, algie diffuse, courbature, etc. L'identification des enquêtés comme PAFB de la COVID-19 a reposé sur la réalisation de tests diagnostiques (PCR naso-oro-pharyngé) et l'absence de facteurs de gravité²².

Bien que la sévérité de la maladie ait été différente, tous les participants à notre étude rapportent une expérience bouleversante en tant que PAFB de la COVID-19. Cette expérience considérée comme momentanée n'a pas toujours été de courte durée : le maintien en isolement a duré entre six et quinze jours. Pour certaines personnes identifiées lors de l'observation participante, le confinement a duré plus d'un mois. Quatre (04) aspects dominent les récits des personnes interrogées : les attitudes face au confinement au CTE, la qualité de la prise en charge, les effets socio-économiques du confinement et les sens donnés au confinement.

3.1 Les attitudes face au confinement au CTE

La décision de se confiner au CTE suit plusieurs formes de motivation qui varient en fonction de la période de l'épidémie et des situations individuelles. Nous avons distingué quatre (04) attitudes : l'adhésion pragmatique, le choix après arbitrage familial, le confinement imposé et subi, le confinement imposé et accepté.

L'adhésion pragmatique au confinement

Les récits montrent que la quasi-totalité des participants a pris la décision de se confiner au CTE de manière libre et raisonnée. Les arguments mis en avant par ces enquêtés sont multiples, mais relèvent de deux idées principales :

- Protéger leurs proches avec lesquels ils habitent dans des maisons parfois étroites,
- Bénéficier d'une prise en charge adéquate.

Pour ces enquêtés, le diagnostic de COVID-19 est fait à une période durant laquelle un suivi à domicile²³ est déjà mis en place par les autorités sanitaires (Mine, 2020). Durant cette période de

²² Les facteurs de gravités sont : l'âge > 50 ans et présence de pathologies chroniques.

²³ Le suivi à domicile était autorisé pour les personnes qui ne présentent pas de signes de gravité et qui disposent d'un cadre de vie adapté (Mine, 2020).

l'épidémie, le confinement au CTE était une alternative pour les personnes qui ne voulaient pas se faire suivre à leur domicile quelles que soient les raisons. Les agents de la cellule d'alerte²⁴ proposaient aux personnes affectées des solutions qu'elles discutaient ensemble pour qu'elles soient adaptées à chaque situation. Ce fut le cas pour Moussa et Ramatoulaye qui expliquent ci-dessous les raisons de leur décision.

« J'ai accepté d'aller là-bas [au CTE] car je voulais avoir une bonne prise en charge avec des médecins sur place qui pouvaient me suivre correctement. Si j'étais resté à la maison, je n'aurais pas pu être suivi comme il le faut. Notre système de santé n'est pas bien organisé pour assurer un bon suivi à domicile. En plus, tout le monde serait au courant qu'il y a la covid-19 dans notre maison et je voulais à tout prix éviter cela ». (Moussa, homme, 48 ans, Chauffeur de bus)

« Quand la dame de la cellule d'alerte m'a proposé de me faire suivre à mon domicile, j'ai répondu : je ne le préfère pas par ce que c'est un énorme risque car je ne veux pas contaminer les autres personnes de la maison. Donc, c'est mieux que je m'en aille [au CTE] » (Ramatoulaye, Femme, 15-29 ans, étudiante)

Le confinement après arbitrage individuel ou familial

Prendre la décision d'aller se confiner au CTE n'a pas toujours été facile. Si pour certains, le choix a été rapide, d'autres participants ont vécu des moments de stress, d'angoisse, d'hésitation et d'auto-stigmatisation avant de se décider d'aller au CTE. L'expérience de Sylvia ci-dessous est illustrative :

« Dès que j'ai commencé à ressentir les signes (maux de tête, fièvre, courbature et perte d'odorat), j'ai su que c'était la covid-19. Avant de recevoir le résultat du test, je me disais que quelle que soit la situation je vais aller au centre car je ne voudrais pas contaminer ma famille surtout ma mère qui est diabétique et hypertendue. En plus j'étais très rassurée car, vu que je travaille comme assistante sociale au CTE, je savais très bien comment fonctionne le centre, et je savais que j'allais y bénéficier d'une bonne prise en charge [...] On m'a annoncé que le résultat est positif un jeudi vers 14h alors que j'étais assise dans le salon avec mes parents. A ce moment-là j'ai fondu en larmes et ma maman voulait s'approcher de moi, mais je lui en ai empêché en lui disant que mon résultat est finalement positif. Toute la famille était inquiète pour moi et pour ma santé alors que moi, je me sentais coupable d'avoir amené la maladie dans ma famille. J'ai passé tout l'après-midi dans ma chambre à réfléchir sur ce que je vais faire. Je ne voulais pas du tout aller au CTE, mais je ne voulais pas aussi

²⁴ Cette cellule a été mis en place par le ministère de la santé afin d'orienter les personnes affectées par la COVID 19. Elle dispose d'un numéro vert 1919

prendre le risque de rester à la maison et de contaminer ma famille. N'ayant pas pu me décider, vers 19h j'ai appelé mes collègues pour avoir des conseils. Dr Khadija, un des médecins du centre m'a vivement conseillé d'aller au centre pour bénéficier d'une meilleure prise en charge, car le district de KEUR MASSAR²⁵ était débordé en ce moment et ne pourra pas assurer correctement mon suivi à domicile. Je lui ai répondu que j'allais y réfléchir encore un peu. Durant cette nuit, j'étais tellement stressée que je n'ai pas fermé l'œil, et les membres de ma famille n'arrêtaient pas de venir regarder si j'allais bien, et moi je faisais semblant de dormir pour ne pas les inquiéter. Le lendemain, les membres de ma famille se sont mis à désinfecter et à nettoyer tous les objets de la maison que j'ai eu à toucher, et ils étaient vraiment très fatigués. C'est en voyant tout ça que j'ai décidé d'aller au CTE » (Sylvia, Femme, 15-29 ans, Salariée).

L'analyse des entretiens montre que les préoccupations qui ont été prises en compte par les enquêtés dans leur décision de se rendre au CTE alliaient à la fois la volonté de protéger les proches et le souhait de rester auprès d'eux, ce qui génèrait des attitudes ambivalentes. Ainsi, la prise de décision n'a pas été facile, car celle-ci a été influencée par des facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux, et a nécessité un arbitrage individuel et parfois collectif.

Le confinement imposé et subi

La mise en place du dispositif de prise en charge extrahospitalière est marquée, dans ses débuts, par des défaillances dans l'aménagement des CTE. L'urgence sanitaire a engendré des insuffisances dans la préparation et la mise en œuvre de ce dispositif. Durant cette période de l'épidémie, le confinement dans les centres de traitement était la seule stratégie mise en place par les autorités sanitaires pour isoler les PAFB. Les maisons étaient considérées comme des lieux inappropriés à un confinement sécurisé, car la plupart d'entre elles favorisent la promiscuité en abritant 3 personnes en moyenne par pièce (ANSD, 2013). Ainsi, les autorités sanitaires ont fortement incité les PAFB de COVID-19 à aller se confiner dans les CTE afin de minimiser le risque de transmission virale dans les familles. Bien qu'aucune contrainte physique ou juridique directe n'ait été exercée, une minorité parmi les enquêtés a considéré ces incitations comme un acte visant à les obliger à s'isoler dans les centres. Cette perception de coercition est expliquée par la pression normative exercée de diverses manières par de nombreux acteurs du dispositif sur les personnes interrogées. Moustapha par exemple, affirme avoir reçu des menaces de la part d'un agent de la cellule d'alerte : « *J'avais*

²⁵ Le suivi à domicile des personnes affectées par la COVID 19 était assuré par les districts sanitaires.

appelé le numéro vert 1919 [cellule d'alerte] pour savoir si c'était possible que je prenne le traitement à domicile vu que mon état de santé n'était pas grave et que j'habitais seul. La femme que j'ai eue au téléphone m'a clairement dit, avec un ton méprisant, que cela était inadmissible et inenvisageable. Elle ajouta que mon attitude n'était pas digne d'un bon citoyen, et que c'était préférable pour moi d'aller au centre afin de ne pas en subir les conséquences. » (Moustapha, Homme, 30-45 ans, Travailleur indépendant)

Pour cette minorité parmi les enquêtés, le sentiment de coercition est associé à une méfiance alimentée en partie par des scandales médiatiques dénonçant des conditions de vie déplorables dans certains CTE. La frustration était accentuée par l'absence d'informations précises sur les modalités de suivi dans le centre. Ainsi, Arona raconte : *« Un certain monsieur DIOP m'a appelé pour me dire que mon résultat du test covid-19 était positif et que je devais partir au CTE dans l'après-midi même. Il ne m'avait pas donné d'informations claires sur la durée du séjour et sur les affaires que je dois préparer. Il m'avait juste dit que c'était obligatoire de me rendre là-bas et que le centre va tout prendre en charge. Alors, en dehors des habits que je portais, je n'avais rien amené avec moi [...] C'est une fois au centre que je me suis rendu compte que le monsieur m'avait menti [...] C'était difficile pour moi car je n'ai pas de famille à Dakar et j'habitais seul. Je n'avais personne à qui demandé de m'amener mes affaires surtout que j'avais les clés de la chambre avec moi » (Arona, Homme, 30-45 ans, Travailleur indépendant)*

Le confinement imposé et accepté

Enfin, certaines personnes rapportent qu'elles n'ont eu qu'une faible marge de choix pour entrer en confinement mais qu'elles se sont adaptées. Ainsi, Sadio raconte : *« Je ne voulais pas du tout aller au CTE. Avec tout ce qu'on entendait sur les médias et réseaux sociaux, j'avais peur d'y aller. Mais les gens du ministère m'avaient dit que s'était risqué de rester chez moi car mes parents sont vieux et atteints de diabète et hypertension [...] J'avais cherché partout un endroit où je pouvais m'isoler sans aller au centre, mais je n'avais rien trouvé [...] Finalement c'est une de mes cousines qui m'avait rassuré en me disant que le CTE est bien aménagé et que c'est propre, etc. [...] Elle m'avait expliqué tout ce qu'il y avait à savoir sur le centre, car elle a été admise là-bas [...] Même si je n'ai pas eu d'autres choix que d'aller au centre, j'ai bien apprécié la qualité de la prise en charge que nous avons bénéficié là-bas [...] Comme l'avait expliqué ma cousine, les chambres sont individuelles et propres. Finalement mon séjour s'est bien passé et je ne m'attendais pas à cela. » (Sadio, Femme, 30-45 ans, salariée).*

3.2 La qualité de la prise en charge

Toutes les personnes interrogées affirment avoir bénéficié d'une prise en charge de qualité contrairement à leurs attentes et à ce qu'elles ont pu entendre dans les médias et réseaux sociaux. Des défaillances ont été révélées par l'observation participante : services d'appels comme le SAMU et la cellule d'alerte parfois inaccessibles, lenteurs dans la réalisation des tests diagnostic avant le séjour au CTE, retards dans le transport vers le centre et lors du retour à domicile, longues attentes à l'entrée du centre, pannes de machines occasionnant des retards dans la décontamination des vêtements des patients, etc. Mais les personnes interrogées ont majoritairement considéré la prise en charge comme acceptable. Les récits permettent d'identifier trois aspects qui ont contribué à cet avis.

3.2.1 La dimension humaine de la prise en charge

Le dispositif d'isolement et prise en charge extrahospitalière des PAFB de la COVID-19 a été perçu par la quasi-totalité des personnes interrogées comme humaine, car prenant en compte les préoccupations de celles-ci. La dimension humaine est retrouvée dans plusieurs aspects de la prise en charge.

Adaptation des protocoles

Les données recueillies montrent que certains aspects de la prise en charge ont été adaptés en fonction des situations individuelles ou collectives. Ainsi, Aboubacar et Abdou, particulièrement satisfaits de la prise en charge, racontent respectivement leur vécu :

« Ils ont fait le test covid chez moi [...] Ils sont venus avec leur voiture, c'était un pick-up et non une ambulance. Ils avaient avec eux des sacs contenant leurs déguisements [Equipement de protection individuelle]. C'est quand ils sont arrivés jusqu'à la porte de mon appartement, qu'ils ont porté les déguisements. Par la suite, ils sont rentrés pour me faire le prélèvement ainsi que le test. Après, ils se sont déshabillés avant de sortir de l'immeuble pour ne pas que les autres résidents les voient. »
(Ababacar, Homme, 30-45 ans, salarié)

« J'ai beaucoup apprécié la compréhension du chauffeur de l'ambulance : il était compréhensif parce qu'il pouvait venir se garer devant ma maison et frapper à ma porte, mais ce n'est pas le cas. Il a décidé de se garer dans un endroit reculé et sombre du quartier pour que je puisse le rejoindre là-bas avec discrétion » (Abdou, homme, 30-45 ans, Travailleur indépendant)

L'observation participante montre que certains acteurs ont enfreint des règles établies par les autorités sanitaires afin de satisfaire les besoins des confinés. C'est l'exemple des fumeurs pour qui, le règlement du centre n'autorisait pas la satisfaction du besoin de fumer. Conscients des effets néfastes de cette restriction, certains soignants ont pris l'initiative individuelle de montrer des coins reculés à des fumeurs afin que ces derniers puissent satisfaire ce besoin en cachette. C'est également l'exemple de Saliou, un militaire en service, à qui un des responsables du centre a autorisé le port d'arme (couteau de combat) car ayant une valeur sentimentale, alors que le règlement interdisait la possession d'objets dangereux par les confinés.

Interactions entre acteurs de la prise en charge et confinés

La dimension humaine de la prise en charge a également été perçue dans les interactions quotidiennes entre confinés et soignants²⁶. Ces derniers ont fait preuve d'empathie et de disponibilité à l'égard des confinés. Contrairement à ce qu'il est d'usage de faire dans le système de santé public (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003), les proches ne pouvaient pas, dans le CTE, s'acquitter d'une partie des soins. De fait, certains acteurs de la prise en charge ont été amenés à effectuer des tâches qui ne faisaient pas partie de leurs objectifs de travail : courses (achat de fruits, crédits téléphoniques, miel, etc.), livraisons et récupérations de colis. Le récit ci-dessous d'Arona est illustratif : *« Comme je vous l'ai dit tout à l'heure, je suis parti au centre sans amener mes affaires, car le gars du ministère m'avait dit qu'une fois là-bas ils allaient tout gérer. Au bout de quatre (04) jours, mes habits étaient très sales [...] J'avais les clés de ma chambre avec moi. De ce fait, je ne pouvais pas demander à un des amis d'amener mes affaires [...] Finalement, c'est un agent du centre, je crois que c'était un hygiéniste qui était parti récupérer mes affaires pour me les amener. Vraiment le gars a été très gentil... »* (Arona, Homme, 30-45 ans, Travailleur indépendant).

Le respect des valeurs socio-culturelles

En fin, l'organisation de la prise en charge dans le CTE a pris en compte les valeurs socio-culturelles qui encadrent les interactions entre hommes et femmes, comme les règles de pudeur. La plupart des personnes interrogées ont apprécié l'intimité des chambres individuelles et la séparation des locaux de confinement des hommes et des femmes. Pour Khoudia : *« Avant d'aller au centre, je pensais qu'on serait dans des espaces communs comme à l'hôpital et cela me faisait un peu peur [...] Une fois là-bas, j'ai trouvé des chambres individuelles bien aménagées, très calmes et on était*

²⁶ Nous faisons référence ici à l'ensemble des acteurs intervenants dans le CTE qu'ils soient médicaux, paramédicaux, volontaires de la Croix-Rouge, hygiénistes, etc.

séparé des hommes [...] C'était vraiment confortable et il y avait de l'intimité, chacun pouvait rester tranquillement dans sa chambre sans qu'on te dérange » (Khoudia, Femme, 46-59 ans, salariée).

3.2.2 La prise en charge médico-psychologique

L'analyse des données recueillies montre que les enquêtés ont bénéficié d'une prise en charge médico-psychologique. Globalement, elle a été perçue pour la plupart des personnes interrogées comme acceptable et de bonne qualité. Sur le plan bioclinique, l'association médicamenteuse constituée par l'hydroxychloroquine et l'azythromycine a été administrée aux confinés consentants dans le cadre d'un essai clinique²⁷. La prise en charge médicale comprenait également le traitement des autres pathologies qui n'ont rien en commun avec la COVID-19. Deux enquêtés rapportent avoir reçu un traitement et un suivi médical adéquat pour une hypertension artérielle et un ulcère gastrique. Sur le plan psychologique, les autorités sanitaires ont mis en place, dès le début de l'épidémie, une cellule chargée de suivre les personnes affectées et leurs familles, ainsi que les contacts. Au CTE de Yoff, un projet d'intervention psychosociale a permis de renforcer l'action de cette cellule. Des assistants sociaux ont été mobilisés pour assurer l'accompagnement psychologique des confinés. Deux médecins psychiatriques ont été également mis à disposition pour prendre en charge les troubles psychiatriques. Les entretiens permettent d'identifier deux temps essentiels dans la prise en charge à savoir : l'accueil et le suivi quotidien.

L'accueil des confinés

Pour chaque nouvelle admission, l'organisation de la prise en charge prévoyait un accueil durant laquelle une consultation médicale est effectuée par un médecin, et des informations relatives aux modalités de prise en charge sont apportées. Certains enquêtés ont perçue cet accueil comme satisfaisante. Safiétou est de cet avis, et elle livre son expérience en ces termes : *« Je suis arrivée au CTE de Yoff à bord d'une ambulance aux environs de 20h [...] J'ai patienté pendant longtemps. Par la suite un médecin portant un déguisement [Équipement de Protection Individuelle] est venu vers moi, il m'a saluée et m'a demandé de le suivre avec mes bagages [...] Le médecin m'a amenée dans la chambre numéro douze (12) pour m'y installer [...] Il m'a rassurée en m'expliquant les modalités de séjour et de prise en charge [...] Par la suite, le médecin m'a demandé si j'avais des*

²⁷ Dès le début de l'épidémie au Sénégal, les autorités sanitaires ont opté pour la l'hydroxychloroquine associée à l'azythromycine pour le traitement médical des cas confirmés. Afin de consolider les résultats préliminaires qui prouvent l'efficacité de ce traitement, Pr. Seydi, responsable de la prise en charge médicale des personnes affectées, avait mis en place un essai clinique impliquant tous les CTE et hôpitaux.

symptômes, il m'a examinée et avant de partir il m'a conseillée d'appeler sur le numéro de garde en cas de besoin ». (Safiétou, Femme, 30-45, salariée). D'autres enquêtés par contre ont fustigé la manière dont ils ont été accueillis, et c'est ce que Alassane explique en ces termes : « *Quand je suis arrivé au centre, je suis resté pendant trois (03) jours sans recevoir de traitement, ni d'informations sur la durée de mon séjour. Ils m'avaient juste accueilli en me montrant ma chambre [...] Ce n'est qu'après trois jours qu'une assistante sociale m'a appelé pour me donner des informations claires. Je trouve cela anormale* ». (Alassane, Homme, 30-45 ans, salarié). L'observation participante révèle que la qualité de l'accueil des nouveaux arrivants était variable selon les équipes de garde et le jour d'admission. Certaines équipes étaient plus accueillantes que d'autres, et les personnes qui étaient admises durant le week-end restaient, le plus souvent, sans informations jusqu'à le lundi. Ce problème avait été soulevé à plusieurs reprises par les assistants sociaux qui, à cette période, ne travaillaient pas les week-ends. Devant la persistance du problème, les assistants sociaux se sont organisés pour assurer le « counseling d'entrée » via des appels téléphoniques pendant les week-ends. Durant ces appels téléphoniques, les assistants sociaux fournissaient aux nouveaux admis des informations relatives à leur maladie et aux modalités de la prise en charge.

Suivi régulier

Un suivi médical était effectué régulièrement par l'équipe soignante. Maimouna explique que « *Chaque matin, les infirmières venaient nous voir pour savoir comment nous allions. Ensuite, elles prennent notre tension et température [...] Chaque deux jours elles nous faisaient des prélèvements sanguins et des tests COVID-19* » (Maimouna, Femme, 30-45ans, Travailleuse pour quelqu'un sans contrat). Conformément aux recommandations de l'OMS (OMS, 2020c), des tests diagnostic sont réalisés, pour tous les confinés, à des intervalles réguliers de 48h. Une personne est déclarée guérie si deux tests successifs sont négatifs. L'obtention des résultats des tests au moment de la guérison a été perçue comme difficile pour certains enquêtés. Ce fut le cas pour Aziz qui raconte : « *On était obligé d'appeler nous même pour savoir si notre résultat du test covid est disponible ou non [...] Dès fois, j'appelais de gauche à droite en passant par les infirmières ou les assistants sociaux ou encore les hygiénistes. Les médecins, de toute façon, ils ne répondent jamais [...] Il arrivait qu'un malade effectue son deuxième test sans pour autant recevoir le résultat du premier.* » (Aziz, Homme, 30-45 ans, travailleur indépendant). Lamarana quant à lui, affirme : « *Je me souviens qu'une fois, un de mes voisins avait reçu les résultats de son test covid 19 avant moi alors que j'avais fait le test deux jours avant lui. Quand j'avais appelé sur le numéro de garde pour demander si mes résultats étaient disponibles, le médecin m'avait dit juste non, et sans d'autres explications* » (Lamarana, Homme, 15-29 ans, travailleur indépendant). Pour ces enquêtés, le séjour au CTE s'est fait dans une période

marquée par des changements dans la stratégie de dépistage des cas suspects et de contrôle des cas confirmés. Cette période de changement de la politique de dépistage était associée à des perturbations majeures dans le rendu des résultats des tests effectués par l'Institut Pasteur de Dakar, IRESSEF²⁸. En dehors de ces quelques situations spécifiques, la délivrance des résultats autorisant le retour à domicile n'a pas posé beaucoup de problèmes.

Sur le plan psychosocial, les assistants sociaux appelaient les confinés de manière régulière afin d'identifier leurs besoins (psychologiques et matériels). Ils étaient également accessibles en permanence à travers leur numéro de téléphone. Pour certains enquêtés, l'accompagnement s'est poursuivi même après le retour à domicile. Il a permis d'identifier des personnes ayant présenté des troubles psychiatriques graves, et de référer celles-ci vers un service spécialisé. L'exemple Idiatou est une parfaite illustration de cet accompagnement psychosocial, et son expérience est résumé ci-dessous :

La mère d'Idiatou est décédée suite à une complication pulmonaire de la COVID-19, diagnostiquée tardivement. Le lendemain de son enterrement, Idiatou s'est plaint de fatigue intense associée à des courbatures et de la fièvre. Les dépistages systématiques, réalisés dans le cadre du suivi des contacts, ont montré que Idiatou ainsi que son petit frère et ses deux belles-sœurs sont affectés par la COVID-19. La jeune femme avait préféré se confiner au CTE pour éviter de contaminer son mari et ses enfants. Lors de son séjour au centre, Idiatou faisait des cauchemars dans lesquels elle revivait les événements qui se sont déroulés lorsque sa maman était à l'agonie. Ayant été averti de la situation, un assistant social avait proposé à Idiatou, un suivi psychiatrique par téléphone auprès du spécialiste qui intervient dans la prise en charge des confinés. La santé mentale de la jeune femme s'est beaucoup améliorée grâce à ce suivi. Le retour à domicile, après 10 jours de confinement, était marqué par des difficultés dans la reprise de l'activité professionnelle. En effet, Idiatou avait constamment peur d'être re-contaminé par ses patients. Néanmoins, la jeune femme a pu reprendre une vie familiale et professionnelle équilibrée grâce au suivi psychiatrique qui s'est poursuivi même après son retour à domicile. (Résumé : Idiatou, 30-45, salariée)

Plaintes des PAFB et écueils dans la prise en charge

²⁸ Institut de recherche en santé de surveillance épidémiologique et de formation.

L'observation participante a révélé des retards dans la réponse aux urgences médicales. Une des enquêtés affirme avoir vécu une situation similaire. Ramatoulaye raconte son expérience en ces termes : *« J'avais fait une réaction allergique, j'étouffais et je n'arrivais plus à respirer. Mais, malheureusement quand j'ai appelé sur le numéro qu'on nous avait donné en cas de problèmes, ils ont tardé à venir. Donc, j'étouffais et heureusement que les autres patientes sont venues m'aider parce que je n'arrivais plus à respirer, je ne pouvais rien faire et je n'arrivais plus à me tenir debout. Donc, j'ai attendu près d'une heure pour voir un médecin. Je vomissais et c'était insupportable. Je n'avais pas d'assistance en dehors des autres patientes. On appelait et ils disaient qu'ils arrivent [...] je me dis que, si c'était vraiment grave je n'aurais pas pu attendre tout ce temps car je serais morte avant qu'ils n'arrivent. Heureusement qu'une infirmière était venue à temps »* (Ramatoulaye, Femme, 15-29 ans, Etudiante). Ce retard dans la réponse aux urgences médicales est lié à deux raisons. D'une part, le CTE ne dispose pas d'un protocole bien défini en matière de gestion des urgences, car celui-ci est sensé n'accueillir que des personnes ayant des manifestations bénignes. D'autre part, le port des EPI, obligatoire selon les normes de sécurité, est chronophage.

Les récits montrent également des défaillances dans la communication entre personnel médical et confinés. Pourtant, les responsables du CTE ont, dès le début, mis en place une ligne téléphonique qui permet aux confinés de joindre l'équipe médicale à n'importe quelle heure. Le numéro de garde était affiché dans toutes les chambres et parties communes des locaux d'hébergement. Cependant, la plupart des enquêtés rapporte que les médecins répondaient rarement à leurs appels. Bourama explique que : *« La seule chose que je déplore est que les médecins ne répondaient pas quand les malades les appelaient. Ils laissaient le téléphone sonner dans le vide, et c'était vraiment déplorable [...] Dès fois, certains de mes voisins appelaient pour demander des médicaments, car ils avaient des maux de tête. Mais personne ne répondait »* (Bourama, Homme, 30-45 ans, Travailleur indépendant). Pour contourner cette difficulté, les confinés avaient pris l'habitude d'appeler directement les autres acteurs de la prise en charge : assistants sociaux, infirmières, hygiénistes et volontaires de la Croix-Rouge. Ces derniers relayaient leurs besoins à l'équipe médicale de garde. Lors de la mise en œuvre du projet d'intervention psychosociale, mes collègues et moi ont reçu à plusieurs reprises, parfois en dehors des heures de travail et à des heures tardives, des appels de détresses émis par des confinés. Lors de ces appels, certaines des préoccupations des confinés étaient purement médicales. Ces difficultés de communication sont en partie expliquées par une démotivation de certains soignants. Disposant d'un statut d'étudiant, les médecins doctorants ont été sollicités et engagés par le COUS sur la base d'un contrat moral afin d'appuyer les équipes de terrain dans les CTE. Cependant, ils sont restés sans statut ni salaire, ni de prime de risque, et n'ont

perçu qu'une motivation mensuelle qui ne leur permet pas de satisfaire leurs besoins²⁹. L'interruption momentanée du versement de cette motivation avait poussé ces médecins doctorants à aller en grève pendant 48h (Dieng, 2020). Démotivés et préoccupés par la non reconnaissance de leur statut, ces soignants ont ainsi négligé la communication avec les confinés.

3.2.3 La satisfaction des besoins de base

Les récits montrent que le dispositif de prise en charge a permis la satisfaction des besoins de base de la totalité des enquêtés. Nous avons identifié deux aspects qui ont participé à cette perception.

La restauration gratuite

Le ministère de la santé a engagé un service de restauration spécialement dédié aux centres de traitement des épidémies. Ce service a assuré la préparation gratuite de repas équilibrés à l'ensemble des confinés. Les agents de la Croix-Rouge se chargeaient de la distribution de ces repas (trois fois par jour conformément aux habitudes alimentaires sénégalaises). Ils sont emballés sous forme de kits contenant : une bouteille d'eau, deux fruits, une barquette plastique contenant le plat du jour, une canette de jus de fruit et des mouchoirs. Des micro-ondes à usage collectif sont installés dans les résidences afin de permettre aux confinés de réchauffer les repas si besoin. Par ailleurs, les confinés ont la possibilité de proposer leur propre menu par appel téléphonique. Des fiches mentionnant le menu hebdomadaire et le numéro du service client sont affichés dans toutes les chambres et parties communes. Les confinés qui voulaient avoir un menu différent de celui proposé devaient passer leurs commandes avant 11h pour le déjeuner et 17h pour le dîner. Cependant, les entretiens ont révélé des préoccupations alimentaires jugées mineures par les enquêtés. Il s'agit essentiellement de la froideur des repas qui est expliquée par deux raisons:

- des pannes récurrentes des micro-ondes à usage collectif
- le choix volontaire de ne pas utiliser ces matériaux par peur d'une re-contamination.

Un enquêté rapporte avoir rencontré des difficultés à bien s'alimenter : « *Vous savez, j'ai un ulcère de l'estomac qui m'oblige à bien choisir mon alimentation. Les repas qu'on nous donnait là-bas [au CTE] étaient bons et équilibrés, car on avait même du dessert (fruits et jus), mais cela me faisait mal au ventre. Parfois, je restais sans manger au déjeuner pour éviter l'huile [...] On m'avait dit que je pouvais commander directement ce que je voulais manger, mais je ne voulais pas déranger les gens*

²⁹ Circulaire du Collectif des doctorants des CTE « Circulaire d'information du 25/06/2020 » (Figure 3)

pour ça. En plus, le séjour au centre était temporaire. » (Malal, Homme, 46-59 ans, Travailleur indépendant)

La satisfaction des besoins d'ordre matériel

Le dispositif d'isolement et prise en charge est également caractérisé par sa capacité à répondre aux besoins matériels des confinés. En ce sens, le centre disposait d'un stock de matériaux dont la gestion était assurée conjointement par le service social et la pharmacie. L'une des missions des volontaires de la Croix-Rouge était la préparation de kits d'entrée (Tableau 4). Ces kits sont remis à l'ensemble des confinés lors de l'admission. De plus, les confinés avaient la possibilité d'exprimer leurs besoins matériels qui sont dans la plupart du temps satisfaits. Les principaux besoins qui ont été exprimés par les enquêtés sont résumés dans le tableau 5. Une équipe d'assistants sociaux assuraient l'identification, la préparation et le suivi de la satisfaction de ces besoins. Cependant, l'observation participante a permis d'identifier des besoins matériels qui n'ont pas été satisfaits par le dispositif, et cela malgré plusieurs sollicitations. Il s'agit essentiellement de : Bouilloires et Micro-ondes à usage individuelle, ballons de yoga et tapis de sport, parfum et pompe anti-moustique. Les raisons de cette insatisfaction sont doubles :

- Les normes de sécurité n'autorisaient pas la distribution de bouilloires et micro-ondes pour un usage individuel
- Les ressources disponibles ne permettaient pas de satisfaire les besoins exceptionnels (tapis de sport, ballons de yoga, etc.).

Par ailleurs, les proches avaient la possibilité d'amener des affaires pour les confinés. Les hygiénistes³⁰ vérifiaient l'absence d'objets dangereux (armes, appareils défectueux, etc.) et désinfectaient l'ensemble de ces affaires avec de la Chlore avant de les remettre aux confinés.

Tableau 4 : Listes des objets distribués à l'arrivée des confinés

³⁰ Comme dans le milieu hospitalier, plusieurs professionnels interviennent dans le CTE. Chaque corps assure des tâches spécifiques. Les hygiénistes sont chargés de désinfecter les locaux, les affaires des confinés, les EPI, etc.

Une serviette

Trois savons

Deux brosses à dent

Une pâte dentifrice

Un gel hydro alcoolique

Deux draps et une couverture

Un paquet de mouchoirs

Deux tasses à boire

Deux cuillères

Détergents

Tableau 5 : Principaux besoins d'ordre matériel exprimés par les confinés

Kits de prières : tapis, habits pour homme et/ou femme et voile, chapelet

Habits

Produits sanitaires : détergents, gels, mouchoirs, etc.

Moustiquaires,

Jouets pour enfant et friandises,

Sandales.

3.3 Les effets socio-économiques

L'analyse des données permet d'identifier plusieurs effets socio-économiques liés au dispositif de prise en charge extrahospitalière. Certains de ces effets ont été anticipés par le dispositif à travers des mesures d'appui alimentaire et financier.

3.3.1 Types d'effets socio-économiques

Les conséquences du confinement, pour les personnes interrogées, sont essentiellement économiques. Elles sont liées à l'interruption temporaire ou définitive de l'activité professionnelle. Ces effets ont été plus marqués pour les personnes travaillant dans le secteur informel, domaine qui polarise 96,4% des emplois au Sénégal (ANSD, 2019). Woury, l'un des enquêtés travaillant dans le secteur informel a perdu complétement son activité professionnelle à cause du confinement au CTE. Il livre son histoire en ces termes : « *Comme vous le savez déjà, je suis un commerçant. Je vendais des fruits dans un petit kiosque au centre-ville. Mais j'ai tout perdu à cause de la maladie. Quand j'étais au centre, je n'avais pas quelqu'un qui pouvait me remplacer. J'avais laissé ma femme et mes trois enfants à la maison. Ne sachant pas parler le wolof³¹, ma femme ne pouvait pas me substituer [...] Lors d'une forte pluie, alors que j'étais toujours au centre, le kiosque s'est inondé, car*

³¹ Langue nationale du Sénégal. A côté du Français, le wolof est la langue la plus parlée au Sénégal.

*il y avait un trou sur le plafond, et toute ma marchandise s'est gâtée [...] depuis, je n'arrive pas à trouver un travail stable » (Woury, Homme, 30-45 ans, Travailleurs indépendant). Pour certains enquêtés, les conséquences économiques ont eu des retentissements sur leur vie sociale : impossibilité de satisfaire les besoins familiaux, difficultés dans l'acquittement des frais médicaux, endettements et perte d'estime vis-à-vis de la famille. Ousmane raconte que : « *Un jour, ma femme était tombée malade, elle souffrait beaucoup. Elle m'avait appelé pour me demander de l'argent pour aller consulter un médecin, mais je n'avais pas d'argent vu que j'étais resté une semaine sans travailler [...] Elle s'est débrouillée pour trouver l'argent nécessaire pour la consultation médicale. Cependant, le médecin avait décidé de l'hospitaliser compte tenu de la gravité de sa maladie [...] Je m'étais mis à emprunter de gauche à droite afin de s'acquitter des frais médicaux [...] La situation était difficile à tel point que j'avais décidé de quitter le centre » (Ousmane, Homme, 46-59 ans, travailleur indépendant).**

Pour les personnes travaillant dans le secteur formel, la délivrance d'un certificat de guérison a suffi, dans la plupart du temps, à justifier, auprès de leurs employeurs, l'arrêt momentané de l'activité professionnelle. Ce fut le cas pour Diogaye qui explique : « *Je n'ai eu aucun souci pour mon travail [...] Dès qu'on m'a dit que j'étais positif à la COVID-19, j'ai averti mon patron [...] J'ai même reçu une somme de 50 000 FCFA comme indemnité [...] Après ma guérison, j'ai remis au RH le certificat de guérison qu'on m'avait donné au centre pour justifier mon absence. J'avais même eu un repos supplémentaire de 15 jours » (Diogaye, homme, 30-45 ans, salarié). Par contre, pour deux enquêtés du secteur formel, l'immobilisation non anticipée de l'activité professionnelle a généré des difficultés avec l'employeur qui se sont traduites par un licenciement. L'exemple le plus flagrant est celui de Tafsir, à qui son entreprise a remis un préavis de fin de contrat deux jours après son retour à domicile.*

« Je travaillais dans une société qu'on appelle CSE, mais on nous a mis au chômage à cause de la COVID-19. Dès que je suis sorti du centre [CTE] l'administration m'a remis un préavis de fin de contrat et je ne savais pas pourquoi, car il me restait encore deux ans sur le contrat [...] Le contrat était formel, le voici, regardez [...] Normalement, quand mes collègues et moi sommes rentrés de mission [pour le compte de l'entreprise] en provenance de Sierra Leone, nous étions censés être en congé hivernal. C'est à l'aéroport qu'on nous a dépisté positif [...] Certains de mes collègues voulaient porter plainte, mais ça n'en valait pas la peine car on ne peut pas gagner face à eux. » (Tafsir, Homme, 46-59 ans, salarié)

Les entretiens ont également permis d'identifier des effets sociaux liés à la volonté de certains enquêtés de ne pas partager leurs expériences de maladie. Si la plupart des confinés avait informé leurs proches et/ou collègues de leur maladie, une minorité avait jugé nécessaire de ne pas divulguer leur état de santé. Les raisons avancées, par cette minorité sont diverses, mais elles visaient toutes à ne pas inquiéter leurs proches. Pour l'une des enquêtés, cette volonté de ne pas partager des informations relatives à sa maladie a générée des difficultés concernant la garde de sa fille. Mariama, raconte : « *Mon mari était la seule personne au courant de ma maladie. A chaque fois qu'un membre de ma belle-famille me demandait ou j'étais, je répondais que je suis à l'hôpital et qu'en raison de l'épidémie tout le personnel est très sollicité [...] Au bout de cinq jours, les gens en avaient marre de garder tout le temps ma fille. Mon mari était en voyage et ma belle-famille n'arrêtaient pas de m'appeler pour me dire que j'ai abandonné ma fille* » (Mariama, Femmes, 30-45 ans, Travailleuse pour quelqu'un sans contrat).

3.3.2 Mesures d'accompagnement socio-économique

Afin de soulager les conséquences socio-économiques décrites précédemment, les responsables du CTE ont, dès le début, mis en place des mesures d'appuis ponctuels. Les aides ont été obtenues après une haute lutte menée par les responsables du CTE. En effet, les autorités ministérielles n'ont pas mis en place de mesures d'appui aux confinés dans les CTE. De ce fait, c'est grâce à un fort engagement des responsables du CTE que les certains confinés ont pu bénéficier d'aides. Il est arrivé à maintes reprises que les acteurs de la prise en charge se cotisent afin de venir en aide à des confinés qui sont en difficultés socio-économiques. Ces mesures d'appui ont été indispensable, mais perçues comme insuffisantes. Elles ont revêtu trois formes : alimentaire, financier et administratif (médiation).

Appui alimentaire

Seules les personnes qui étaient dans une situation de vulnérabilité pouvaient bénéficier d'une aide alimentaire. Cette dernière était adaptée aux besoins de chaque bénéficiaire, mais ne dépassait pas une valeur de 30.000 FCFA (environ 46 euros). De plus, elle n'était pas renouvelable. Deux enquêtés ont bénéficié de cette aide alimentaire. Maissa, un travailleur indépendant de 30-45 ans, a reçu un sac de riz (50kg), une bouteille d'huile (5kg), un sac d'oignon et des condiments. Aicha, quant à elle considère que l'aide alimentaire est insuffisante. Elle explique: « *Quand l'assistante sociale m'a appelé pour me dire que je vais bénéficier d'une aide, j'étais très contente et soulagée. Une fois chez moi, elle m'a informé que les courses ne devaient pas dépasser 30.000 FCFA [...] Au marché c'était*

très difficile de savoir quoi prendre avec cette somme limitée [...] Au final, j'ai pu acheter un sac de riz (25kg), une bouteille d'huile (5kg), du lait en poudre et du sucre. C'est ça dont je me rappelle et heureusement que l'assistante sociale a complété une partie de l'argent » (Aicha, Femme, 30-45 ans, sans emploi).

Appui financier

L'aide financière quant à elle était destinée uniquement à relancer l'activité professionnelle de certains confinés ayant rencontré d'énormes difficultés dans leur travail. Les personnes qui travaillaient dans le secteur formel étaient exclues de cette assistance quel que soit leur statut et revenu. L'observation participante révèle que rares sont les personnes qui ont bénéficié de cette aide. Nous avons identifié un seul confiné à qui les responsables du centre ont remis, via une assistante sociale, une somme de 30.000 FCFA (environ 46 euros).

Appui administratif et médiation

L'analyse des entretiens montre également que deux enquêtés ayant été licenciés à cause du confinement, ont bénéficié d'un accompagnement administratif. Le CTE avait sollicité l'association des juristes du Sénégal (AJS) pour venir en aide à ces deux personnes. Après quelques jours de médiation, par l'AJS, ces deux personnes interrogées ont récupéré leur travail. Khady est l'une des bénéficiaires de cet appui administratif. Elle explique : « *Quand mon patron m'avait licencié, j'avais appelé Hélène, une des assistantes sociales du centre pour lui demander de l'aide. Elle m'avait mis en rapport avec une certaine Seynabou [la responsable du service social du CTE] [...] Par la suite Seynabou m'avait mis en rapport avec un avocat, un certain M. DIOP. C'est cet avocat qui a géré mon dossier auprès de mon employeur jusqu'à ce qu'on me reprenne [...] Certes mon patron a coupé une partie de mon salaire pour les jours que je n'ai pas travaillé, mais j'ai repris mon travail et c'est le plus important pour moi » (Khady, Femme, 30-45 ans, Travailleuse pour quelqu'un sans contrat).*

3.4 Les sens du confinement au CTE

L'analyse des données recueillies montre que le confinement au CTE prend trois formes de significations dont l'importance relative varie en fonction du temps et des situations individuelles.

Le confinement comme précaution de biosécurité

Pour l'ensemble des enquêtés, les premiers jours au CTE ont été marqués par une anxiété et la peur d'une re-contamination liée au partage des toilettes et l'utilisation des matériaux collectifs comme les micro-ondes, bouilloires, etc. Cette anxiété a été exacerbée par l'isolement dans une petite

chambre, parfois privés des objets personnels et l'absence de contact physique avec les proches. La plupart des personnes interrogées déclare avoir souffert d'insomnie due à l'anxiété pendant les trois premiers jours. Seydi raconte : « *Les premiers jours je n'arrivais pas à dormir correctement. Je n'arrivais pas à croire que je suis malade, et j'avais constamment peur [...] Je pense que le fait d'être seul dans une chambre qui ne nous appartient pas était le plus difficile surtout si on n'est pas habitué à cela [...] en plus, les membres de ma famille n'arrêtaient pas de m'appeler à chaque instant pour me demander si j'allais bien* » (Seydi, homme, 30-45 ans, travailleur pour quelqu'un sans contrat). Pour la quasi-totalité des personnes interrogées, les premiers jours ont été également marqués par une application maximaliste des mesures de biosécurité comme le port du masque, l'utilisation excessive du gel hydroalcoolique, etc. Le récit de Pauline illustre bien cette situation : « *Quand je suis arrivé au centre, je suis resté deux jours sans sortir de ma chambre. J'avais peur de toucher des objets que les autres malades ont dû toucher. Je passais la serre pierre chaque deux heures, et je nettoçais les objets régulièrement surtout les poignets de la porte. C'était devenu une sorte d'obsession. Je portais mon masque même quand j'étais seule dans la chambre [...] Pour éviter d'aller aux toilettes communes, je faisais pipi dans un seau, et la nuit j'allais versais les urines.* » (Pauline, Femme, 30-45 ans, Travailleuse indépendante).

Le confinement comme producteur de liens sociaux

Très vite, ces mesures maximalistes se sont atténuées et ont laissé la place à des dynamiques communautaires et de solidarité entre confinés. Certains parmi eux ont initié des activités collectives visant à lutter contre l'ennui occasionné par l'isolement dans les chambres. Ces initiatives sont parties du constat général de l'insalubrité des toilettes communes malgré le travail du service de nettoyage. Dans ce contexte, des confinés se sont portés volontaire pour nettoyer les toilettes de manière régulière en appui au service de nettoyage. Cette proposition a été appréciée par les responsables du CTE, qui ont mis à leurs dispositions tout le matériel nécessaire pour que le nettoyage soit effectué dans le respect des mesures de sécurité. Rapidement, d'autres activités se sont mises en place. Les données recueillies montrent que ces initiatives étaient plus marquées chez les femmes et étaient réalisées dans le respect total de la distanciation sociale. Le témoignage ci-dessous de sylvia est illustratif de ces dynamiques de solidarité entre les confinés : « *Ce sont des initiatives qui étaient mise en place par les femmes qui sont là-bas [CTE]. On faisait du sport deux fois par semaines, mais ce n'était pas obligatoire [...] On faisait le sport avec beaucoup d'ambiance parce qu'on mettait des vidéos de fitness avec nos téléphones. On se mettait à danser et à s'amuser [...] On prenait également les repas tous ensemble, c'est-à-dire le déjeuner et le diner.*

Celles qui voulaient sortir pour qu'on mange ensemble se mettaient devant leurs portes afin de

*Thierno Madiou DIALLO - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé
Publique de l'Université Rennes 2 & de l'UBO - année 2019-2020*

respecter la distanciation sociale. Il nous arrivait de passer beaucoup de temps à discuter : chacun partageait son expérience et cela nous a beaucoup aidés à supporter le confinement [...] Les médecins venaient nous regarder à travers la vitre lors des fitness, et ils étaient contents de nous voir dans cette joie de vivre. On savait tous qu'on était malade, mais au moins on avait la joie de vivre [...] Le jour de ma sortie du centre, suite à l'annonce de mon résultat, j'étais à la fois très contente et triste. Très contente car j'allais enfin rentrer chez moi pour retrouver ma famille, mais triste parce que je devais me séparer de mes autres sœurs, tantes et amies que j'avais connues sur place » (Sylvia, femme, 15-29 ans, Salariée). Certaines confinées avaient même pris l'initiative d'effectuer un travail d'accueil et d'orientation des nouvelles arrivantes, qui à la base est fait par l'équipe soignant. L'observation participante a révélé également que les hommes faisaient eux également des activités sportives en groupe. Ces dynamiques de solidarité se sont pérennisées par la suite et ont abouti à la création de véritables liens sociaux. Les récits montrent l'existence de dynamiques de solidarité entre les personnes déclarées guéries de la COVID-19 par le CTE. Ainsi Tafsir raconte : « Je m'entendais bien avec l'un d'entre eux. D'ailleurs il est rentré à Gounass³² c'est là-bas qu'il habite. Même avant-hier il m'a envoyé dix mille francs. Je l'avais appelé pour qu'il me dépanne » Tafsir, homme, 46-50 ans, salarié). Des anciens confinés ont effectué une dotation matérielle à l'endroit des personnes admises dans le CTE. Un projet de création d'une association de personnes guéries de la COVID-19 a été déposé auprès des services publics, et une assemblée générale a été tenue en ligne. Cette implication des personnes affectées dans leur propre prise en charge a permis d'améliorer celle-ci et a favorisé l'adhésion des confinés.

Le confinement comme un enfermement contesté et transgressé

Si tous les enquêtés affirment avoir bien vécu le confinement, l'observation participante révèle que celui-ci était considéré, par une minorité, comme un enfermement qu'elle a contesté. Cette minorité avait deux profils :

- Des personnes asymptomatiques dont le diagnostic de COVID-19 a été fait lors d'un dépistage systématique dans le cadre du suivi des contacts.
- Des confinés ayant d'énormes difficultés socio-économiques liées à l'interruption de leurs activités professionnelles.

³² Une ville dans le centre du Sénégal

Du fait de l'absence de signes de la maladie, les personnes asymptomatiques ne se considéraient pas comme malades. De ce fait, ces derniers n'arrivaient pas à supporter le fait d'être confinés pendant des jours d'autant plus qu'ils ne percevaient pas l'utilité de cette mesure. Quant aux autres, ils faisaient face à d'énormes difficultés socio-économiques dont le dispositif de prise en charge n'arrivait pas à solutionner. Nous avons identifié diverses formes de contestations et transgressions :

- des insultes envers le personnel soignant,
- refus de prises de médicaments,
- grève de la faim,
- propagation de rumeurs,
- évasions.

4 DISCUSSION

Les expériences rapportées par les PAFB de COVID-19 interrogés dans ce travail sont assorties d'appréciations majoritairement positives. Si ces résultats n'ont pas de valeur représentative, car se limitant à un seul CTE, ils montrent un modèle de prise en charge globale basé sur l'approche biopsychosociale de la santé. Plusieurs facteurs relevant de différents niveaux ont participé à rendre ce modèle intégrateur des préoccupations médicales et socio-économiques des personnes affectées.

Sur le plan structurel et organisationnel, le Sénégal dispose d'une expérience en matière de gestion d'épidémies et urgences sanitaires. Il a été félicité par de nombreux organismes internationaux, notamment l'OMS, pour sa gestion efficace de l'épidémie d'Ebola³³ en 2014 (OMS, 2014). Depuis lors, le Sénégal s'est doté d'un dispositif dédié à la préparation et à la réponse aux épidémies. Le Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire est chargé de renforcer le système de santé en coordonnant le déploiement d'équipes pluridisciplinaires de qualité en cas d'épidémies³⁴. Ainsi, le Sénégal s'est engagé dans une phase de préparation, avant même la notification du 1^{er} cas confirmé de COVID-19 (De-Lesseux, 2020). En plus de la mise en place des dispositifs de détection et de surveillance des cas suspects et/ou confirmés, cette préparation comprenait la capacitation du système de santé afin de rendre celui-ci plus résilient. Plusieurs structures sanitaires publiques ont reçu des matériaux de protection, et certains soignants de première ligne (médical, paramédical, etc.) ont été formés. Par ailleurs, les autorités sanitaires ont établi un protocole médical clairement défini dès le début de l'épidémie³⁵ (Dackar-Actu). Cependant, les CTE constituent un dispositif de santé publique exceptionnel mis en place dans un contexte de saturation des structures sanitaires et de débordement des services rattachés à la COUS. De plus, en dehors du confinement à domicile de 74 cas contacts lors de l'épidémie d'Ebola (Desclaux et al.2017), le Sénégal n'a aucune expérience en matière de gestion des CTE. De ce fait, la mise en place des CTE a nécessité un recrutement temporaire d'un personnel ad hoc et la formation de celui-ci sur la biosécurité et les

³³ Le Sénégal avait enregistré un seul cas importé de maladie à virus Ebola, qui avait enclenché la mise en place de nombreuses mesures de santé publique visant à limiter la transmission virale. L'une des mesures phares était le confinement à domicile de l'ensemble des personnes contactées.

³⁴ <http://www.cousenegal.sn/qui-sommes-nous/>

³⁵ Se basant sur les résultats du Pr. Raoult, le Pr. Moussa Seydi a fait le choix de traiter les personnes affectées par l'hydroxychloroquine et l'azythromycine, traitement qui a été généralisé à l'ensemble des patients jusqu'en août.

EPI. Toutefois, l'organisation de la prise en charge dans les CTE était marquée, dans ses débuts, par des défaillances dont certains ont persisté pendant des mois. Il s'agit en l'occurrence des résultats de test COVID-19 indisponibles, des agents de santé sous-payés, des ressources matérielles et financières limitées dans les CTE, etc. Ainsi, le personnel soignant des CTE n'était pas suffisamment informé et préparé afin d'apporter une prise en charge de qualité aux personnes affectées.

Les interventions psychosociales, mises en œuvre par une équipe du CRCF, ont permis d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes confinées au CTE de Yoff. Ce projet a été mis en place sur la base d'une collaboration entre la Division de la Lutte contre le Sida et les IST ³⁶ (DLSI) du ministère de la santé et le CNLS. Il est coordonné par deux acteurs (un pharmacien expert en santé publique et un médecin anthropologue) ayant une grande expérience dans la prise en charge multifactorielle des personnes vivantes avec le VIH (PVVIH). De ce fait, les outils d'accompagnement mobilisés dans la mise en œuvre des interventions psychosociales, notamment pour le « counseling d'entrée » et le suivi régulier, ont été élaborés à partir de ceux utilisés habituellement pour le suivi psychosocial des PVVIH. La mobilisation de cette expertise a favorisé une « humanisation » de la prise en charge qui a placé les personnes affectées au centre de celle-ci, à l'opposé du modèle biomédical qui est focalisé sur la maladie (Siksou, 2008). Des séances d'information et de formation sur « l'humanisation des soins » ont été tenu afin de mieux préparer l'équipe soignant du CTE. Ainsi, A travers une écoute attentive des confinés, les soignants³⁷ ont identifié des aspects de la prise en charge qui ne sont pas adaptés aux préoccupations individuelles et collectives des patients. La prise en compte de ces préoccupations, dans les interventions a favorisé une meilleure adhésion des confinés. Elle a offert un cadre de dialogue propice à une implication des personnes affectées dans leur propre prise en charge. A cet égard, le dispositif de prise en charge extrahospitalière pour la COVID-19 satisfait aux exigences éthiques des interventions de santé publique pour lesquelles une forme de « démocratie sanitaire » est nécessaire pour instaurer la confiance avec les communautés (Hirsch, 2020).

Par ailleurs, la mobilisation des volontaires de la Croix-Rouge dans les hôtels et CTE illustre l'intégration entre approche communautaire et secteur sanitaire. Le bilan des récentes épidémies en Afrique de l'Ouest montre la nécessité d'allier mesures de santé publique et approche

³⁶ La gestion du CTE de Yoff était confiée au Pr. Cheikh Tidiane NDOUR, Médecin colonel, Spécialiste des maladies infectieuses et responsable de la DLSI.

³⁷ Le terme « soignant » est utilisé ici de manière large, et fait référence à l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge (médicaux, paramédicaux, volontaires de la Croix-Rouge, hygiénistes, etc.)

communautaire pour assurer des réponses efficaces (Campbell, 2010 ; Marston, 2020 ; Broqua, 2018). L'épidémie d'Ebola (2013-2016) a été en partie contrôlée grâce à l'implication sur le terrain de volontaires qui ont joué un rôle essentiel à l'interface entre les services de soins et les populations (S. Abramowitz et al.2015). Ils ont su rendre acceptables des mesures a priori impopulaires : confinement à domicile des personnes contact au Sénégal (Decaux et Sow, 2015), gestion des enterrements dignes et sécurisés en Guinée (Decaux et Deffo, 2016). Ainsi, ces bénévoles disposent d'un savoir-faire expérientiel important qui a été mobilisé dans la prise en charge des PAFB de COVID-19. Dans les sites de prise en charge extrahospitalière, les volontaires de la Croix-Rouge jouent un rôle important dans la gestion logistique quotidienne (distribution de repas, nettoyage, etc.) et l'application des mesures de protection. La mobilisation d'autres Organisations Communautaires de Base (OCB) comme l'AJS a permis de gérer des effets sociaux non prévus par le dispositif de prise en charge. Bien que l'efficacité de l'implication communautaire dans les interventions sanitaires ait été proclamée depuis (Alma Ata, 1978), la contribution des OCB et des bénévoles à la réponse aux épidémies est peu étudiée. Elle fait l'objet d'un projet de recherche³⁸ financé par l'ANRS et mise en œuvre par une équipe du CRCF.

Cependant, toutes les difficultés rencontrées par les PAFB de COVID-19 n'ont pas été résolues par l'équipement du CTE ou l'expertise des acteurs de la prise en charge. Les problèmes de communication entre personnel médical et confinés ont été marquants. Ils ne traduisent pas seulement des faiblesses de la communication avec le patient dans les services sanitaires en Afrique de l'Ouest (Jaffré et Olivier, 2003), mais ils reflètent également l'expression d'une précarité sociale et sanitaire de certains soignants, une situation que vivent les agents de santé communautaire (Hane, 2020). Le retard de la délivrance des résultats des tests COVID-19 autorisant le retour à domicile quant à lui, souligne la nécessité d'une bonne interconnexion entre les contextes nationale et locale. Les changements dans la politique de dépistage ont affecté la gestion de l'épidémie à l'échelle microsociale (CTE). Les retards dans la réponse aux urgences médicales reflètent d'une part des insuffisances dans la mise en place des CTE et d'autre part, les contraintes liées à l'application des mesures de biosécurité, notamment le port des EPI. Par ailleurs, l'exemple divergent des rares personnes ayant contesté et/ou transgressé le confinement montre que la prise en charge des PAFB de COVID-19 peut avoir des effets sociaux défavorables et non appréciées lorsque les mesures d'appuis alimentaires et financières sont insuffisantes.

³⁸ Projet Coronavirus Afrique Mobilisations Communautaires (CORAF MOB). https://www.crcf.sn/wp-content/uploads/2020/05/Re%CC%81sume%CC%81_CORAFMOB.pdf

Au final, l'expérience des PAFB de COVID-19 étudiée dans ce travail est assez comparable à celle des cas contacts soumis à un confinement à domicile, analysée au Sénégal lors de l'épidémie d'Ebola (2014-2016) (Decaux et al. 2017). Dans ces deux contextes différents en termes d'ampleur de l'épidémie et des conditions de prise en charge, la plupart des sujets ont adhéré au confinement et ont apprécié l'empathie manifestée par les soignants³⁹. Par la suite, l'acceptation a été améliorée par l'apport d'un soutien psychologique et socio-économique. Mais elle a été limitée par les impacts économiques et socio-professionnels, et l'insuffisance des appuis alimentaires et financiers qui n'ont pas permis la satisfaction des besoins individuels et collectives. Même si les motivations sont différentes selon le contexte, peu de personnes ont contesté les mesures de contrôle qui incluent le confinement. Durant le confinement à domicile des contacts du seul cas de maladie à virus Ebola, la contestation de la distanciation sociale a été faite particulièrement par un agent de santé, et a été motivée par une perception faible du niveau d'exposition à la maladie (Decaux et al. 2017). En revanche, celles observées lors du confinement des PAFB de COVID-19 sont essentiellement faites par des sujets asymptomatiques qui ont considéré leur séjour au CTE inacceptable au regard des conséquences socio-économiques qu'ils ont éprouvé.

³⁹ Le terme « soignant » est utilisé ici de manière large, et fait référence à l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge (médicaux, paramédicaux, volontaires de la Croix-Rouge, etc.)

CONCLUSION

La pandémie de COVID-19 ayant débutée en Chine dans la ville de Wuhan a exercé une forte pression sur les systèmes de santé par la proportion importante de personnes affectées nécessitant des soins de qualité. Le Sénégal a adopté une stratégie de prise en charge extrahospitalière des personnes atteintes de formes bénignes (PAFB) de COVID-19 afin d'éviter de surcharger ses hôpitaux.

Ce travail fournit une analyse critique de ce dispositif de santé publique basée sur l'expérience des personnes qui l'ont vécu et sur l'évaluation de ses effets sociaux. La perception des PAFB s'accompagne d'appréciations globalement positives et d'une adhésion générale à la prise en charge. Ces personnes ont majoritairement considéré le confinement comme relevant des soins, le séjour au CTE reflétant une mesure de sécurité sanitaire visant à empêcher la transmission familiale. Bien qu'aucune contrainte physique ou juridique n'ait été exercée, toutes les personnes n'ont pas adhéré au confinement. Une minorité ne se considérant pas malade du fait de l'absence de symptômes a contesté, remis en question et transgressé les mesures de distanciation sociale impliquant le confinement. L'expérience des PAFB a été influencée par plusieurs facteurs : les motivations et significations qu'elles ont attribuées à la prise en charge, les conséquences socio-économiques qu'elles ont éprouvées et les appuis alimentaires et financiers qu'elles ont bénéficiés. Ainsi, le confinement est vécu comme une précaution de biosécurité, comme producteur de liens sociaux et comme un enfermement contesté du fait de ses effets sociaux. Si le confinement s'est fait sur la base du volontariat, la décision de se rendre au CTE a généré quatre attitudes : l'adhésion pragmatique, le choix après arbitrage individuel et/ou familial, le confinement imposé et subi, le confinement imposé et accepté. Cette mesure de santé publique est globalement perçue comme acceptable par les personnes qui l'ont vécu. Les principales raisons qui ont contribué à cette perception sont : le confinement est fait sur la base du volontariat, les interventions sont mises en œuvre avec humanité, les besoins de bases sont satisfaits et une prise en charge médico-psychologique est proposée à tout le monde, même après la guérison. Le caractère pluridisciplinaire des équipes de prise en charge (médicales, communautaires et sociales) ainsi que leur expérience antérieure dans la gestion d'épidémies et d'accompagnement psychosocial des PVVIH ont été primordiales. Ces acteurs ont su « humaniser » la prise en charge en plaçant les personnes affectées au centre de celle-ci. Cette étude met également en exergue des écueils qui ont rendu difficiles le confinement au CTE : des retards dans la réponse aux urgences médicales et dans la délivrance des résultats des tests autorisant le retour à domicile des confinés, une communication soignant-

*Thierno Madiou DIALLO - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'École des Hautes Etudes en Santé
Publique de l'Université Rennes 2 & de l'UBO - année 2019-2020*

confiné limitée entretenant des rumeurs, et des appuis alimentaires et financiers insuffisants par rapport aux besoins exprimés.

En dehors des résultats mentionnés précédemment, ce travail de recherche montre que l'expérience sénégalaise satisfait à l'exigence éthique d'une « démocratie sanitaire ». Les confinés ont été impliqués dans leur propre prise en charge à travers l'identification et la satisfaction de leurs besoins, la recherche de solutions à leurs préoccupations, l'amélioration des conditions de confinement, la participation à l'accueil et le « counseling » des nouveaux arrivants. Au-delà de ces aspects pratiques qui ont favorisé l'adhésion au confinement, cette implication a permis de relever des points forts et des dysfonctionnements majeurs dans la prise en charge. De ce fait, l'expérience des personnes affectées constitue une contribution importante dans l'analyse de ce dispositif de prise en charge extrahospitalière.

Au final, ce travail contribue à l'analyse des enjeux éthiques et sociaux des mesures de distanciation sociales. Il met en lumière les conditions nécessaires pour la faisabilité du confinement dans le contexte ouest africain. Il met en avant la nécessité d'une approche de démocratie sanitaire basée sur la prise en compte des préoccupations individuelles et/ou collectives des communautés. Cependant, cette étude comporte un certain nombre de limites. Du point de vue méthodologique, le contexte de la pandémie a entraîné une adaptation des techniques de collectes de données en privilégiant le télé-entretien. Pour la majorité des personnes interrogées, le défaut d'accès à internet a motivé la réalisation des entretiens par appel téléphonique, situations qui ne permettent pas d'explorer les expressions émotives associées aux récits des enquêtés. De plus, cette étude se limite à l'analyse de l'expérience des personnes ayant séjourné au CTE de Yoff. De ce fait, les résultats de ce travail n'ont pas de valeur représentative. Néanmoins, ils pourront servir à guider la définition des procédures opérationnelles des mesures de confinement dans le contexte ouest-africain ainsi que la formation des professionnels de santé.

Dans une approche d'analyse holistique qui permettra de mieux comprendre les aspects sociaux de ce dispositif de prise en charge extrahospitalière, ce travail de recherche pourra être complété par d'autres études telles que :

- Etude multi sites afin de comparer l'expérience des personnes ayant séjourné dans tous les CTE du Sénégal
- Etant donné que le confinement et la prise en charge ont été effectués hors du domicile familial, dans des locaux impersonnels, sans possibilité de visites, une analyse du vécu des proches serait pertinente. Cette étude pourra répondre à la question suivante :

Thierno Madiou DIALLO - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de l'Université Rennes 2 & de l'UBO - année 2019-2020

Comment les proches des confinés dans les CTE ont-ils vécu cette situation momentanée ?

- L'expérience des acteurs de la prise en charge est également intéressante à explorer. Un projet de recherche⁴⁰ visant à décrire et à analyser l'expérience pratique, subjective et contextualisée des volontaires de la Croix-Rouge est en cours de mise en œuvre.
- Le rapport entre inconvénients et bénéfices de ce dispositif reste aussi à être évalué d'un point de vue de santé publique.

⁴⁰ C'est un projet de recherche financé par la Fondation Croix-Rouge qui s'intitule CORonavirus AFrique VOLontaires (CORAFVOL). Ce projet s'insère un autre projet visant à analyser les mobilisations communautaires (CORAFMOB) lors de la pandémie du COVID-19 au Sénégal et Burkina Faso. Ce dernier dispose de l'autorisation du comité national d'éthique des deux pays.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

Arborio M., Fournier P., *L'observation direct: l'enquête et ses methodes 3^{ème} Edition.* Paris: Armand Colin, 2010, 128 p.

Audi R., (1995). *The Cambridge dictionary of philosophy.* Cambridge: Cambridge University Press.

Beaud S., Weber F., (2010). *Guide de l'enquête de terrain. 4e éd.* Paris: La découverte, 336 p.

Broqua C., (2018). *Se Mobiliser Contre Le Sida En Afrique. Sous La Santé Globale, Les Lutttes Associatives.* Paris: L'Harmattan, 371p.

Castro A., and Singer M., (2004). (eds) *Unhealthy Health Policy : a Critical Anthropological Examination.* Maryland : Altamira Press. £28 (pbk) 408pp.

Che D., Barret A. & Desenclos J., (2016). *Maladies infectieuses émergentes.* Dans : François Bourdillon éd., *Traité de santé publique* (pp. 632-640). Cachan, France: Lavoisier.

Dozon JP., Fassin D, (2001). *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique,* Paris, Éditions Balland, 361p.

Helman DC. (2007). *Culture, Health and Illness, 5e édition,* Hodder Arnold.

Jaffré Y., et Olivier JP-S (dir) (2003). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest.* Marseille, Apad / Paris, Karthala («Hommes et sociétés»).

Jones RA., (2000). *Méthodes de recherche en sciences humaines. Bruxelles, De Boeck Université,* 332 p.

Kaufmann JC., (2016). *L'entretien compréhensif.* Paris: Armand Colin, 2016, 128 p.

Kleinman A., (2010). *Four Social Theories for Global Health.* *The Lancet* 375 (9725): 1518-1519.

Lapérière A., (2009). « *L'observation directe* », *Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données,* Benoit Gauthier, dir., Presses universitaires du Québec, 2009, chapitre12, p. 311-336.

Lederberg J., Shope RE., & Oaks SC., Jr. (Eds.). (1992). *Emerging Infections: Microbial Threats to Health in the United States.* National Academies Press (US).

Livia V., et Vidal-Naquet P.,(2020). La démocratie sanitaire aux prises avec la pandémie. A propos de quelques adaptations. *Esprit (Paris, France : 1932), Editions Esprit, 2020.* ffhalshs-02965701f

Morse JM., et Field PA., (1995). *Qualitative research methods for health professionals (second edition).*SAGE publications.

Nichter M., (2008). *Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter.* Trucson: University of Arizona Press, 2008, 268 p.

Ryan J.R., (2008). *Pandemic Influenza: Emergency Planning and Community Preparedness.* CRC Press, United States, 2008, 280 p.

Articles de revue

Abramowitz S., et al., (2015). Community-Centered Responses to Ebola in Urban Liberia: The View from Below. *Edited by DG Bausch.* PLOS Neglected Tropical Diseases 9 (4): e0003706. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003706>.

Ammar A. et al., (2020a). COVID-19 Home Confinement Negatively Impacts Social Participation and Life Satisfaction: A Worldwide Multicenter Study. On Behalf Of The Eclb-Covid Consortium. *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 6237.

Ammar A. et al., (2020b). Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients*, 2020, 12, 1583, doi: 10.3390/nu12061583.

Anoko J., Epelboin A., Formenty P., (2014). Humanisation de la réponse à la Fièvre Hémorragique Ebola en Guinée: approche anthropologique (Conakry/Guékédou mars-juillet 2014), pp.94.

Auxéméry, Y., & Tarquinio, C. (2020). Le confinement généralisé pendant l'épidémie de Coronavirus : conséquences médico-psychologiques en populations générales, soignantes, et de sujets souffrant antérieurement de troubles psychiques (Rétrospective concernant les répercussions des risques létaux de masse, modèles scientifiques du confinement collectif, premières observations cliniques, mise en place de contre-mesures et de stratégies thérapeutiques innovantes). *Annales medico-psychologiques*, 178(7), 699–710.

Bantman, P. (2020). Quelles conséquences du Covid-19 sur notre vie psychique ? Métamorphose et transformations liées au coronavirus. *L'information psychiatrique*, volume 96(5), 317-319.

Barro K., Malone A., Mokede A., Chevane C. (2020). Management of the COVID-19 epidemic by public health establishments-Analysis by the Fédération Hospitalière de France. *Journal de Chirurgie Viscerale*, Volume 157, Issue 3, Supplement 1, S20-S24 p.

Blendon RJ, Benson JM, DesRoches CM, et al (2004). The Public's Response to Severe Acute Respiratory Syndrome in Toronto and the United States. *Clin Infect Dis* 38(7):925–31

Bonnet E. et al., (2020). The COVID-19 Pandemic in Francophone West Africa: From the First Cases to Responses in Seven Countries. *Research Square, pre-print* [10.21203/rs.3.rs-50526/v1](https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-50526/v1)

Bourdelaïs P., (2014). Le retour des dispositifs de protection anciens dans la gestion politique des épidémies. *Extrême-Orient* no. 37 : 241–46. <https://doi.org/10.4000/extremeorient.345>

Cabore JW. et al., (2020). The potential effects of widespread community transmission of SARS-CoV-2 infection in the World Health Organization African Region: a predictive model. *BMJ Global Health*, volume 5, Issue 5

Calain, P., & Poncin, M. (2015). Reaching out to Ebola victims: Coercion, persuasion or an appeal for self-sacrifice? *Social science & medicine (1982)*, 147, 126–133.

Campbell C., et Cornish F., (2010). Towards a 'Fourth Generation' of Approaches to HIV/AIDS Management: Creating Contexts for Effective Community Mobilisation. *AIDS Care* 22 (sup2): 1569–79. <https://doi.org/10.1080/09540121.2010.525812>.

Chinazzi, Matteo, et al. (2020). The effect of travel restrictions on the spread of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak. *Science* 368(6489): 395-400.

Desclaux A. et al., (2015). Premier cas d'Ebola à Dakar : les effets socioprofessionnels d'une mise en surveillance communautaire à domicile. *Communication orale, Colloque international EBODAKAR 2015: Epidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, approches ethno-sociales comparées*. Dakar, 19-21 mai 2015.

Decaux A. et Deffo M., (2016). Ethics and surveillance 'Humanisation' of burials by volunteers and anthropologists in Guinea. Workshop on the Anthropology of Ebola, Njala University.

Decaux A. et SOW K., (2015). « Humaniser » les soins dans l'épidémie d'Ebola ? Les tensions dans la gestion du care et de la biosécurité dans le suivi des sujets contacts au Sénégal. *Anthropologie & Santé*. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé [en ligne], <http://anthropologiesante.revues.org/1751>

Decaux A., et al. (2018). Patients négligés, effets imprévus. L'expérience des cas suspects de maladie à virus Ebola. *Santé Publique*, vol. vol. 30, no. 4, pp. 565-574.

Thierno Madiou DIALLO - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de l'Université Rennes 2 & de l'UBO - année 2019-2020

- Desclaux A., et al., (2016).** La surveillance des personnes contacts pour Ébola: effets sociaux et enjeux éthiques au Sénégal. *Bulletin de la Societe de pathologie exotique* (1990), 109(4), 296–302.
- Decaux A., et al., (2017).** Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal. *Social science & medicine* (1982), 178, 38–45.
- Decaux A., et Anoko J., (2017).** L'anthropologie engagée dans la lutte contre Ebola (2014-2016) : approches, contributions et nouvelles questions. *Santé Publique*, vol. 29(4), 477-485.
- Diagne I., et al. (2020).** La prise en charge psychosociale des contacts de cas confirmés de COVID-19 à Touba, Sénégal. *Pan African Medical Journal*. 2020;37(1):5.
- Diepeveen S., et al., (2013).** Public acceptability of government intervention to change health-related behaviours: a systematic review and narrative synthesis. *BMC public health*, 13, 756.
- Diop ZB., et al., (2020).** The relatively young and rural population may limit the spread and severity of COVID-19 in Africa: a modelling study. *BMJ Global Health*, volume 5, Issue 5
- Epelboin A., (2012).** Rapport de mission anthropologique sur l'épidémie d'Ebola : Isiro, R. D. Congo, 4 au 30 septembre 2012, 55 p.
- Faye SL., (2015).** L'« exceptionnalité » d'Ebola et les « réticences » populaires en Guinée-Conakry : réflexions à partir d'une approche d'anthropologie symétrique. *Anthropologie & Santé* 11
- Fenneteau H., (2015).** L'enquête et questionnaire, 3ème édition Dunod. 128p. chapitre 1, page 10.
- Formenty P., et al., (2005).** Les pathogènes émergents, la veille internationale et le Règlement sanitaire international. *Médecine et Maladies Infectieuses*, Volume 36, Issue 1, 2006, 9-15 p.
- Gasquet-Blanchard C., (2017).** L'épidémie d'Ebola de 2013-2016 en Afrique de l'Ouest : analyse critique d'une crise avant tout sociale. *Santé Publique*, vol. 29(4), 453-464.
- Gomez-Temesio V. et Le Marcis F., (2017).** La mise en camp de la Guinée: Ebola et l'expérience postcoloniale. *L'Homme*, 222(2), 57-90.
- Habibi R., et al. (2020).** Do not violate the International Health Regulations during the COVID-19 outbreak. *The Lancet* 395(10225): 664-666.
- Hane F., (2020).** « Les « invisibles » du système de santé au Sénégal », *The Conversation* [en ligne], <https://theconversation.com/les-invisibles-du-systeme-de-sante-au-senegal-137456> (page consultée le 17/11/2020).

Hayden CE., (2008) Of Medicine and Statecraft. Smallpox and Early Colonial Vaccination in French West Africa (Senegal-Guinea). Evanston, Northwestern University, PhD.

Heitzman J., (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health. Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne. *Psychiatria polska*, 54(2), 187–198.

Hirsch E., (2020). « Coronavirus : comment préparer une société démocratique à un risque sanitaire d'envergure ? », *The Conversation* [en ligne], <http://theconversation.com/coronavirus-comment-preparer-une-societe-democratique-a-un-risque-sanitaire-denvergure-128255> (page consultée le 13/11/2020).

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34.

Jabot F., et Kane H., (2017). Du temps de l'urgence à celui de la réflexion : requestionner les approches de santé publique après Ebola. *Santé Publique*, vol. 29(4), 451-452.

Jacquemot P., (2012). Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité face aux soins. *Afrique contemporaine*, 243(3), 95-97.

Loades ME et al., (2020). Examen systématique rapide: L'impact de l'isolement social et de la solitude sur la santé mentale des enfants et des adolescents dans le contexte du COVID-19. *Journal de l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, S0890-8567 (20) 30337-3. 3 juin 2020, doi: 10.1016 / j.jaac.2020.05.009

Marhefka S., et al., (2020). Achieve Research Continuity During Social Distancing by Rapidly Implementing Individual and Group Videoconferencing with Participants: Key Considerations, Best Practices, and Protocols. *AIDS and behavior*, 24(7), 1983–1989. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02837-x>

Marston C., et al. (2020). Community Participation Is Crucial in a Pandemic. *The Lancet O (0)*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31054-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31054-0).

Martin P., Pisani-Ferry J., Ragot X. (2020). Une stratégie économique face à la crise. *Notes du conseil d'analyse économique*, 57(3), 1-12.

Martineau S., (2005). L'observation en situation : enjeux, possibilités et limites. L'instrumentation dans la collecte des données : choix et pertinence. *Actes du Colloque de l'Association pour la Recherche Qualitative (ARQ)*, Hors-Série numéro 2, C. Royer, J. Moreau, F. Guillemette (Éds.)

- Mathieu F., (2015).** Ebola en Guinée : violences historiques et régimes de doute. *Revue Anthropologie et Santé*, numéro 11, Dossier Au tour du virus Ebola.
- Mengin A., et al., (2020).** Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'Encéphale*, Volume 46, Issue 3, Pages S43-S52, ISSN 0013-7006.
- Morse SS., (1995).** Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerging infectious diseases*, 1(1), 7–15. <https://doi.org/10.3201/eid0101.950102>
- Noiriel G., et Weber F., (1990).** Journal de terrain, journal de recherche et auto-analyse. *Genèses*, vol. 2, p. 138–147.
- Paulhus, D. (2002).** Social desirable responding : The evolution of a construct, in The role of constructs in psychological and education measurement.
- Peçanha T., et al., (2020).** Social isolation during the COVID-19 pandemic can increase physical inactivity and the global burden of cardiovascular disease. *American journal of physiology. Heart and circulatory physiology*, 318(6).
- Philip C., et De Battista P., (2012).** Mise en œuvre de la méthodologie de l'observation participante dans le cadre d'un mémoire de M2. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 59(3), 207-221.
- Piot P., Soka M J., Spencer J. (2019).** Emergent threats: lessons learnt from Ebola. *International Health*, Volume 11, 2019, 334–337 p.
- Reingold AL., (2000).** Infectious disease epidemiology in the 21st century: will it be eradicated or will it reemerge?. *Epidemiologic reviews*, 22(1), 57–63.
- Rothstein, MA. (2015).** From SARS to Ebola: Legal and Ethical Considerations for Modern Quarantine. *Indiana Health Law Review* 12: 227.
- Sardon J., (2020).** De la longue histoire des épidémies au Covid-19. *Les Analyses de Population & Avenir*, 26(8), 1-18. <https://doi.org/10.3917/lap.026.0001>
- Savini H., et al. (2016).** Prise en charge globale du patient contaminé par le virus Ebola, expérience du Centre de traitement des soignants de Conakry, Guinée. *Bull. Soc. Pathol. Exot.* 109, 281–286.
- Sekhon M., et al., (2017).** Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Serv Res* 17, 88 p.

Sidani S., et al., (2009). Évaluation des préférences de traitement: validation d'une mesure. *Res Nurs Health*. 32 (4): 419.

Siksou M., (2008). Georges Libman Engel (1913-1999): Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. *Le Journal des psychologues*, 260(7), 52-55.

Tarrier N., et., (2006). The acceptability and preference for the psychological treatment of PTSD. *Behaviour research and therapy*, 44(11), 1643–1656.

Thomas DR., (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246

Torgerson D., et al., (1995). Effective Health Care bulletins: are they efficient? Quality in health care : QHC, 4(1), 48–51.

Velpry L., et Naquet PV., (2020). La démocratie sanitaire aux prises avec la pandémie. A propos de quelques adaptations. *Esprit (Paris, France : 1932), Editions Esprit*, 2020.

Woolhouse ME., Gowtage-Sequeria S., (2005). Host range and emerging and reemerging pathogens. *Emerging infectious diseases*, 11(12), 1842–1847.

Ziskind B., & Halioua B. (2008). Histoire de la quarantaine [The history of quarantine]. *La Revue du praticien*, 58(20), 2314–2317.

Documents

ANSD (2013). *Rapport-definitif-RGPHAE2013*. Sénégal, 343 p.

ANSD (2019). *Enquête Régionale Intégrée sur l'Emploi et le Secteur Informel (Rapport Final sur les données de 2017)*, Dakar, Sénégal, 289 p.

ANSD (2020). *COVID-19: Suivi de l'impact sur le bien-être des ménages au Sénégal (03 Juin-19 Juillet)*. Bulletin n°1

CNGE (2020). *Rapport de la mission de supervision trimestrielle nationale du dispositif régional de lutte contre la pandémie liée au nouveau coronavirus (COVID-19) via les Districts Sanitaires et Points d'Entrée de flux important du Sénégal*, Dakar, 123 p.

Heyer E., et Timbeau X., (2020). *Evaluation de l'impact économique de la pandémie de COVID-19 et des mesures de confinement sur l'économie mondiale.* OFCE Policy brief, n° 66, 24p.

MPEC (2020). *Programme de résilience économique et sociale.* Sénégal, 22 p.

MSAS (2019a). *Guide technique national pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte.* Sénégal, 262 p.

MSAS (2019b). *Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028.* Sénégal, 124p.

MSAS (2020). *Plan de contingence multisectoriel de lutte contre le COVID-19.* Sénégal, 92 p.

OMS (2020a). *Mise à jour de la stratégie covid-19.* 17 avril 2020, 17 p.

OMS (2020b). *Prise en charge clinique de la COVID-19 (Orientations provisoires),* publié le 27 mai 2020, 69 p. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332437>

OMS (2020c). *Critères pour lever l'isolement des patients atteints de COVID-19.* Publié le 17 juin 2020, 5p.

ONU (2020a). *Les mesures d'urgence et la covid-19 : orientations.* 27 avril, 5 p.

ONU (2020b). *Droits en temps de pandémie - confinements, droits et leçons du VIH en début de riposte à la Covid-19.* 52 p.

PNUD (2020). *Impact socio-économique de la pandémie de la COVID-19 au Sénégal.* 23 p.

WHO (1994). *Emerging infectious diseases: memorandum from a WHO meeting. Bull WHO, 72 :* 845-850.

WHO (2005). *International Health Regulations (2005)-3rd ed.* Geneva, 2016, 84 p.

WHO Africa (2020). *COVID-19. Situation Update for the WHO African Region. 8 April 2020. External situation report 6.* Brazzaville, Congo, 2020, 9 p.

WEBOGRAPHIE

Ba S., Gourlay Y., et Doucec S., (2020). « Couvre-feu à la matraque : l'Afrique de l'Ouest se rebelle », 30/03/2020. <https://www.lemonde.fr/>

Bbc., (2020). « Coronavirus: qui était Pape Diouf, l'ancien président de l'OM décédé à Dakar », 31/03/2020. www.bbc.com/afrique

Blanc A., (2020). « COVID-19 : le Québec sanctionne le plus, selon un rapport qui donne la C.-B. en exemple », 24/06/2020. <https://ici.radio-canada.ca/>

Coquart J., (2020). « Covid-19, les sciences sociales dans la bataille », Santé et Société, Afrique, 28/05/2020. <https://lemag.ird.fr/>

Coulibaly E., (2020). « Bouaké se dote d'un centre d'isolement asymptomatique », 06/08/2020. <https://www.7info.ci/>

COUS., (2014). « Lutte Contre Ebola: Le Sénégal Dispose D'un Centre De Traitement De La Maladie », 13/11/2020. <http://www.cousenegal.sn/>

Dakar Actu., (2020). « Dr Abdoulaye Bousso : Les dispositions prises pour les malades asymptomatiques et les cas contacts suivis afin de ne pas saturer nos hôpitaux... », 09/08/2020. www.dakaractu.com

Dakar-Actu., (2020). « Traitement à base d'hydroxychloroquine et d'azithromycine : Le Sénégal passe outre les recommandations de l'Oms », publié le 29/03/2020. <https://www.dakaractu.com/>

De-Lesseux W., (2020a). « Le Sénégal prend des mesures pour empêcher la propagation du coronavirus », publié le 28/01/2020. TV5 Monde direct, correspondance de William Lesseux à l'aéroport internationale de Blaise Diagne

De-Lesseux W., (2020b). « Coronavirus - Sénégal : le professeur Moussa Seydi décide d'utiliser de l'hydroxychloroquine », paru le 26/03/2020, RFI DAKAR

Diawara M., (2020). « Après-Covid-19 : le président Macky Sall interpelle... », Dakar, 09/04/2020. www.lepoint.fr

Diedhiou A., (2020). « Comment l'agent de la croix-rouge, présumé violeur d'une malade de Covid-19 a été identifié », 09/08/2020. <https://www.igfm.sn/>

Dieng MD., (2020). « Les médecins doctorants du CTE de Yoff décrètent 48h de grève renouvelable », publié le 23/06/2020. <https://www.seneplus.com/sante/>

Thierno Madiou DIALLO - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de l'Université Rennes 2 & de l'UBO - année 2019-2020

- Ferdinand F., (2020).** « COVID-19 : L'état d'urgence et les violences policières au Sénégal », 25/03/2020. www.dakaractu.com
- France 24., (2020).** « Le Sénégal se prépare à l'arrivée du coronavirus », consulté le 10 /11/2020. <https://www.youtube.com/watch?v=Na386JsleG0>
- Franceinfo., (2020).** « Covid-19 : le Sénégal confirme l'option de l'hydroxychloroquine sur la base d'études préliminaires », publié le 04/05/2020. <https://www.francetvinfo.fr/monde/>
- Garreau., (2020).** « [Covid-19] Chine, Corée du Sud, Allemagne... Comment les applications de "tracking" se déploient dans le monde », 08/04/2020. www.usinenouvelle.com/editorial/
- Guéye S A., (2020).** « L'Etat sénégalais annonce des mesures additionnelles pour contenir le coronavirus », Dakar, 16/03/2020. www.voaafrique.com
- Kidiss PB., (2020).** « Coronavirus : le Bénin ouvre son tout premier centre d'isolement », 24/10/2020. <https://allodocteurs.africa/actualites>
- Laplace M., (2020).** « Coronavirus : comment le Sénégal évite la saturation de ses hôpitaux », Dakar, 15/06/2020. www.jeuneafrique.com
- Lutaud B., (2020).** « Confinement : verbalisations abusives et forces de l'ordre à la peine », 16/04/2020. www.lefigaro.fr/
- Malick R., (2020).** « COVID-19 : deuxième nuit d'émeutes au Sénégal pour réclamer la fin du couvre-feu » 04/06/2020. www.lequotidien.com
- Mine D., (2020).** « Covid-19 : Abdoulaye Diouf Sarr valide la prise en charge à domicile des malades », 30/06/2020. www.igfm.sn
- Ndar Info., (2020)** « COVID-19 : Le Sénégal démarre la prise en charge extrahospitalière », 08/09 /2020. www.ndarinfo.com
- OMS., (2014)** « L'OMS félicite le Sénégal d'avoir mis fin à la transmission du virus Ebola », publié le 17/10/2014. <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/senegal-ends-ebola/fr/>
- Précieux M., (2020).** « Diouf Sarr «désengage» les médecins doctorants », en ligne (consulté le 15/11/2020).http://www.sudonline.sn/diouf-sarr-desengage-les-medecins-doctorants_a_48407.html

RFI., (2020) « Aide alimentaire d'urgence au Sénégal: un ministre refuse de s'expliquer », (publié le 28/09/2020. <https://www.rfi.fr/fr/afrique/20200417-s%C3%A9n%C3%A9gal-la-pol%C3%A9mique-enfle-autour-transport-laide-alimentaire>

RTS 1., (2020) « Conférence de presse du ministère de l'intérieur : les nouvelles mesures du Ministre de l'Intérieur, Aly Ngouille Ndiaye, dans la lutte contre la covid-19 », 07/08/2020. www.rts1.com

WHO Africa (2020) « Nouvelles estimations de l'OMS : près de 190 000 personnes pourraient mourir de COVID-19 en Afrique si la maladie n'est pas maîtrisée », 07/05/2020. www.afro.who.int/fr

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : TABLEAU 6 : CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE	55
ANNEXE 2 : FIGURES.....	56
<i>Figure 6 : Principales mesures de santé publiques (1^{er} trimestre Sénégal)</i>	58
<i>Figure 7 : Circulaire des médecins doctorants</i>	57
ANNEXE 3 : COLLECTES DE DONNEES.....	59
<i>Grille de l'observation participante</i>	60
<i>Grille entretien semis-directifs approfondis</i>	61
<i>Lexique de la traduction en Wolof les mots les plus difficiles</i>	63
ANNEXE 4 : EXEMPLE DE RESUME D'ENTRTEIEN	64
<i>Résumés d'entretiens</i>	65
ANNEXE 5 : JOURNAL DE TERRAIN	88
ANNEXE 6 : ETHIQUE	89
<i>Notice d'information</i>	91
<i>Formulaire consentement</i>	92
<i>Validation du comité</i>	93
ANNEXE 7: ORGANISATION DU CTE DE YOFF	94
<i>Acteurs intervenant au CTE</i>	94
<i>Images</i>	96

Annexe 1 : Tableaux

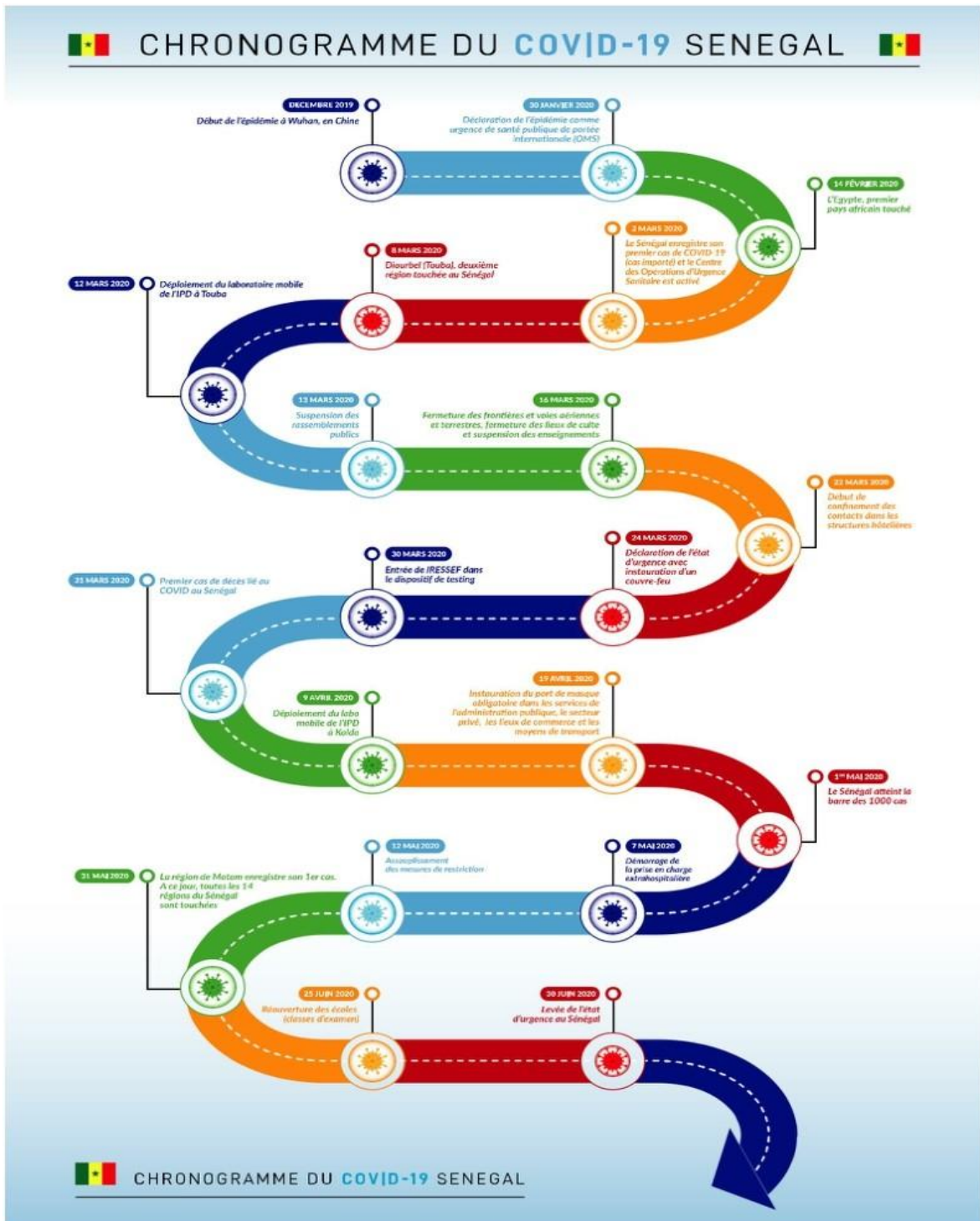
Tableau 6: Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

Pseudonyme	Sexe	Tranche d'âge	Profession	Type d'entretien	Langue utilisée
Ramatoulaye	Femme	15-29	Etudiante	WhatsApp	Français
Tafsir	Homme	46-59	Salarié	Présentiel	Wolof
Moustapha	Homme	30-45	Travailleur indépendant	Appel téléphonique	Wolof
Mariama	Femme	46-59	Travailleuse pour quelqu'un sans contrat	Appel téléphonique	Français-Wolof
Abdou	Homme	30-45	Travailleur indépendant	Présentiel	Wolof
Aboubacar	Homme	30-45	Salarié	Présentiel	Français-wolof
Khady	Femme	30-45	Salarié	Appel téléphonique	Français-wolof
Khoudia	Femme	46-59	Salarié	WhatsApp	Français
Alassane	Homme	30-45	Salarié	WhatsApp	Français
Safiétou	Femme	30-45	Salarié	WhatsApp	Français
Sylvia	Femme	15-29	Salarié	Présentiel	Français
Pauline	Femme	30-45	Travailleur indépendant	Présentiel	Wolof
Moussa	Homme	46-59	Travailleur pour quelqu'un sans contrat	Appel téléphonique	Wolof

Arona	Homme	30-45	Travailleur indépendant	Présentiel	Wolof
Sadio	Femme	30-45	Salariée	WhatsApp	Wolof
Maimouna	Femme	30-45	Travailleuse indépendante	Appel téléphonique	Wolof
Aziz	Homme	30-45	Travailleur indépendant	Présentiel	Wolof
Lamarana	Homme	15-29	Travailleur indépendant	Appel téléphonique	Wolof
Idiatou	Femme	30-45	Salariée	Présentiel	Français-wolof
Bourama	Homme	30-45	Travailleur indépendant	WhatsApp	Wolof
Malal	Homme	46-59	Travailleur indépendant	Appel téléphonique	Wolof
Woury	Homme	30-45	Travailleur indépendant	Appel téléphonique	Wolof
Ousamne	Homme	46-59	Travailleur indépendant	Appel téléphonique	Wolof
Diogay	Homme	30-45	Salarié	Appel téléphonique	Français-wolof
Aicha	Femme	30-45	Sans emploi	Appel téléphonique	Wolof

Annexe 2 : Figures

Figure 5: Principales mesures de santé publique mises en œuvre par le ministère de la santé du Sénégal (1^{er} trimestre)



Source : Comité National de Gestion des Epidémies (CNGE, 2020).

Thierno Madiou DIALLO - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de l'Université Rennes 2 & de l'UBO - année 2019-2020

Figure 6: Circulaire des médecins doctorants

Dakar, le 25/06/2020

Collectif des médecins doctorants des CTE de Diamniadio et Dalal Diam

CIRCULAIRE D'INFORMATION

Par la présente, nous médecins doctorants, souhaitons vous notifier la cessation de toutes les activités de prestation médicale dans les centres de traitement des épidémies (C.T.E) de Diamniadio et de Dalal Diam, dans le cadre de la lutte contre la covid 19 à compter du jeudi 25/06/2020 à 19H.

Par cette action, nous souhaitons attirer votre attention sur les faits suivants :

- Sollicités et engagés par le Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS) sur la base d'un contrat moral depuis l'ouverture du centre de Diamniadio le 17 Mars 2020 et celui de Dalal Diam le 25/03/2020, nous sommes restés sans informations concrètes à propos de nos contrats pour les prestations de services qui au début étaient rémunérées à un montant revu à la baisse par rapport au montant de départ, jusqu'à ne rien percevoir depuis la date du 03 Mai 2020,
- Le non-respect des engagements du ministre de tutelle lors de sa visite dans le centre de Diamniadio à la date du 29/05/2020 et après avoir reçu nos doléances devant nos chers maîtres.

Suite aux rencontres avec des autorités compétentes du ministère à savoir le DRH du ministre, le DAGE et le DLM à la date du 25/06/2020, il nous a été dit entre autres :

- Hormis les primes de motivation mensuelles de 150.000f CFA octroyées à tout le personnel des CTE sur demande du président de la république, nous ne pouvons rien percevoir du ministère car n'ayant aucun lien légal avec lui et que même cette prime nous est versée « sur demande du ministre et de par sa bonté »
- Aucune attestation ne nous sera délivrée à la fin de cette épidémie et pour cause le ministère ne nous a pas engagé
- Aucune garantie ni couverture ne sera faite par le ministère à l'endroit des médecins doctorants et s'il se passait quelque chose en cours d'exercice médicale, notre responsabilité serait directement engagée

Ceci constituant ainsi une situation très délicate pour nous tous, déjà très motivés dans la lutte patriotique contre la covid 19 mais à l'impossible nul n'est tenu...

Nous appellerons ainsi à la compréhension de tout un chacun et regrettons la tournure que cette situation prend et qui nous met mal à l'aise vis-à-vis de

Annexe 3 : Outils de collecte de données

Grille de l'observation participante :

Dans le cadre de l'appui aux équipes psychosociales qui interviennent auprès de personnes infectées par la Covid-19 et placés en isolement dans des structures extrahospitalières, les assistants de recherche seront chargés de :

Décrire la structure de prise en charge

- Description détaillée : lieux, des locaux, du matériel, des conditions dans lesquelles les personnes sont confinées et les conditions dans lesquels les professionnels de santé et les acteurs sociaux exercent leurs activités,
- Description du fonctionnement de la structure, les interventions, les horaires etc.

Décrire les acteurs et leurs interventions

- Il s'agira de réaliser une cartographie des acteurs :
- Décrire les catégories d'acteurs, réaliser une liste de ces acteurs avec leur nom, prénom, âge, profession
- Pour chacune de ces personnes, décrire son emploi du temps de la journée et ses différentes interventions
- Indiquer les difficultés rencontrées par ces professionnels, et comment ils y font face. Décrire également les interactions entre les acteurs.

Identifier les questions les plus fréquemment posées

- Il s'agira, après observation des communications entre les acteurs et les personnes suivies de lister les questions les plus fréquemment posées par les patients et les réponses qui sont apportées par les professionnels.
- Après discussion avec les acteurs, identifier les questions et problèmes posés par les patients auxquelles les professionnels ont du mal à apporter une réponse satisfaisante, soit en termes de connaissances sur le Covid-19, soit en termes de demande d'appui.

Grille approfondis entretiens semi-directifs : Enquête de suivi des patients guéris du COVID-19

Introduction

Je m'appelle X, je suis mandaté(e) par le centre de traitement épidémique (CTE) de Yoff. Nous souhaitons connaître votre état de santé et recueillir votre histoire de prise en charge ainsi que votre avis sur celle-ci afin de connaître l'expérience des patients et leur point de vue pour améliorer le dispositif. Je voudrai vous rassurer sur la confidentialité de nos échanges. Tout ce qui est dit sera rattaché à un pseudonyme (on vous attribue un prénom différent du votre et ensuite on ne garde que ce prénom et on supprime tout ce qui pourrait permettre de vous reconnaître. L'équipe est obligée de respecter le secret professionnel).

Identification et caractéristiques sociodémographiques

- Code (numéro dossier CTE)
- Pseudonyme
- Age, sexe, situation matrimoniale, activité professionnelle, nombre d'enfants mineurs, commune de résidence

Thématiques d'enquête

Expérience antérieure de maladies :

- Avez-vous eu des problèmes de santé personnels (incluant addictions) avant cette épidémie ?
- Avez-vous eu une maladie infectieuse ou en contact avec une personne qui a eu une maladie infectieuse nécessitant une approche de confinement ou d'isolement avant cette épidémie ?

Circonstances du diagnostic :

- Quels sont les premiers signes que vous avez perçus, ou bien qu'est-ce qui vous a fait penser que vous pourriez être contaminé par le coronavirus ?
- Quelles étaient les circonstances de diagnostic de votre maladie ?
- Comment on vous a annoncé le diagnostic ?
- Avez-vous été en contact avec une personne dépistée Covid ?
- D'autres personnes de votre entourage ont-elles été dépistées Covid avant votre diagnostic ? après ?

Thierno Madiou DIALLO - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de l'Université Rennes 2 & de l'UBO - année 2019-2020

- Comment pensez-vous que vous avez été infecté par le Covid ?
- Comment êtes-vous arrivé au centre (qui vous a dit de venir, comment le transport s'est passé, etc.) ?

Vécu du confinement au centre (CTE de Yoff)

Arrivée au CTE :

- Racontez-moi votre arrivée au CTE
- Qu'est-ce que vous avez pensé à votre arrivée ?
- Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?
- Quels aspects avez-vous appréciés ?
- Est-ce que vous avez des suggestions pour améliorer l'arrivée et l'accueil au CTE ?

Durant le confinement :

- Quel était votre état de santé et comment a-t-il évolué ? (symptômes, état général et forme physique + état mental subjectif : qualité du sommeil, angoisse, appétit, prise ou perte de poids...)
- Quelles sont les principales difficultés que vous avez rencontrées ?
- Qu'est-ce qui vous a permis de surmonter ces difficultés ?
- Quels sont les obstacles ou contraintes que vous avez rencontrés pour vivre au CTE ?
- Quels sont les points forts ou avantages de la prise en charge au centre ?
- Quelles sont vos suggestions pour améliorer le dispositif et faciliter le vécu ?
- Est-ce que vous auriez préféré être confiné à domicile ? Est-ce que vous avez eu le choix ?
- Est-ce que d'autres personnes de votre famille ont été confinées avec vous ? Si oui, difficultés et réponses apportées ? Suggestions ?
- Pour les proches non confinés au centre, quelles ont été les difficultés et réponses apportées ? Suggestions ?

Impacts du confinement :

- Est-ce que vous aviez un revenu pendant votre confinement ?
- Est-ce que vous aviez des charges pendant votre confinement ?
- Quelles conséquences (économiques, sociales et autres) ont été occasionnées par votre maladie ? pour vous ? pour votre famille et vos proches ?
- Quelles difficultés et/ou besoins avez-vous rencontrés durant la période de confinement concernant votre vie sociale et votre travail à l'extérieur ?

Thierno Madiou DIALLO - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de l'Université Rennes 2 & de l'UBO - année 2019-2020

- Comment avez-vous fait pour surmonter ces difficultés ou satisfaire ces besoins ? Quelles aides avez-vous trouvées, auprès de qui ?
- Quel est votre avis et quelles sont vos suggestions à ce sujet ?

Sortie du confinement :

- Combien de temps êtes-vous resté au Centre ?
- Comment s'est passé le diagnostic de sortie ?
- Qu'avez-vous reçu à la sortie du CTE (conseils, certificat médical, recommandations de prévention, kit) ?
- Avez-vous rencontré des difficultés (si oui quelles sont les principales difficultés que vous avez rencontrées), quelles solutions ont été apportées ?
- Avez-vous des suggestions à ce sujet ?

Vécu après le confinement :

Difficultés rencontrées :

- Comment vous vous sentez (physiquement et psychologiquement) ?
- Depuis votre guérison, quelles difficultés sociales rencontrez-vous ?
- Quelles difficultés psychologiques rencontrez-vous ?
- Comment faites-vous pour surmonter ces difficultés ?
- Quels besoins avez-vous et comment faites-vous pour les subvenir ?
- Quelles sont vos suggestions à ce stade ?

Stigmatisation :

- Avec qui avez-vous partagé votre diagnostic et avez-vous parlé de votre confinement ?
- Est-ce que votre famille, votre employeur et le quartier ont appris votre diagnostic parce que vous le leur avez partagé ou d'une autre manière (laquelle) ?
- Est-ce que vous parlez de votre expérience avec d'autres personnes guéries (si oui, lesquelles et comment êtes-vous en contact avec elles ?)
- Comment s'est passé votre retour dans la maison, dans le quartier ?
- Que dites-vous 1. à vos proches, 2. sur votre lieu de travail, 3. aux autres, à propos de votre expérience ?
- Souhaitez-vous aujourd'hui garder le secret (la confidentialité) sur votre maladie ou pensez-vous qu'il faut s'exprimer au sujet d'une épidémie qui peut toucher n'importe qui ? Pourquoi ?

- Avez-vous peur du regard stigmatisant des autres ?
- A votre avis, pourquoi est-ce que les gens stigmatisent les guéris du COVID-19 ?
- Quelles sont vos suggestions pour réduire la stigmatisation des personnes atteintes du COVID-19 au retour du CTE, et en général ?

Reprise de l'activité professionnelle :

- Travaillez-vous dans le secteur formel ou informel ? Etes-vous votre employeur ou employé ?
- Est-ce que votre entreprise a été impactée par l'épidémie ? Des dispositions ont-elles été définies pour les employés en cas de maladie ?
- Avez-vous une assurance maladie, une mutuelle, CMU ?
- Comment se passe la reprise de votre activité professionnelle ?
- Parlez-nous de vos interactions avec les autres personnes sur votre lieu de travail ?
- Rencontrez-vous des difficultés particulières dans votre activité professionnelle ? Comment faites-vous pour les surmonter et/ou les gérer ?
- Votre activité professionnelle est-elle revenue « à la normale » ? revenue au même niveau que les personnes qui n'ont pas été malades ? marquée par votre maladie (précisez comment) ? interrompue par votre maladie ?

Prévention secondaire

- Avez-vous des inquiétudes particulières pour vous et/ou pour votre entourage concernant votre retour à domicile ?
- Si une personne de votre entourage a des symptômes, que ferez-vous ?
- Quelles précautions avez-vous appliquées ? Pendant combien de temps ? Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?
- Pensez-vous être assez informés sur la maladie ? Comment trouvez-vous des informations ? Quelles sont vos difficultés à ce sujet ?
- Pensez-vous que vous avez un rôle particulier à jouer pour la prévention ? Si oui, est-ce que vous pouvez le jouer actuellement ou avez-vous besoin d'être soutenu et comment ?

Conclusion et récapitulatif

- Au final, que pensez-vous globalement de votre expérience au CTE ?
- Quelles sont vos suggestions ?

- Est-ce que vous seriez intéressé de connaître les résultats de l'étude? Dans ce cas, souhaitez-vous être recontacté si ces résultats sont présentés ? comment (téléphone, email, WhatsApp?) Etes-vous en contact avec des associations (en cas de présentation des résultats dans des associations) ? Lesquelles, contacts?
- Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Remerciements

Lexique de traduction français-wolof des mots clés :

Français	Wolof
Difficultés	<i>Diafé-diafé</i>
Racontez-moi	<i>Nétalima</i>
Conséquences	<i>Diéxintal</i>
Appui/aides	<i>Ndimbeul</i>
Activité professionnelle	<i>Liguéye</i>
Vous pensez-quoi de... ?	<i>Louy sa xalat ci.... ?</i>
Comment avez-vous vécu... ?	<i>No doundé... ?</i>

Annexe 4 : Résumés d'entretiens

Résumé entretien avec M. et Mrs NDIAYE

M et Mme Ndiaye sont un couple âgé respectivement de 46 ans et 39 ans. Ils sont parents de deux. Mme Ndiaye est une femme au foyer qui vend du jus de bissap⁴¹ alors que M. Ndiaye est un gendarme en fonction. Un collègue du M. Ndiaye avait consulté le service médical de la gendarmerie pour des maux de têtes associés à la fièvre et des courbatures. Le test COVID 19 réalisé est revenu positif au bout de deux jours. Un dépistage systématique a été effectué à l'ensemble des personnes des contacts y compris M. Ndiaye. Les résultats ont révélé que ce dernier était affecté par la maladie malgré l'absence de symptômes. Soucieux pour sa femme et ses enfants, M. Ndiaye avait demandé au service médical de la gendarmerie d'effectuer des tests COVID 19 aux membres de sa famille. Ces tests sont revenus positif la femme et négatif pour les enfants. Par la suite, le couple a été confiné dans des sites de prise en charge extrahospitalière différentes. La femme a été amenée au Centre de Traitement des Epidémies de Yoff alors que son mari a été pris en charge à Dalal Diam. La durée du confinement été plus courte pour la femme (04 jours vs 09 jours). En dehors le fait d'être isolé et loin de leurs proches, M. et Mme Ndiaye n'ont rencontré aucunes difficultés durant leur confinement. Cependant, ils ont vécu des situations de stigmatisation après leur retour à domicile. Mme Ndiaye a perdu sa clientèle car son demeure est dénommé « maison corona » par les gens de la cité. Dans les rues, les gens se méfient d'elle, la fuient et parlent sur son dos. M. Ndiaye quant à lui, a perdu un de ses amis car ce dernier le fuyait à cause de sa maladie. Excepté cette stigmatisation, le couple affirme que leur expérience en tant personne affectée de COVID 19 n'a eu aucune conséquences.

⁴¹ Jus local fait à base d'hibiscus

Annexe 5 : Journal de terrain

Exemple de la journée du 27 Juillet 2020 :

Je suis arrivé au niveau CTE de Yoff aux environs de 09h. Une fois à l'entrée, j'ai salué les deux vigiles que j'ai trouvés sur place. L'un d'entre eux m'a mis du gel hydro-alcoolique sur les mains. Par la suite, j'ai fait le tour des boxes et bureaux pour saluer tout le monde et en profiter pour émarger sur la liste de présence et récupérer mon petit déjeuner. Le silence qui régnait dans le centre attira aussitôt mon attention car d'habitude à cette heure il y a beaucoup de bruits avec des vas-et- viens. Cela pourrait être expliqué par le fait qu'on est à quelques jours de la fête de la tabaski et que certains responsables sont absents. L'ambiance habituelle a repris dès l'après-midi surtout à l'heure de la pause durant laquelle trois hygiénistes, quatre agents de la Croix-Rouge et un médecin jouaient à un jeu de société et débattaient sur la polygamie.

Après mon petit déjeuner, je me suis rendu à la salle des médecins pour récupérer la liste des admissions effectuées durant le week-end. Mes deux camarades sont arrivés et elles m'ont trouvées entrain de récupérer les numéros à partir des dossiers médicaux. Par la suite, j'ai attendu mes camarades qui étaient en train de prendre leur petit déjeuner dans le local des hygiénistes. Une fois qu'elles ont fini, on a pris des chaises qui étaient sur le bureau du major et on est partis se mettre à notre endroit habituel pour passer les appels. Durant ce trajet, on a croisé un hygiéniste et une infirmière avec lesquels on a rigolé longtemps en taquinant notre nouvelle camarade, qui a intégré l'équipe la semaine dernière, en lui faisant croire qu'elle doit prendre un bain rituel d'initiation avec de l'eau de javel. Elle y a cru et s'est laissé faire, même si on n'est pas aller au bout de notre blague. Par la suite, on a continué notre chemin pour finalement s'asseoir derrière les nouveaux abris en construction. Une fois sur place, j'ai fait la répartition des appels : 06 pour chacun d'entre nous. Ensuite, on a passé les appels jusqu'à 13h 30 min avant d'aller en pause et prendre le déjeuner dans le local des hygiénistes. Au menu il y avait du yassa mais une de mes camarades a pris du poulet + frites. L'ambiance était au rendez-vous lors du déjeuner avec des discussions au tour de la place de la femme dans la société sénégalaise. J'ai fini mon plat avant mes deux camarades et j'ai profité de cet instant pour aller faire ma prière du midi. Vers 14h30 on a repris les appels et une de mes camarades m'a demandé de faire un entretien avec un patient marocain qui ne parle qu'arabe. Vu que je parle bien cette langue, j'ai fait cet entretien à sa place. Vers 16h30 on a fait un briefing sur l'ensemble de nos entretiens afin de mettre au propre les besoins exprimés par les confinés. Par la suite, on est allé déposer la liste de ces besoins au bureau du major et on a assisté là-bas à une situation un peu particulière. En effet, un groupe de personnes appartenant au

Thierno Madiou DIALLO - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de l'Université Rennes 2 & de l'UBO - année 2019-2020

service militaire accompagné d'un des vigiles du centre est soudainement arrivé dans le bureau du major. Ces gendarmes été venu amené des affaires à l'un de leur camarades confiné et parmi ces affaires il y avait un couteau de combat. La possession d'objets dangereux par les confinés est interdite par le règlement du centre. Cependant, le major a fait une dérogation à la règle sous prétexte que l'objet en question a une valeur sentimentale pour le confiné. Etant lui-même militaire, le major a eu de la compassion pour ce confiné. Il avait affirmé : « je l'autorise à garder le couteau avec lui car il fait partie de la famille ».

Par la suite, on a aidé un hygiéniste (l'assistant du major) à préparer les besoins exprimés par les confinés qui étaient globalement constitués de tapis de prière, de serviette, de sandales, de serviettes hygiéniques. Un débat se posa lors de cette préparation, en effet, un confiné avait exprimé le besoin d'avoir des caleçons, choses qui n'étaient pas prévus alors que les slips pour femmes étaient disponibles car cela est prévu dès le début d'activité du centre. Le débat portait sur l'égalité homme femme et sur le fait que les femmes sont privilégiées dans la prise en charge dans le CTE. En effet, les observations ainsi que les discussions qu'on a effectuées depuis notre immersion, montrent d'une part, que les abris qui hébergent les femmes sont plus spacieuses, plus propres, plus climatisés et mieux entretenus que ceux des hommes. D'autre part, il y a plus de matériels d'aide disponibles pour les femmes que pour les hommes.

On avait convenu avec un chauffeur disposant d'un véhicule du centre qu'il allait nous déposer une de mes camarades et moi car il passe près de nos lieux d'habitation et que cela va nous faciliter le retour dans ce contexte de pré-tabaski. A l'heure indiquée, on n'avait pas encore finit de préparer les besoins. De ce fait, l'assistant du major avec qui on travaillait, a demandé au chauffeur de nous attendre malgré le retard, chose que ce dernier a acceptée. On est rentré vers 18h 10 avec le chauffeur qui nous a déposé sur près de chez nous.

Annexe 6 : Ethique

Notice d'information des participants à l'enquête

Madame, Monsieur,

Le suivi des patients déclarés guéris par le centre de traitement épidémique (CTE) de Yoff est une composante essentielle du dispositif de lutte contre l'épidémie de coronavirus. Cette enquête enregistrée comme Protocole SEN20/49 a pour buts de :

- Connaître l'état de santé physique et psychologique des patients déclarés guéris du COVID-19 par le CTE de Yoff.
- Recueillir leur vécu du confinement, les difficultés individuelles et collectives auxquelles ils ont été confrontés, et les aspects du dispositif qui pourraient être améliorés.
- Documenter l'expérience des guéris, incluant la stigmatisation et les solidarités, ainsi que les perceptions de la guérison et ses effets biopsychosociaux.
- Documenter les besoins en termes psychosociaux sur l'ensemble de l'itinéraire, en incluant les besoins concernant les proches des personnes atteintes par le COVID-19.

Nous vous proposons de participer à un ou plusieurs entretiens individuels. En cas de confinement ou d'impossibilité de respecter la distanciation sociale, cet entretien sera réalisé au téléphone par un appel direct ou sur WhatsApp suivant votre choix.

Vous pouvez refuser de participer à cette étude ou de répondre à certaines questions. Toutes les informations vous concernant resteront strictement confidentielles. Elles seront rendues anonymes avant toute utilisation et votre nom sera remplacé par un nom fictif. Les données vous concernant ne seront accessibles qu'aux chercheurs impliqués dans l'enquête, qui sont astreints au secret professionnel.

Cette enquête ne comporte pas de soins ni de prélèvement. Il est totalement indépendant de toute prise en charge dans une structure de santé.

Si vous souhaitez recevoir des informations sur le COVID-19, vous pouvez poser des questions en fin d'entretien. Vous serez informé ou orienté vers le service compétent.

Formulaire de consentement

Je soussigné (e)..... ,
déclare avoir lu ou qu'il m'a été lu la notice d'information jointe à ce formulaire et avoir clairement compris les objectifs et contraintes de l'enquête de suivi des patients déclarés guéris du COVID-19 par le centre de traitement épidémique (CTE) de Yoff .

Je comprends que ma participation à cette enquête est volontaire, que je peux choisir de refuser de participer et que, si j'accepte, je peux retirer mon consentement sans aucune pénalité ou désavantage pour moi.

J'ai bien compris que je peux refuser de répondre à certaines questions.

J'ai compris que cette enquête n'apporte aucun avantage en matière de soins.

J'ai compris que la confidentialité sera respectée par l'équipe et que les données ne porteront pas mon nom.

Par conséquent, je suis d'accord pour participer à l'enquête de suivi des patients déclarés guéris du COVID-19 par le CTE de Yoff.

Je choisis de participer à un ou plusieurs entretiens individuels.

Signature du participant....., Ou Enregistrement oral de l'accord /_/
Date.....


Signature de l'investigateur....., Date.....

Autorisation du comité d'éthique

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple - Une But - Une Foi

N° 00000158

MSAS/CNERS/Sec

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

Dakar, le 21 AUG 2020



La Présidente

AVIS ETHIQUE ET SCIENTIFIQUE

Référence : Protocole SEN20/49 « Mobilisations, commentaires et enjeux socio-sanitaires face au Covid-19 (Burkina-Faso et Sénégal) »

Docteur,

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, *Docteur*, à l'assurance de ma considération distinguée et de mes encouragements renouvelés.

Dr Khoudia SOW
CRCF



Comité national d'Éthique pour la Recherche en Santé- Rue Aimé Césaire-Fann Résidence-DAKAR-SENEGAL, Tél : (221) 77 361 47 12. Mail : cnrs2008@live.fr. N°assurance : IOR63002135. Site : www.cnrs.sn

Annexe 7 : Organisation du CTE de Yoff

Catégories d'acteurs du CTE et leurs rôles

Le personnel du CTE de Yoff est composé de :

Médecins : ils travaillent par équipe de 4 ou 5 médecins par jour. Chaque équipe fait une garde de 24 heures suivie d'un repos de 4 jours. L'équipe assure le suivi quotidien des patients, la mise à jour des dossiers de malades, l'administration du traitement en respectant la randomisation dans le cadre l'essai thérapeutique, le recueil des effets secondaires liés au traitement, la délivrance des résultats des tests diagnostic de la COVID-19 et la prise en charge des préoccupations médicales des patients via le téléphone de garde.

Infirmiers : ils travaillent par équipes de 6 ou 7 personnes. Chaque équipe effectue une garde 24 heures suivie d'un repos de 03 jours. Les infirmiers prennent les constantes des patients (tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire, fréquence cardiaque, etc.), effectuent des prélèvements sanguins et réalisent des tests diagnostic de la COVID-19.

Major : Il gère le stock (produits d'hygiène, habits, médicaments, etc.) contenu dans le magasin en renseignant toutes les entrées et sorties de produits. Par ailleurs, il assure la commande des repas pour l'ensemble des personnes qui sont dans le CTE (patients et personnel).

Hygiénistes : Ils sont chargés de désinfecter les affaires des patients, les équipements de protection individuelle (EPI) du personnel médical et paramédical, les toilettes et les couloirs avant le service de nettoyage.

Les agents de la Croix Rouge : ils sont chargés de distribuer les repas aux patients et de nettoyer les locaux du CTE (toilettes et couloirs).

Assistants sociaux : L'assistante sociale est soutenue par les assistants (auteurs de ce rapport). Ils sont au nombre de six et ils assurent l'appui psycho-social des patients admis au CTE via des échanges téléphoniques. Par ailleurs, les assistants sociaux font le suivi (téléphonique et visites à domicile) des patients guéris. L'objectif étant, d'une part d'accompagner ces patients guéris dans leur réinsertion sociale et professionnelle et d'autre part d'identifier les personnes les plus vulnérables afin d'apporter des solutions appropriées.

Vigiles (gendarmes) : Ils assurent la sécurité du CTE et veillent au respect des mesures d'hygiène (port du masque et application du gel hydro alcoolique). Par ailleurs, ils sont chargés de récupérer les colis apportés par les proches des patients afin de les remettre au personnel du CTE.

Pharmaciens : Ils sont chargés d'assurer la gestion du stock des médicaments.

Gérant de la buanderie : Il assure la récupération du linge sale et son lavage.

Ces différents acteurs travaillent en équipe de manière harmonieuse et dans une atmosphère sereine et joviale malgré les moments d'activité intense.

Images du CTE

Image 1: Entrée de Centre de Traitement des Epidémies (CTE) de Yoff



Photo prise par Diallo, TM, le 13 juillet 2020

Image 2: Panneau de présentation du CTE de Yoff



Photo prise par Diallo, TM, le 25 juillet 2020

Image 3 : bâtiment B

Th

Publique de l'Université Rennes 2 & de l'UBO - année 2019-2020



Photo prise par Diallo, TM, le 01 Aout 2020

Image 4 : Objets destinés aux confinés



Photo prise par Diallo, TM, le 13 Aout 2020

Table des matières

INTRODUCTION	1
1.1 SITUATION DU SUJET ET JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE	1
1.1.1 <i>Problématique</i>	1
1.1.2 <i>Objectifs et questions de recherche</i>	3
1.1.3 <i>Cadre de référence</i>	4
1.2 CONTEXTE : LA PANDEMIE DE COVID-19 ET LA REPOSE AU SENEGAL	4
1.3 REVUE DE LA LITTERATURE	8
2 METHODOLOGIE	10
2.1 METHODE D'ETUDE : APPROCHE QUALITATIVE	10
2.1.1 <i>L'observation participante</i>	10
2.1.2 <i>Entretiens approfondis semi-directifs</i>	11
2.2 TERRAIN D'ENQUETE : CTE DE YOFF	11
2.3 DEROULEMENT DU TRAVAIL DE RECHERCHE	13
2.3.1 <i>Analyse situationnelle</i>	14
2.3.2 <i>Collecte de données</i>	14
2.3.3 <i>Analyse et traitement des données</i>	16
2.4 POPULATION D'ETUDE	17
2.5 PRECAUTIONS ETHIQUES	19
3 RESULTATS	20
3.1 LES ATTITUDES FACE AU CONFINEMENT AU CTE	20
3.2 LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE	24
3.2.1 <i>La dimension humaine de la prise en charge</i>	24
3.2.2 <i>La prise en charge médico-psychologique</i>	26
3.2.3 <i>La satisfaction des besoins de base</i>	30
3.3 LES EFFETS SOCIO-ECONOMIQUES	32
3.3.1 <i>Types d'effets socio-économiques</i>	32
3.3.2 <i>Mesures d'accompagnement socio-économique</i>	34
3.4 LES SENS DU CONFINEMENT AU CTE	35
4 DISCUSSION	39
CONCLUSION	43

BIBLIOGRAPHIE	I
OUVRAGES	I
ARTICLES DE REVUE	II
DOCUMENTS	VII
WEBOGRAPHIE	IX
LISTE DES ANNEXES	XII
ANNEXE 1 : TABLEAUX.....	XIII
ANNEXE 2 : FIGURES	XV
ANNEXE 3 : OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES	XVII
ANNEXE 4 : RESUMES D'ENTRETIENS	XXIV
ANNEXE 5 : JOURNAL DE TERRAIN	XXV
ANNEXE 6 : ETHIQUE	XXVII
ANNEXE 7 : ORGANISATION DU CTE DE YOFF	XXX

DIALLO	Thierno Madiou	04 - 12 - 2020
Master 2 Promotion de la santé et prévention		
Acceptabilité des dispositifs d'isolement et prise en charge pour la COVID-19 : Expérience des personnes atteintes de formes bénignes au Sénégal		
Promotion 2019-2020		
<p>Résumé :</p> <p>La pandémie de COVID-19 ayant débutée en Chine dans la ville de Wuhan a exercé une forte pression sur les systèmes de santé par la proportion importante de personnes affectées nécessitant des soins de qualité. Le Sénégal a adopté une stratégie de prise en charge extrahospitalière des personnes atteintes de formes bénignes de COVID-19 afin d'éviter de surcharger ses hôpitaux. Ce travail fournit une analyse critique de ce dispositif de santé publique basée sur l'expérience des personnes qui l'ont vécu et sur l'évaluation de ses effets sociaux. Il ambitionne de répondre aux questions suivantes : Comment ces personnes ont-elles perçu ces dispositifs ? Comment ont-elles vécu l'isolement ? Avec quels effets sociaux ?</p> <p>Une étude qualitative sur la base d'entretiens semi-directifs complétée par une observation participante a été menée auprès de 25 personnes guéries de la COVID-19 ayant séjourné au Centre de Traitement des Epidémies de Yoff. L'analyse inductive a permis d'identifier les facteurs qui ont influencé l'acceptabilité de ce dispositif.</p> <p>Les résultats montrent que cette mesure de santé publique est globalement perçue comme acceptable par les personnes qui l'ont vécu. Les principaux facteurs qui ont contribué à cette perception sont : le confinement est fait sur la base du volontariat, les interventions sont mises en œuvre avec humanité, les besoins de bases sont satisfaits et une prise en charge médico-psychologique est proposée à tout le monde, même après la guérison. Ils mettent en avant la nécessité de mesures d'appui alimentaire et économique appropriées et durables pour que le confinement soit faisable et acceptable.</p>		
<p>Mots-clés : COVID-19, Prise en charge, Formes bénignes, Isolement, Afrique, Sénégal</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Études en Santé Publique et l'Université Rennes 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		

