



**CENTRE D'EXCELLENCE AFRICAIN  
POUR LA PREVENTION ET LE CONTROLE DES  
MALADIES TRANSMISSIBLES (CEA-PCMT)**

## **RAPPORT DE RECHERCHE**

**« DE L'ÉPIDÉMIE D'EBOLA À LA PANDÉMIE DE CORONAVIRUS (COVID-19) :  
UNE ANALYSE SITUATIONNELLE RAPIDE EN GUINÉE »**

CONAKRY, 1ER MAI 2020

**Enabel**



**Belgique**  
partenaire du développement

## PARTENAIRES



*« De l'épidémie d'Ebola à la pandémie de Coronavirus (COVID-19) :  
une analyse situationnelle rapide en Guinée »*

*Investigateur Principal*

*Prof. Alexandre Delamou, MD, MPH, PhD  
adelamou@cea-pcmt.org*

*Coordination de la recherche*

*Dr Thierno Oumar Fofana, MD, MPH  
Dr Sidikiba Sidibé, MD, MPH, PhDcand*

*Supervision scientifique, volet quantitatif*

*Prof. Mamadou Tounkara, MD  
Dr Abdoul Habib Beavogui, MD, MSc, PhD  
Dr Mahamoud Sama Cherif, MD, PhD*

*Supervision scientifique, volet qualitatif*

*Prof. Frédéric Le Marcis, MSc, PhD  
Dr Bienvenu Salim Camara, MD, MSc, PhDcand  
Prof. Moustapha Keita Diop, MSc,  
Marie-Yvonne Curtis, PhD*

*Gestion des données*

*Dr Adrien Fapeingou Tounkara, MD, DU  
Dr Jean Jacques Olivier Kadio, MD, MPH*

*Collaborateurs scientifiques, volet quantitatif*

*Karifa Kourouma, Mahamoud Baldé, Marie Justine Diallo, Ibrahima  
Camara, Tamba Mina Millimouno, Mamadou Alpha Diallo, Hawa  
Manet, Nafissatou Dioubaté, Charlotte Bangoura, Mamadou Bah,  
Raguiatou Baldé, Gnoumè Camara, Mohamed Sidibé, Aissatou Bobo  
Diallo, Thierno Amadou Thiam, Patrice Bouedouno, Salifou Talassone  
Bangoura, Joel Ballè Koivogui, Aguibou Barry, Célestin Togboudouno,  
Aboubacar Cissé*

*Collaborateurs scientifiques, volet qualitatif*

*Alpha Oumar Barry, Mamadouba Camara, Nimatoulaye Diallo,  
Joséphine Haba, Laurent Koniono, Hawa Kourouma, Sékou Kouyaté,  
Dougou Kpakpavogui, Christine Timbo Soungbono, Abdoulaye Wotem  
Sompare, Paul Thea*

**Collaborateurs**

Dr Abdoulaye Sow, Dr Alpha Kabinet Keïta, Dr Magna Condé, Dr Mariama Sadio Diallo, Prof. Sahar Traoré, Prof. Alioune Camara, Prof. Abdoulaye Touré, Prof. Mamadou Saliou Sow, Prof. Fodé Bangaly Sako, Dr Sakoba Keita, Dr Timothée Guilavogui, Dr Alpha Amadou Diallo, Prof. Wim Van Damme, Dr Sadou Sow, Dr Delphin Kolié, Dr Moussa Koné

1. Centre d'Excellence Africain pour la Prévention et Contrôle des Maladies Transmissibles (CEA-PCMT), Conakry, Guinée
2. Université Général Lansana Conté de Sonfonia, Conakry, Guinée
3. Chaire de Santé Publique, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Conakry, Guinée.
4. Centre National de Formation et de Recherche en Santé Rurale de Maferinyah, Forécariah, Guinée.
5. Institut National de Santé Publique (INSP), Conakry, Guinée
6. Service de Maladies Infectieuses, Hôpital National Donka, Conakry
7. Centre de Recherche et de Formation en Infectiologie (CERFIG), Conakry, Guinée
8. Service de Dermatologie et Vénéréologie, Hôpital Donka, Conakry, Guinée
9. Agence Nationale de Sécurité Sanitaire, Guinée
10. Institut de Médecine Tropicale (IMT) d'Anvers, Belgique
11. ENS de Lyon, IRD, CERFIG
12. Ministère de la Santé

**Institutions participantes****Contact**

Centre d'Excellence Africain pour la Prévention et Contrôle des Maladies Transmissibles (CEA-PCMT)  
 Route de Donka (Campus Hadja Mafory BANGOURA)  
 BP : 1017, Conakry, Guinée  
 Tél : +224656122927 – Email : [info@cea-pcmt.org](mailto:info@cea-pcmt.org)  
 site web : [www.cea-pcmt.org](http://www.cea-pcmt.org)

## TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS.....	7
RESUME.....	8
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	12
II. QUESTIONS DE RECHERCHE.....	13
III. OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	14
IV. METHODOLOGIE.....	15
4.1. Type et période d'étude.....	15
4.2. Cadre d'étude.....	15
4.3. Etude quantitative.....	15
4.3.1. Population d'étude.....	15
4.3.2. Critères d'inclusion.....	15
4.3.3. Variables d'Étude.....	15
4.3.4. Sources et Collecte des données quantitative.....	16
4.3.5. Échantillonnage.....	16
4.3.6. Formation des équipes.....	17
4.3.7. Méthodes de collecte des données.....	17
4.3.8. Saisie et Analyse des Données.....	17
4.4. Etude qualitative (Ethnographie) .....	18
4.4.1. Sites de l'ethnographie et équipe de collecte.....	18
4.4.2. Considérations théoriques.....	18
4.4.3. Collecte des données (approche ethnographique).....	18
4.4.4. Analyse et exploitation des données qualitatives.....	19
V. CONSIDERATIONS ÉTHIQUES.....	19
VI. PARTENAIRES IMPLIQUES.....	20
VII. EXPLOITATION DES RESULTATS.....	20
VIII. RESULTATS DU VOLET QUANTITATIF.....	21
8.1. Description de l'échantillon.....	21
8.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des autorités sanitaires.....	21
8.1.2 Caractéristiques sociodémographiques des prestataires de soins.....	21
8.1.3 Caractéristiques sociodémographiques des ASC/RECO.....	21
8.1.4 Caractéristiques sociodémographiques du grand public.....	21
8.2. Connaissances, attitudes et pratiques des autorités sanitaires.....	21
8.2.1 Perception des autorités sanitaires sur le risque et la vulnérabilité face au COVID-19 en Guinée.....	22
8.3. Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins.....	23
8.3.1 Connaissance du COVID-19.....	23
8.3.2 Connaissance du mode de transmission.....	23
8.3.3 Connaissance des signes cliniques.....	23
8.3.4 Connaissance de la définition d'un Cas suspect.....	24
8.3.5 Mode de Prévention du Covid-19.....	24
8.3.6 Perception du risque par le personnel de santé.....	25
8.3.7 Avis des prestataires de soins sur les dispositions prise par l'état.....	25
8.4. Connaissances attitudes et pratiques (CAP) des ASC/RECO.....	26
8.4.1 Connaissance des ACS sur le Covid-19.....	26
8.4.2 Perception des ACS/Relais sur le Covid-19.....	27
8.5. Connaissances attitudes et pratiques (CAP) du grand public.....	28
8.5.1 Connaissance des personnes du grand public du COVID-19.....	28
8.5.2 Connaissance des personnes du grand public sur les modes transmission du Covid-19.....	28
8.5.3 Connaissance du grand public des symptômes de la maladie à Coronavirus.....	28
8.5.4 Attitude et Pratique des personnes du grand public vis-à-vis du covid.19.....	29
8.5.5 2.4.5 Perception du grand public sur le Covid19.....	29

8.5.6	Perception du grand public sur les mesures de Restriction prises par l'Etat.....	30
8.5.4	Attitude et Pratique des personnes du grand public vis-à-vis du covid.19.....	29
8.5.5	2.4.5 Perception du grand public sur le Covid19.....	29
8.5.6	Perception du grand public sur les mesures de Restriction prises par l'Etat.....	30
8.6.	Préparation du système de santé.....	31
8.6.1	Préparation et Riposte selon les Responsables des Structures.....	31
8.6.2	Institution Impliquées Dans La Riposte En Guinée.....	31
8.6.3	Préparation des structures de santé face à la pandémie du covid-19.....	31
8.6.4	Formation, préparation et riposte selon les prestataires.....	31
IX.	DISCUSSION DES RESULTATS QUANTITATIFS.....	33
9.1.	Prestataires.....	33
9.2.	ACS/Relais communautaire.....	34
9.3.	Grand public.....	34
9.4.	Préparation du système d santé.....	35
9.4.1	Autorités sanitaires.....	35
9.4.2	Prestataires.....	36
X.	PRINCIPALES RECOMMANDATIONS.....	36
XI.	RESULTATS DE L'ETHNOGRAPHIE (SYNTHESE).....	37
11.1.	Considérations générales.....	37
10.1.1	L'ombre portée d'Ebola sur l'épidémie de Coronavirus.....	37
10.1.2	Hygiène et biosécurité.....	37
10.1.3	Disparité Conakry – Province.....	38
10.1.4	Diffusion des connaissances sur le Covid-19.....	38
10.1.5	Impact de la politique de recrutement des stagiaires.....	38
10.1.6	C-TEPI : inégalité des situations.....	39
10.1.7	Consommables.....	39
11.2.	Gestion pratique du risque epidemique.....	39
10.2.1	Objets contacts.....	39
10.2.2	Économie des masques.....	40
10.2.3	Définition des cas / Construction sociale du risque (temps extraordinaire de l'épidémie).....	41
10.2.4	Triage (prise de température, interrogatoire, service public, service porte).....	41
10.2.5	Hôpital comme zone marchande.....	42
10.2.6	Frontière, zone grise.....	43
10.2.7	Sociabilités professionnelles.....	43
10.2.8	Faire la queue, s'exposer au risque.....	44
XII.	SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS.....	45
12.1	Répartition des moyens et diffusion des informations dans le système de santé.....	45
12.2	Définition des cas.....	45
12.3	Stagiaires.....	45
12.4	Offre privée de soin.....	45
12.5	C-TEPI.....	45
12.6	Consommables.....	46
12.7	Objets Contacts.....	46
12.8	Économie des masques.....	46
12.9	Tri.....	46
12.10	Hôpital comme zone marchan de.....	46
12.11	Hôpital et zone grise.....	46
12.12	Sociabilités professionnelles.....	47
12.13	Faire la queue et s'exposer au risque.....	47
XIII.	REFERENCES.....	48

## **ABRÉVIATIONS**

<b>ANSS</b>	Agence Nationale de Sécurité Sanitaire
<b>CEA-PCMT</b>	Centre Africain d'Excellence pour la Prévention et le Contrôle des Maladies Transmissibles
<b>CERFIG</b>	Centre de Recherche et de Formation en Infectiologie de Guinée
<b>CNFRSR</b>	Centre National de Formation et de Recherche en Santé Rurale
<b>COVID-19</b>	Maladie du coronavirus 2019
<b>FSTS</b>	Faculté des Sciences et Techniques de la Santé
<b>IMT</b>	Institut de Médecine Tropicale
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>UGANC</b>	Université Gamal Abdel Nasser de Conakry
<b>MVE</b>	Maladie à Virus Ebola



## **RÉSUMÉ**

Dans cette enquête transversale qui a concerné 13 districts sanitaires du pays, les informations sur les connaissances, attitudes, et perception du risque sur la maladie de Covid-19, ainsi que sur la disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI) et les pratiques de soins dans le contexte de la maladie à Coronavirus ont été couvertes par l'étude.

L'étude comportait deux volets (quantitatif et qualitatif) menés aussi bien à Conakry qu'à l'intérieur du pays.

Au total 197 responsables des services ou autorités sanitaires (79 à Conakry et 118 à l'intérieur du pays), 1058 prestataires de Santé (475 à Conakry et 583 à l'intérieur du pays) dans 169 formations sanitaires, 107 Agents de santé communautaires et relais communautaires (ASC/RECO) à l'intérieur du pays et 3385 personnes du grand public issus des diverses couches socioprofessionnelles (1644 à Conakry et 1741 à l'intérieur du pays) ont pris part à cette étude.

### **Les principaux Constats sont :**

#### **Connaissance des participants sur le Coronavirus**

- Le germe responsable et les types de maladies causées par le Coronavirus restent bien connus par plus de huit prestataires sur dix interrogées. Cependant plus de la moitié des prestataires ignorent l'agent vecteur de la maladie. Toutefois, à Conakry, (34,1%) des personnes interviewées contre (19,7%) à l'intérieur du pays ont cité le pangolin comme agent vecteur de la maladie.
- Tous les ACS/RECO rencontrés ont déjà entendu parler de Covid-19 et (54,2%) d'entre eux savent que la maladie à coronavirus est une pathologie respiratoire. Cependant (98,1%) ils ne connaissent pas l'agents vecteur. La chauve-souris et le Pangolin ont été cités par seulement (1,8%) des enquêtés.
- La grande majorité des personnes du grand public enquêtées (98,1%) ont déjà entendu parler du Covid19 et savent que c'est une maladie grave. Cependant plus d'un quart (26%) des personnes interrogées dans les deux zones ne connaissent pas les agents vecteurs de la maladie à coronavirus. La chauve-souris et le pangolin ont été cités par (13,3%) des personnes interviewées. Plus de la moitié des personnes enquêtées (55,8%) dans les deux zones savent que la maladie à coronavirus est une pathologie respiratoire.

#### **Connaissance du mode de transmission**

- La transmission interhumaine de la maladie reste le mode de transmission le plus connu par les participants avec respectivement (81%), (86%) et (79%) pour les prestataires, ACS/Relais et les personnes du grand public . Cependant, les autres modes de transmission comme les objets et surfaces infectés restent peu connus surtout parmi les ASC/Relais Communautaires et les personnes du grand public de l'intérieur du pays.

#### **Connaissance de la définition d'un Cas suspect**

- La notion de contact ainsi que la définition des cas suspects tant à Conakry qu'à l'intérieur du pays reste connue par plus de la moitié des prestataires. En effet, (55%) des prestataires de soins interrogés à Conakry et à l'intérieur du pays définissent un cas suspect comme étant :



une personne qui présente une fièvre de 38°C associée à une toux et une notion de contact avec un cas confirmé ou probable ou une personne ayant une Infection Respiratoire Aigüe (IRA) sévère avec un antécédent de séjour dans un pays affecté ou ayant été en contact avec un cas probable.

## Connaissance des signes cliniques

- Les signes cliniques de la maladie à coronavirus comme la toux et la fièvre restent bien connus par près de neuf ASC/RECO sur dix, dans le grand public ces signes sont connus par huit personnes sur dix. Cette connaissance est plus élevée à Conakry (zone plus affectée) qu'à l'intérieur du pays (Zone peu affectée)

## Mode de Prévention du Covid-19

- Les modes de prévention de la maladie à coronavirus restent bien connus par la grande majorité des personnes interviewées dans les deux zones enquêtées (Conakry et à l'intérieur du pays). Le lavage régulier des mains avec du savon ou une solution hydro alcoolique est décrit comme principal mode de prévention de la maladie à coronavirus. Les autres moyens comme éviter de se serrer les mains et maintenir la distance d'au moins un mètre restent également connus par près des deux tiers des prestataires enquêtés.

## Attitude et Pratique des personnes du grand public vis-à-vis du covid.19

- La majorité des personnes interrogées a déclaré qu'elle informera immédiatement le personnel de santé si elle présentait les signes qui ressemblent aux symptômes du Covid-19. Près de 88% des personnes interrogées à Conakry et 79,3% des personnes interrogées à l'intérieur du pays ont dit posséder un kit de lavage des mains à domicile.

## Perception des autorités sanitaires et les prestataires sur le risque et la vulnérabilité face au COVID-19 en Guinée

- Plus de la moitié des autorités sanitaires interrogées pensent que les personnes âgées sont plus susceptibles de contracter le COVID-19 contre 40,1% qui affirment que le risque de contracter la maladie est le même au sein de toute la population. La majorité déclare que toutes les races (63,6%) et tous les groupes socio-économiques (76,6%) sont susceptibles de contracter la maladie s'ils sont exposés aux mêmes risques.

Pour leur degré de satisfaction sur l'organisation des activités de riposte menée par l'état à travers l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSS), plus de 50% ont déclaré ne pas du tout être satisfait de la riposte. Parmi les motifs d'insatisfaction avancés : la faible qualité du suivi des contacts, le manque d'Équipements de Protection Individuel (EPI) pour le personnel de santé, le non-respect de l'État d'urgence sanitaire, l'achat de bavette par les personnels, la non-implication du personnel médical dans la prise en charge, la faiblesse de la communication autour de la maladie.

## Perception du risque par le personnel de santé

- Plus de la moitié des prestataires trouve que les personnes âgées sont plus susceptibles de contracter le COVID-19 (52,4%). La majorité des prestataires pense également que les personnes âgées sont les plus à risque de mourir de la maladie à coronavirus (74,6%). Plus de 45% pensent que toutes les catégories professionnelles courent le même risque vis-à-vis du covid-19. Toutefois, 42% des prestataires estiment que le personnel de santé présente le risque le plus élevé de contracter la maladie à coronavirus.

## Perception du grand public sur le Covid19

- La majorité des personnes interrogées à Conakry et à l'intérieur du pays déclare que toutes les races présentent les mêmes risques de développer le Covid-19. Cependant, 31,2% des personnes interrogées à Conakry et 40,7% de celles interrogées à l'intérieur du pays pensent que la race blanche présente plus de risque de contracter le Covi-19. En plus, 55% des personnes interrogées à l'intérieur du pays déclarent que la race blanche est plus à risque de mourir de la maladie que les autres races.
- Plus de deux personnes sur cinq interrogées à Conakry (45,5%) et à l'intérieur du pays (43%) déclarent que tout le monde présente le même risque de contracter la maladie, mais les personnes âgées sont encore plus vulnérables à la maladie que les autres.
- Pour les personnes du grand public, toutes les catégories professionnelles présentent les mêmes risques. Cependant, (17,7%) des personnes interrogées à Conakry et 16% à l'intérieur du pays estiment que le personnel de santé présente le plus grand risque suivi des personnalités administratives et politiques.

## Perception du grand public sur les mesures de restriction prises par l'État

- La majorité des personnes rencontrées déclare être d'accord avec les mesures et restrictions prises par l'état notamment la fermeture des lieux de cultes (mosquées et église, la réduction du nombre de passagers dans les transports en commun, l'interdiction de sortir de Conakry, la fermeture des écoles)

## Préparation et Riposte selon les Responsables des Structures

- 64% des responsables de structures sanitaires déclarent n'avoir reçu aucun matériel de prévention et de lutte contre la maladie à coronavirus. Toutefois, la présence de kits de lavage des mains devant ces structures a été observée au niveau de toutes les structures sanitaires visitées. Dans les zones moins affectées par le Coronavirus, 77% des responsables affirment que leurs structures n'ont reçu aucun matériel de protection individuelle.
- 42% des structures avaient mis en place un comité fonctionnel de gestion du COVID-19

## Préparation des responsables des structures de santé face à la pandémie du covid-19

- 77% ont déclaré avoir reçu un document d'orientation sur la riposte contre le COVID-19. À Conakry, 33% des structures n'ont pas reçu de directives bien que cette zone soit le principal foyer de Covid-19 en Guinée. Parmi structures publiques, 85% ont reçu ce document contre 44% des structures des structures privées ( $P < 0,001$ ). Quant à l'intérieur du pays, 84% des responsables (autorités sanitaires) ont déclaré avoir reçu des directives venant du niveau supérieur contre 67% à Conakry ( $p < 0,001$ ).
- 63,5% des structures visitées ont mis en place un système de tri à la rentrée. La capacité de gestion reste cependant faible dans l'ensemble, car seulement 24% des structures ont du personnel formé au diagnostic, 8,6% disposent d'un kit de prélèvement et 6% ont la capacité de faire un diagnostic ou de transporter l'échantillon vers Conakry.

## Formation, préparation et riposte selon les prestataires

- 85% des prestataires interrogés à l'intérieur du pays et 84% à Conakry n'avaient bénéficié d'aucune formation sur la Prévention et le Contrôle des Infections (PCI) au cours des derniers mois précédant la collecte des données.
- 70% des prestataires enquêtés (intérieur du pays et Conakry) n'avaient reçu aucun équipement de protection individuelle contre la maladie à coronavirus lors du passage des équipes de collecte des données. Cette proportion est plus élevée à l'intérieur du pays (74%) qu'à Conakry (67%) qui reste néanmoins la zone la plus affectée par l'Épidémie de la maladie à Coronavirus.
- Près de huit prestataires sur dix s'accordent à dire que les quantités des EPI disponibles (Gants, Bavette, Savon ou solution hydroalcoolique pour un mois) sont largement insuffisantes pour couvrir les besoins pendant cette période d'Épidémie
- 73% des prestataires dans l'ensemble ont déclaré n'avoir jamais entendu parler du guide de prise en charge du Covid-19 élaboré par l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSS).
- La majorité des informations reçues par les prestataires de soins sur le Covid-19 s'est faite à travers les médias et internet.
- La majorité des prestataires (92% à Conakry et 91% à l'intérieur) ont déclaré n'avoir reçu aucune formation sur la prévention et la prise en charge du Covid-19. Quant aux directives nationales sur la prévention de la maladie à coronavirus.
- En termes de prise en charge, des personnes suspectées de Covid-19, (76%) des prestataires interrogés à Conakry et (75%) à l'intérieur du pays déclarent que leurs structures sanitaires ne disposent pas d'un espace aménagé pour isoler les cas suspects de Covid-19.

## Institutions Impliquées Dans La Riposte En Guinée

- L'ANSS est l'institution qui a été citée comme la plus impliquée dans la riposte par (85%) des personnes interrogées. Cependant les responsables des structures privées ont déclaré que l'ANSS n'était pas du tout impliqué à leur niveau.
- 77% des responsables (autorités sanitaires) ont affirmé l'implication de l'Organisation Mondiale de la Santé dans la riposte au niveau de leurs structures aussi bien à Conakry qu'à l'intérieur du pays.
- Les autres institutions impliquées à des niveaux variables sont. L'INSP (23%), CEA-PCMT (15,2%), CERFIG (14,7%), Présidence (23,4%), Primature (18,23%) et ENABEL (12,2%)

## **I - CONTEXTE ET JUSTIFICATION**

La pandémie de la maladie du coronavirus (COVID-19), ayant débuté dans la ville portuaire de Wuhan en Chine en décembre 2019, est la deuxième urgence sanitaire internationale qui alerte les systèmes de santé en Afrique, à la suite de l'épidémie ouest-africaine de la maladie à virus Ebola (MVE) 2013-2016 (1-3). Le COVID-19 est causé par une nouvelle souche de la famille des coronavirus jamais identifiés chez l'homme (1). La maladie a les manifestations habituelles d'une infection respiratoire simple ou d'une pneumonie, notamment la fièvre, la toux, l'essoufflement, les difficultés respiratoires, et dans les cas sévères, un syndrome respiratoire aigu sévère, une insuffisance rénale voir la mort (1,4,5). À ce jour, il n'existe ni vaccin ni de traitement connu contre le COVID-19. Toutefois, des gestes comme laver régulièrement les mains, se couvrir la bouche et le nez en toussant ou en éternuant, éviter le contact étroit avec toute personne présentant des symptômes de maladie respiratoire sont recommandés comme moyens de prévention de la maladie (1).

Le COVID-19 a été rapporté comme une épidémie par les autorités sanitaires chinoises à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le 31 décembre 2019 (6). À la date du 30 janvier 2020, la maladie s'était déjà répandue dans 18 pays, entre autres à travers la transmission interhumaine, amenant ainsi l'OMS à la déclarer comme une urgence sanitaire internationale de santé publique (7). Le 11 mars 2020, après avoir infecté 118 000 personnes et causé 3400 décès dans 114 pays, le COVID-19 a été déclaré par l'OMS comme une pandémie (6,8,9). A la date du 22 mars 2020, plus de 292 000 cas infectés, dont plus de 12000 décès, ont été enregistrés dans 186 pays à travers le monde (10).

En Afrique, le COVID-19 a été rapporté pour la première fois en Égypte le 15 février 2020, avant d'infecter plus de 739 personnes dans 42 des 54 pays du continent en la date du 22 mars 2020 (10,11). En la même date, 15 des 21 pays francophones en Afrique étaient touchés par la pandémie (10). En Guinée, deux cas importés ont été également confirmés en la date du 19 mars 2020 (12).

Les pays francophones d'Afrique ayant rapporté des cas de COVID-19 ont différemment été affectés par les récents épisodes d'épidémie de la MVE depuis 2013. Trois de ces pays avaient rapporté des cas de MVE, avec la Guinée portant le plus grand fardeau de la maladie, soit plus de 3300 cas, dont plus de 2000 décès entre 2013 et 2016 (13). La République Démocratique du Congo a connu au total dix épisodes d'épidémie de MVE dans l'histoire, dont quatre entre 2014 et 2020 avec plus 3400 cas confirmés et plus de 2100 décès (14). En octobre 2014 également, le Mali avait rapporté un seul cas de MVE (15).

Au regard des différentes histoires épidémiques des pays, les différents niveaux de leurs systèmes de santé, ainsi que la vitesse de la propagation du COVID-19, il est évident que les pays francophones d'Afrique sont à différents niveaux de préparation dans la riposte contre la pandémie du COVID-19. Il est en plus important de souligner le niveau de préparation des populations, c'est-à-dire, leurs connaissances, perceptions et aptitudes à riposter à la pandémie à travers le respect des mesures de prévention et surveillance. En effet, l'épidémie de la MVE en Guinée a montré l'importance de l'implication des populations dans le contrôle des crises épidémiques. Il faut aussi souligner que les efforts du Gouvernement guinéen et de ses partenaires ont permis de contrôler l'épidémie de la MVE à travers le renforcement du système de santé et l'amélioration des connaissances et perceptions des communautés.

Les leçons apprises de cette épidémie constitueraient un avantage dans la préparation du pays face à la pandémie du COVID-19. Toutefois, la pandémie du COVID-19 est sans précédent et s'avère particulièrement défiant face aux différents systèmes de santé qui peinent encore à interrompre la chaîne de transmission et à prendre en charge les personnes infectées.

Une préparation adaptée du système de santé et des populations est donc nécessaire pour contrôler cette pandémie en Guinée. De même, une meilleure lutte contre la pandémie du COVID-19 passerait par une synergie d'efforts entre les différents systèmes de santé, indépendamment du niveau d'affection des pays. Au regard des différents contextes nationaux de santé publique, la meilleure manière d'amorcer le renforcement du niveau de préparation des pays est d'abord d'avoir une compréhension exhaustive des niveaux de préparation de chacun de ces pays concernés, notamment de leurs systèmes de santé et populations respectifs.

En Afrique, les pays francophones sont plus confrontés aux défis de recherche en santé publique, notamment le nombre limité d'opportunités de recherche, comparativement aux pays anglophones, et ce, en raison de la barrière linguistique face à l'Anglais qui est la principale langue de recherche au niveau global, mais aussi en raison des priorités des bailleurs de fonds pour la recherche (16).

C'est pourquoi le Centre Africain d'Excellence pour la Prévention et le Contrôle des Maladies Transmissibles (CEA-PCMT) de la Guinée et l'Agence de Coopération Belge (ENABEL), en collaboration avec les institutions partenaires a mené une analyse situationnelle sur le niveau de préparation de la Guinée en particulier et de l'Afrique francophone en général face à la riposte à la pandémie du COVID.

## II. QUESTIONS DE RECHERCHE

**Quel est le niveau de préparation du système de santé Guinéen dans la riposte contre la pandémie du COVID-19, trois mois après sa déclaration ?**

1. Quels sont les CAP des personnels de santé face au COVID-19 ?
2. Quels sont la couverture et le mécanisme de surveillance (sites sentinelles & laboratoires de diagnostic) du COVID-19 dans les districts sanitaires du pays?
3. Quelle est la capacité infrastructurelle des structures de santé (approvisionnement en oxygène, inventaire des appareils respiratoires fonctionnels) pour la prise en charge des cas de COVID-19 ?
4. Quelles sont les tensions entre connaissance du risque viral et mise en œuvre de mesures de biosécurité dans le cadres des interactions ordinaires de soin (question du triage et de la relation soignant-soigné).
5. Quelles sont les logiques de la construction du risque chez les agents de santé à différents niveaux du système sanitaire (Postes de Santé, Centres de Santé, Centres Médicaux Communaux, Hôpitaux) ?
6. Quelles contraintes concrètes à la mise en œuvre des mesure de prévention de la contagion dans le contexte du soin ?

## III. OBJECTIFS DE RECHERCHE

1. Quels sont la couverture et le mécanisme de surveillance (sites sentinelles & laboratoires de diagnostic) du COVID-19 dans les districts sanitaires du pays?
2. Quelle est la capacité infrastructurelle des structures de santé (approvisionnement en oxygène, inventaire des appareils respiratoires fonctionnels) pour la prise en charge des cas de COVID-19 ?
3. Quelles sont les tensions entre connaissance du risque viral et mise en œuvre de mesures de biosécurité dans le cadres des interactions ordinaires de soin (question du triage et de la relation soignant-soigné).
4. Quelles sont les logiques de la construction du risque chez les agents de santé à différents niveaux du système sanitaire (Postes de Santé, Centres de Santé, Centres Médicaux Communaux, Hôpitaux) ?
5. Quelles contraintes concrètes à la mise en œuvre des mesure de prévention de la contagion dans le contexte du soin ?



## **IV. METHODOLOGIE**

Il s'agit d'une étude transversale mixte combinant une étude quantitative (enquête transversale) et étude qualitative (ethnographie de l'hôpital).

Les données quantitatives permettront de mesurer le niveau des bonnes CAP des personnels de santé, d'estimer leurs besoins en formation, ainsi que la capacité du système de santé à surveiller et à prendre en charge les cas de COVID-19 au niveau des districts sanitaires.

Les données qualitatives permettront de comprendre les logiques de construction du risque du COVID-19 chez les agents de santé, mais aussi les contraintes concrètes liées à l'application des mesures de prévention du COVID-19 dans les différents contextes de soins au sein des structures sanitaires publiques et privés du pays. Ces données qualitatives vont également permettre de proposer des modules de formation des personnels de santé, adaptés aux besoins du terrain quant à la prévention, l'orientation, et la référence des patients dans le contexte pandémique du COVID-19

### **4.2. Cadre d'étude**

L'étude s'est déroulée en Guinée et précisément dans une sélection de neuf districts/régions sanitaires, notamment Conakry, Kindia, Mamou, Labé, Kankan, N'Zérékoré, Lola, Siguiri et Mali. Le choix de ces districts sanitaires s'est basé sur le fait qu'ils soient des points privilégiés de connexions dans le circuit commercial du pays. Au regard de la dynamique de propagation du COVID-19 d'une localité à une autre, nous assumons que le risque de propagation du virus est plus élevé à travers les grands axes de mobilité et de commerce.

### **4.3. Etude quantitative**

#### **4.3.1. Population d'étude**

Les populations cibles de cette étude étaient :

- Les prestataires de santé des structures sanitaires publiques et privées
- Les Autorités sanitaires notamment des responsables des structures sanitaires (chef de Service, Directeurs des hôpitaux), des équipes des directions préfectorales, communales et régionales de santé
- Le grand public composé de : commerçants, transporteurs, piroguier, patients et accompagnants, et les utilisateurs des réseaux sociaux...etc
- Les Agents de Santé Communautaire (ASC)/Relais Communautaires (RECO)

#### **4.3.2. Critères d'inclusion**

Ont été inclus dans cette étude, toutes les personnes ayant accepté de se prêter aux questionnaires soit lors du passage des agents de collecte ou à travers la messagerie électronique (emails, Facebook, WhatsApp, sites web).

#### **4.3.3. Variables d'Étude**

Les variables de l'étude étaient :

- Les connaissances, attitudes (perception du risque) et pratiques vis-à-vis du coronavirus (COVID-19) en Guinée ;



- Le niveau de préparation du système de santé face au COVID19 en termes de prévention et de contrôle.

Dans le cadre de cette étude, les variables connaissances, attitudes, pratiques et perceptions ont été adaptées à partir des études précédentes (19–21).

#### **4.3.4. Sources et Collecte des données quantitatives**

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire standardisé, semi-structuré. Il a été administré directement par des étudiants du Master en santé publique de l'UGANC et les médecins et des socioanthropologues préalablement formés sur le protocole et les outils de collecte. Le questionnaire a aussi été administré par voie électronique pour les personnes cibles inaccessibles physiquement (soit par email ou par les réseaux sociaux comme Facebook). Une équipe de 20 enquêteurs appuyée par trois superviseurs a été mobilisée pour la collecte des données.

La collecte des données a été faite à l'aide des tablettes Android dans lesquelles quatre questionnaires ont été chargés en utilisant le logiciel KoboCollect.

Une phase pilote a été conduite pour pré tester le questionnaire auprès d'un groupe d'étudiants (N=20) de l'UGANC. Les données ont été collectées pendant une période de quinze jours du 10 au 25 avril 2020.

#### **4.3.5. Échantillonnage**

Nous avons procédé à un échantillonnage raisonné et aléatoire des différentes catégories de notre population d'étude comme décrite ci-dessous.

##### **Échantillon pour les structures de santé**

Pour les professionnels de santé, nous avons également procédé un choix raisonné de 5 à 10 personnels par service. Au sein des structures de santé ce sont : Directeurs d'établissement, chefs des services, médecin interne, médecin spécialiste, surveillants, stagiaires, infirmiers, agents techniques de santé, brancardiers, sages-femmes, garçons/filles de salle, matrones qui ont été interrogés.

Dans les Centres de Santé, nous avons interrogé le chef de centre, le médecin-chef chargé de la consultation primaire curative enfant/adulte, la sage-femme maîtresse, deux stagiaires et deux agents de santé communautaires.

##### **Échantillon pour les structures de santé**

Pour les professionnels de santé, nous avons également procédé un choix raisonné de 5 à 10 personnels par service. Au sein des structures de santé ce sont : Directeurs d'établissement, chefs des services, médecin interne, médecin spécialiste, surveillants, stagiaires, infirmiers, agents techniques de santé, brancardiers, sages-femmes, garçons/filles de salle, matrones qui ont été interrogés.

Dans les Centres de Santé, nous avons interrogé le chef de centre, le médecin-chef chargé de la consultation primaire curative enfant/adulte, la sage-femme maîtresse, deux stagiaires et deux agents de santé communautaires.

### **Échantillon pour les composantes du grand public (commerçants, transporteurs, piroguier, utilisateurs d'internet, utilisateurs des services de soins)**

Nous avons procédé au choix d'une gare routière par commune à partir de liste des gares obtenues auprès des syndicats de transporteurs. Nous avons interrogé 25 à 50 transporteurs dans chaque gare routière.

Un marché a été choisi par commune sur la base de la liste des marchés obtenue auprès du ministère du Commerce. Ainsi, 25 à 50 commerçants ont été interrogés.

Pour les utilisateurs d'internet également, nous procédé à un choix raisonné de 25 à 50 personnes.

La même procédure a été également utilisée pour le choix des utilisateurs des services de soins. De façon générale, la taille de chaque échantillon a été majorée de 10% pour tenir compte des proportions de non-réponses.

#### **4.3.6. Formation des équipes**

Les enquêteurs et les superviseurs recrutés à Conakry ont été pendant deux jours sur la méthodologie d'enquête et le remplissage des formulaires à travers l'utilisation des tablettes.

Cette formation a été axée essentiellement sur les éléments suivants :

- Compréhension des formulaires
- Traduction des différents questionnaires en langue locale (pour les bénéficiaires communautaires)
- Standardisation de l'administration des formulaires
- Constitution des équipes d'enquêteurs
- Pré-test des formulaires

#### **4.3.7. Méthodes de collecte des données**

La collecte des données s'est déroulée pendant une période de quinze jours du 10 au 25 avril 2020. Après la sélection aléatoire des formations sanitaires et identification des zones d'intervention, les deux zones ont été identifiées, une équipe de 10 enquêteurs a été constituée pour la zone de Conakry et 3 équipes de trois enquêteurs chacune à l'intérieur du pays pour la collecte des données quantitatives. Pour chaque équipe, un plan opératif a été élaboré, y compris un chronogramme journalier où toutes les visites aux formations sanitaires ont été planifiées pendant les deux semaines de l'étude.

#### ***Interview des agents de santé et agents communautaires***

Au début de la visite, l'équipe de l'étude s'est présentée aux autorités locales des districts sanitaires avant de prendre contact avec les responsables des formations sanitaires concernées par l'étude pour expliquer les objectifs de l'étude. Après le consentement éclairé, les équipes se sont réparties en sous-équipes pour la collecte des données auprès des groupes cibles.

Le formulaire individuel aborde les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires sur le Covid-19, la disponibilité des équipements de protection individuelle, la perception sur la préparation et la riposte contre le Covid-19 et les attitudes des patients par rapport au Covid-19.

### 4.3.8. Saisie et Analyse des Données

La logiciel Kobocollect a été utilisé, pour la saisie et le nettoyage des données nous avons utilisé le logiciel Excel. Ce nettoyage des données a consisté à détecter et corriger les différentes erreurs (le non-respect des renvois prévus, l'absence de réponse...) commises lors de la saisie et de la collecte des données sur le terrain.

Un score de connaissance a été défini sur la base des réponses des participants, pour le volet attitudes vis-à-vis du COVID-19, chaque réponse a été classée en cinq possibilités de réponse (pas du tout d'accord, pas d'accord, neutre, d'accord et tout-à-fait d'accord).

Les données traitées ont été exportées dans le logiciel Stata version 16 (Stata Corporation, Collège Station, TX, USA) pour analyse. Les résultats sont présentés sous forme de statistiques descriptives (proportion, moyenne avec écart-type) en fonction des deux zones d'enquête (Conakry qui correspond à la zone très affectée et Intérieur du pays correspondant aux zones moins affectées). Des comparaisons ont été faites à l'aide des tests de Fischer exact et Chi carré de Pearson IC 95% et un seuil de signification fixé à  $p \leq 0,05$ .

## 4.4. Étude qualitative (Ethnographie)

### 4.4.1. Sites de l'ethnographie et équipe de collecte

L'ethnographie s'est déroulée dans quatre districts sanitaires du pays. Ces districts ont été sélectionnés sur la base de la représentativité des régions naturelles du pays et de leurs caractéristiques particulières relatives à la mobilité de la population. Il s'agit de la zone de Conakry (zone cosmopolite et d'échange), Mamou (nœud commercial), Siguiri (zone minière) et Lola (zone frontalière avec la Côte d'Ivoire).

Les enquêtes qualitatives se sont déroulées entre le 11 avril et le 24 avril, plus précisément les sites suivants :

- Conakry : Hôpital Ignace Deen, Centre médical communal de Ratoma, Centre de santé de Dixinn
- Mamou : Hôpital Régional, Centre médicale de Sabou, Poste de Santé de Dindéya
- Kindia : Hôpital Régional, Centre de santé de Damankania, Poste de santé de Foulaya
- Lola : Hôpital préfectoral de Lola et Centre de santé urbain de Lola
- Siguiri : Hôpital préfectoral, centre de santé de Siguirikoura, poste de santé St Alexis.

Quatre équipes de quatre personnes chacune (un chercheur sénior et trois agents de collecte) ont été constituées pour les quatre sites.

### 4.4.2. Considérations théoriques

La problématique de l'étude qualitative a été abordée en se référant des notions théoriques du propre et du sale, et celle du triage.

- La définition du propre et du sale dans le milieu hospitalier. Il s'agissait de penser la question de la transmission virale comme une souillure (Douglas 1967), c'est-à-dire comme le produit d'un ordre symbolique. Dans cette optique, comprendre la logique de définition du propre et du sale n'est pas séparable de la façon dont le patient est considéré :

légitime, étranger ou familial. D'un point de vue sociologique on sait en effet qu'on a tendance à considérer comme sale ce qui nous est étranger, éloigné, non-familier ou plus largement (et pour reprendre un argument structuraliste) comme non à sa place.

- La question du triage : la notion de triage nous est apparue fondamentale à la fois comme logique sociale (par le tri les acteurs définissent qui est légitime, illégitime, ce qui définit la nature des interactions) et comme pratique de gestion du risque contagieux.

#### **4.4.3. Collecte des données (approche ethnographique)**

Dans chaque site identifié, l'enquêteur a commencé par identifier et lister l'ensemble des professionnels intervenant dans le centre de santé : gardien, agents d'accueil, ATS, infirmier. Ensuite, il a organisé son enquête en prévoyant de consacrer à chacun de ses acteurs un temps d'observation de ses interactions avec les patients. Dans les centres hospitaliers, l'observation des soins s'est limitée dans un premier temps aux urgences, pensées comme un « service porte », lieu du triage. Le cas échéant l'enquête s'est poursuivie dans un autre service (médecine interne, infectiologie). Chaque observation a été accompagnée d'un entretien ouvert portant sur les interactions observées avec en toile de fond la question de l'annonce de l'épidémie à Covid-19

Un autre aspect a consisté à étudier les interactions soignants-soignés à partir du point de vue du patient. Pour ce faire, dans chaque centre de santé, l'enquêteur a décrit le parcours du patient de l'entrée à la sortie de l'établissement (y compris dispensation des médicaments ou analyses biologiques). Le recrutement, sans viser l'exhaustivité, a été attentif à diversifier les statuts des patients (âge, genre, niveau socio-économique et/ou éducatif, accompagné ou non-accompagné). Ce choix s'est fait de manière intuitive (et donc non objective), mais nous sommes partis du principe que les critères de sélection retenus par les enquêteurs seront également les critères qui informent les agents de santé dans la manière d'interagir avec eux. Or ce sont ces aspects que nous avons cherché à décrire en relation avec la prise (ou non-prise) en compte du risque contagieux.

Chaque jour l'ensemble des enquêteurs se sont retrouvés pour un débriefing afin de faire une synthèse des résultats, d'évoquer les difficultés et de réorienter si nécessaire les enquêtes.

Chaque équipe est constituée d'un chercheur senior et de trois enquêteurs niveau master ou avec expérience équivalente.

À la suite des observations, des entretiens compréhensifs (c'est-à-dire ouvert) ont été proposés aux personnes ayant accepté l'observation. Ils ont été enregistrés et retranscrits de manière anonyme à des fins d'analyse. Ces entretiens ont porté sur les pratiques observées durant la journée et visaient à produire du discours sur ces dernières afin d'en saisir les rationalités. Chaque discussion a débuté par un échange sur la façon dont le professionnel interrogé perçoit l'épidémie de Covid-19 : origine, niveau de risque perçu en Guinée, inquiétudes éventuelles et demandes éventuelles à la hiérarchie sanitaire.

#### **4.4.4. Analyse et exploitation des données qualitatives**

Les informations collectées ont été analysées à l'aide d'un codage déductif et inductif. Des codes déductifs (basés sur la littérature existante) ont d'abord été appliqués aux données. Ensuite, les codes inductifs ont été détectés à partir des nouveaux thèmes émergents soulevés par les participants. Les codes ont été classés en catégories et sous-catégories principales sur la base des différences et des similitudes selon les caractéristiques des informateurs.

L'objectif de l'enquête rapide ainsi décrite est de produire du savoir utile à la production d'une réponse pertinente à l'épidémie de Covid-19, les données récoltées serviront à alimenter des modules de formation basés sur l'expérience et favorisant la posture réflexive. Des « mises en situation », « études de cas », « jeux de rôles » seront produits. L'ensemble des acteurs interrogés se verront proposer de manière prioritaire la participation à la formation qui sera produite à l'issue de l'enquête.

## **V. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES**

Le protocole de recherche de cette étude a été approuvé par le Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé de Guinée (CNER) sous le numéro 042/CNER/20. Sur le terrain, nous avons obtenu l'autorisation de l'ANSS, des différents directeurs des directions de santé et chefs de service.

Le consentement volontaire, éclairé et signé des participants a été recueilli avant d'administrer le questionnaire. Aucun nom n'a été utilisé pendant la collecte de données et la confidentialité des informations recueillies a été respectée. La base de données électronique est conservée sur un serveur protégé par un mot de passe et n'est accessible qu'à l'équipe de recherche.

## **VI. PARTENAIRES IMPLIQUES**

Cette étude a connu la participation de partenaires nationaux et internationaux du Centre d'Excellence Africain pour la Prévention et Contrôle des Maladies Transmissibles (CEA-PCMT) dont le Centre National de Formation et de Recherche en Santé Rurale (CNFRSR) de Maferinyah, l'Institut National de Santé Publique (INSP), le Ministère de la Santé, l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSS), l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) d'Anvers, les Chaires de santé publique de la Faculté des Sciences Techniques de la Santé (FSTS), le Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Conakry, le CERFIG.

## **VII. EXPLOITATION DES RÉSULTATS**

Les données de cette étude ont été collectées par les étudiants du Master en Santé Publique de la FSTS de l'UGANC. Elles seront utilisées par trois à cinq étudiants pour rédiger leur mémoire de Master en Santé Publique.

Les données seront également utilisées par les Assistants de la FSTS pour rédiger avec l'appui du CEA-PCMT des articles scientifiques à publier dans des revues lues par les pairs.

Les résultats de cette étude fourniront des informations capitales sur les connaissances, attitudes (perceptions du risque) et pratiques vis-à-vis du COVID19 qui guideront les stratégies et politiques de prévention et de contrôles de la pandémie déjà en cours. Ces résultats seront mis à la disposition des personnels de santé, du ministère de la Santé, des universités, des écoles de santé, des décideurs politiques et des institutions nationales et internationales.

## VIII. RÉSULTATS DU VOLET QUANTITATIF

### 8.1 Description de l'échantillon

#### 8.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des autorités sanitaires

Au total 197 responsables (autorités sanitaires) ont été interviewés dont 79 à Conakry et 118 à l'intérieur du pays. Parmi eux, le sexe masculin était le plus représenté avec un âge moyen de  $50 \pm 11$  ans.

#### 8.1.2 Caractéristiques sociodémographiques des prestataires de soins

Au total, 1058 prestataires de Santé ont été interviewés dans les 169 formations sanitaires identifiées par l'étude. Parmi eux 475 (44,9%) ont été interviewés à Conakry et 583 (55,1%) à l'intérieur du pays. Les structures publiques représentaient 85% des formations sanitaires contre 15% de structures privées. Les infirmiers (es) représentaient 47,7% des prestataires interrogés suivis de médecin 27,9%. Parmi les personnes interviewées, le sexe féminin représentait un peu plus de la moitié (51%). La tranche d'âge la plus représentée était celle de 25-39 ans (68%) suivie de la tranche 40-59 (22,7%). En ce qui concerne l'expérience professionnelle, près des deux tiers (60,4%) avaient une expérience professionnelle de 5 ans et plus (Tableau 1).

#### 8.1.3 Caractéristiques sociodémographiques des ASC/RECO

Selon le rapport d'analyse des données, 107 ASC/RECO ont été interviewés dans les différentes formations sanitaires. Les résultats montrent que le sexe masculin représentait (51%) des personnes enquêtées, avec un sexe ratio de 1,05. Les tranches les plus représentées sont celles de 25 à 39 ans (64,5%) suivie de celle de 40-59 ans. La moyenne d'âge des participants était de  $36,95 \pm 10$  ans. Plus de la moitié des ASC/RECO enquêtés soit 55,1% avaient une expérience professionnelle comprise entre 5 et 10 ans, et (45%) avaient moins de cinq ans d'expérience professionnelle. En ce qui concerne la scolarité, les niveaux professionnels et secondaires sont les plus représentés avec respectivement 41,9% et 39,0% (Tableau 2).

#### 8.1.4 Caractéristiques sociodémographiques du grand public

Au total, 3385 personnes ont été interrogées au compte du grand public parmi lesquels 1741 (51,4%) sont de l'intérieur du pays et 1644 (48,6%) personnes résidant dans ville de Conakry. Le sexe masculin était le plus représenté dans les deux groupes avec 67,2% des personnes interviewées à Conakry et 59,3% de celles interviewées à l'intérieur du pays. La tranche d'âge de 25-39 ans était la plus représentée (54,9%) avec une moyenne d'âge de  $36,95 \pm 10$  ans.

Parmi les personnes enquêtées, les commerçants étaient la profession la plus dominante dans les deux zones enquêtées (21,4% à Conakry et 28,5% à l'intérieur). En ce qui concerne le niveau d'instruction, les personnes n'ayant aucun niveau d'éducation ont été les plus représentées soit 29% à Conakry et 28,5% à l'intérieur du pays. (Tableau 3).



## 8.2. Connaissances, attitudes et pratiques des autorités sanitaires

Des questions sur la perception ont été adressées aux responsables (autorités sanitaires) sur le Covid-19 comparativement à la maladie à virus d'Ebola en terme contagiosité et de mortalité. La majorité des interviewés (91,9%) a affirmé que le covid-19 est plus dangereux en termes de contagiosité qu'Ebola.

Cependant, 115/197 soit 58,4% pensent le coronavirus est plus mortel que la maladie à virus à virus Ebola (Tableau 4). L'implication des autorités sanitaires ou des responsables des structures dans les formations ou l'orientation des prestataires sur la prévention et la gestion de covid 19 permettra également de rehausser le niveau d'information de ces responsables sur la dangerosité d'Ebola en termes de létalité par rapport à la maladie à Coronavirus.

### 8.2.1 Perception des autorités sanitaires sur le risque et la vulnérabilité face au COVID-19 en Guinée

La perception sur la vulnérabilité des différentes couches de la population face au Covid-19 a été également évaluée. Cette analyse chez les autorités sanitaires nous montre que 53,65% des interviewés pensent que les personnes âgées sont plus susceptibles de contracter la maladie contre 40,1% qui affirment que de risque de contracter cette maladie est la même au sein de toute la population. Ils pensent dans leur majorité que toutes les races (63,6%) et tous les groupes socio-économiques (76,6%) sont susceptibles de contracter la maladie s'ils sont exposés aux mêmes risques.

Leur degré de satisfaction a été évalué sur l'organisation des activités de riposte menées par l'état à travers l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSS) et plus de 50% ont déclaré ne pas du tout être satisfait de la riposte. Parmi les motifs d'insatisfaction avancés : ***la faible qualité du suivi des contacts, le manque d'Équipements de Protection Individuel (EPI) pour le personnel de santé, le non-respect de l'État d'urgence sanitaire, l'achat de bavette par les personnels, la non-implication du personnel médical dans la prise en charge, la faiblesse de la communication autour de la maladie.***

Dans leur évaluation du risque au sein des différents milieux de potentielle contamination, la majorité (65,8%) des interviewés à Conakry et (79%) des personnes interrogées à l'intérieur du pays estiment que le risque de contamination reste très élevé dans les lieux publics et faible à domicile (69%). Avec en Revanche, seul 22% des autorités sanitaires interrogés à Conakry et 28% de ceux interrogés pensent que ce risque est très élevé dans les formations sanitaires.

En ce qui concerne la vulnérabilité face à la maladie au sein de la population, la majorité (52,8%) déclare que les personnes âgées (48,1% à Conakry et 56% à l'intérieur du pays) reste les plus à risque de contracter le Covid-19 contre 41% (49,4% à Conakry et 41,1% à l'intérieur du pays). (78,8%) des répondants (72,2% à Conakry et 83,1% à l'intérieur) ont également déclaré que les personnes âgées à restent les plus vulnérables face Covid-19.

Cet aspect devrait être pris en compte dans les messages de sensibilisation et de la formation du personnel sur le fait que les autres personnes comme les diabétiques, les hypertendus et autres personnes sont également des groupes très vulnérables du Covid 19.

Par ailleurs (64%) des enquêtes ont déclaré que toutes les personnes et toutes races confondues présentent le même risque de mourir du Covid-19 (Tableau 5).



### 8.3. Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins

Dans la catégorie des personnels de santé rencontré au sein des structures sanitaires incluses dans notre étude, nous avons non seulement évalué leur connaissances et attitudes sur la maladie de Covid-19, mais également la disponibilité des équipements de protection individuelle, et les pratiques des prestataires de soins dans le contexte de la maladie à Coronavirus.

#### 8.3.1 Connaissance du COVID-19

Nos résultats ont révélé que le germe responsable de la maladie à Coronavirus est connu de (82%) des prestataires de soins interrogés, cependant une minorité 14,3% ignore complètement le germe responsable de la maladie.

On note une légère disparité sur les connaissances des prestataires de l'intérieur du pays (zone relativement épargnée) et ceux de Conakry (zone affectée) sur le germe responsable du Covid-19. En ce qui concerne l'agent vecteur, plus de la moitié des prestataires ignorent l'agent vecteur de la maladie. Toutefois, à Conakry, (34,1%) des personnes interviewées contre (19,7%) à l'intérieur du pays ont cité le pangolin comme agent vecteur de la maladie.

Quant aux types de maladies causée le Covid-19, la majorité des professionnels de santé interviewés 83% (huit prestataires sur dix) ont cité les maladies respiratoires (Tableau 6).

#### 8.3.2 Connaissance du mode de transmission

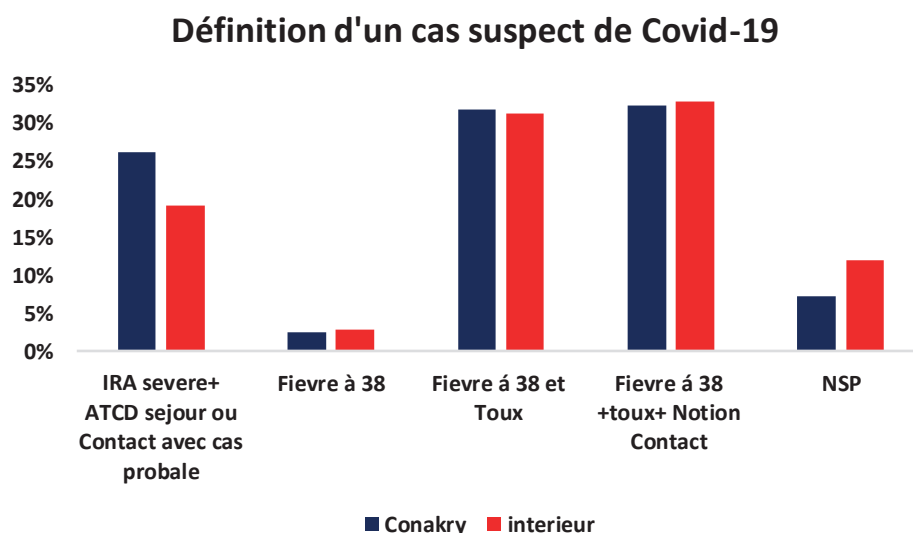
On note une bonne connaissance générale des prestataires sur les différents modes de transmission de la maladie et la transmission interhumaine citée comme principal mode de contamination de cette pathologie par (80,9%) des personnes interviewées. Seuls (27,6%) savent que la maladie peut également se transmettre à travers les objets et les surfaces infectés (Tableau 6)

#### 8.3.3 Connaissance des signes cliniques

La connaissance des symptômes de la maladie reste très élevée dans les deux zones enquêtées. (94,5%). Les enquêtés ont cité la fièvre comme principal symptôme du coronavirus suivi de la toux (85%) et des difficultés respiratoires (63%). En revanche les maux de gorge et l'écoulement nasal ont été cités respectivement par (35%) et (31%) des prestataires rencontrés (Tableau 6)

#### 8.3.4 Connaissance de la définition d'un Cas suspect

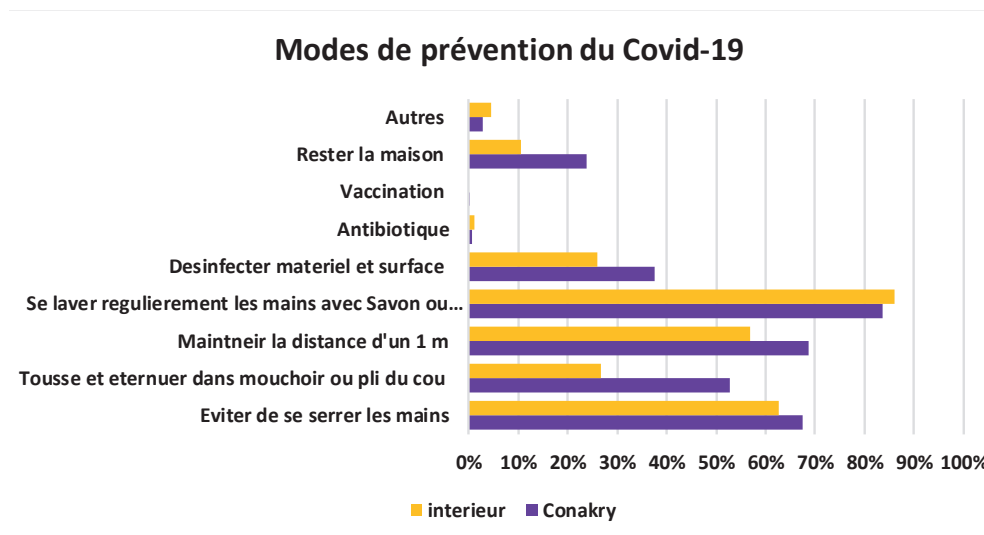
La notion de contact reste bien connue par les prestataires ainsi que la définition des cas suspects tant à Conakry qu'à l'intérieur du pays. En effet, 55% des prestataires de Conakry et de l'intérieur du pays donnent une définition bonne à acceptable d'un cas suspect de COVID-19 (Figure 1).



**Figure 1 : Définition d'un cas suspect de Covid-19. Enquête CAP prestataires de soins (n=1058)**

### 8.3.5 Mode de Prévention du Covid-19

S'agissant des modes de prévention du COVID-19, la majorité des prestataires de soins de Conakry et de l'intérieur du pays (respectivement 83.6% et 85%) décrivent le lavage régulier des mains avec du savon ou une solution hydro alcoolique comme principal mode de prévention du COVID-19. Les autres moyens comme éviter de se serrer les mains (64,7%) et maintenir la distance d'au moins un mètre (62%) restent également bien connus par les prestataires interrogés. En général, les connaissances sont plus élevées à Conakry, sauf pour le lavage des mains.



**Figure 2 : Modes de prévention du Covid-19 chez les prestataires de soins (n=1058)**

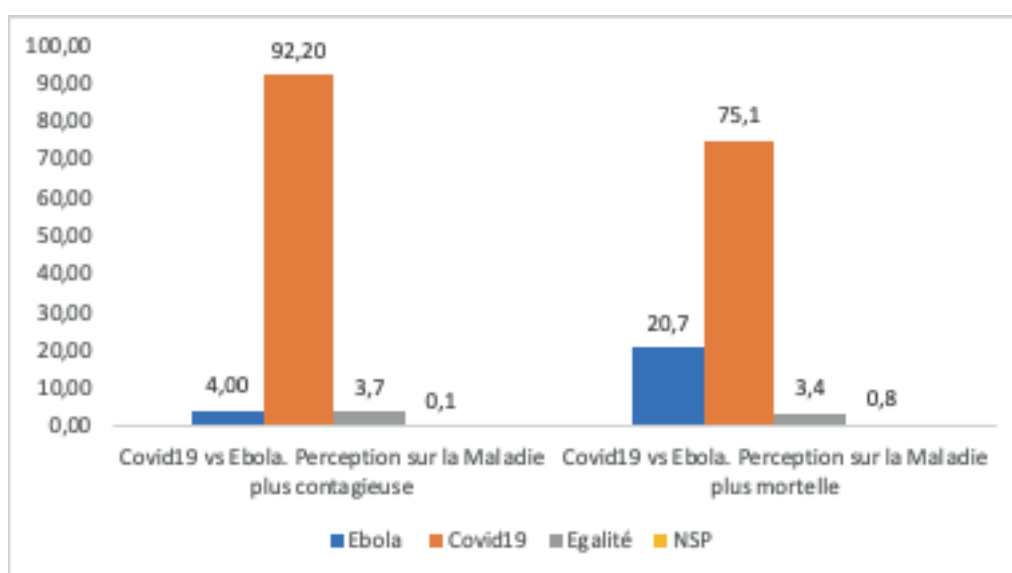
### 8.3.6 Perception du risque par le personnel de santé

La perception du risque des prestataires de santé a été appréciée à partir de onze questions standardisées. Sur la perception du risque de contamination en fonction de l'âge, Plus de la moitié a déclaré que les personnes âgées sont plus susceptibles de contracter le COVID-19 (52,4%).

En ce qui concerne le risque de mourir de la maladie à coronavirus (74,6%) des prestataires ont également déclaré que les personnes âgées représentaient la catégorie d'âge la plus à risque de mourir de la maladie à coronavirus. Quant à l'évaluation, du risque de contracter la maladie en fonction de la catégorie professionnelle (45%) les enquêtés pensent que toutes les catégories professionnelles courent le même risque vis-à-vis du covid-19. Toutefois, 42% des personnes interviewées estiment que le personnel de santé présente un risque plus élevé de contracter la maladie à coronavirus.

Plus de 73% des prestataires de santé déclarent que toutes les classes socio-économiques présentent le même risque de contracter la maladie à coronavirus.

En ce qui concerne le risque de contracter la maladie dans les lieux publics et les formations sanitaires, (96,2%) des répondants estiment que le risque de contamination est plus élevé dans les lieux publics suivis des structures de santé (67,6%). Dans leur majorité, les prestataires de soins pensent que le COVID-19 est plus dangereux en termes de contagiosité que la maladie à virus Ebola (figure ci-dessous),



**Figure 3 : Perception sur le Covid-19. CAP prestataires de soins. Enquête CAP prestataires de soins (n=1058)**

### 8.3.7 Avis des prestataires de soins sur les dispositions prises par l'état

Au cours de cette étude, nous avons également recueilli les avis des prestataires de santé sur les dispositions et mesures prises par l'état dans le cadre de la riposte contre la maladie à coronavirus (Tableau 7).

Dans leur majorité, les prestataires de soins de Conakry et de l'intérieur du pays approuvaient les mesures publiques de prévention à savoir : la fermeture des mosquées et des églises (85%), la réduction du nombre de passagers par moto et par véhicule (95%), l'interdiction de sortir de la capitale (93%), la fermeture des écoles dans le pays (93%) et le port obligatoire du masque en public (89%).

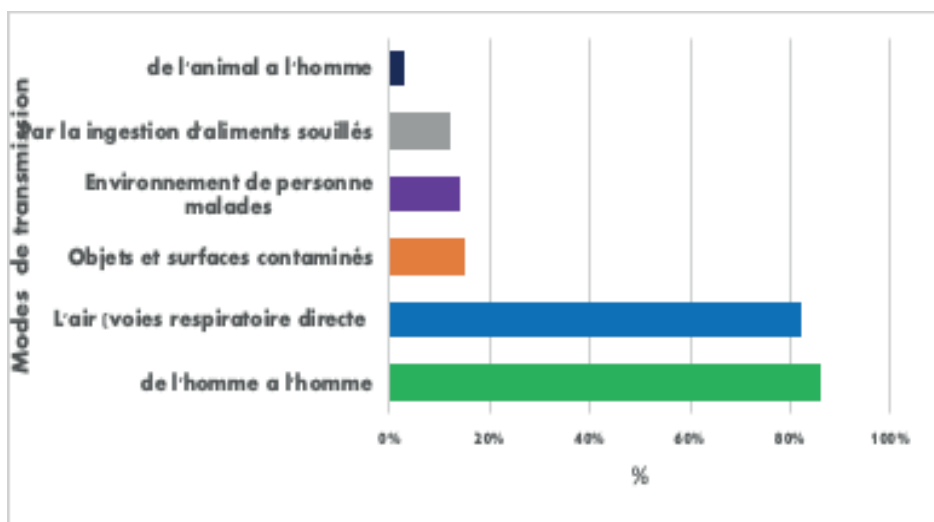
## 8.4. Connaissances attitudes et pratiques (CAP) des ASC/RECO

### 8.4.1 Connaissance des ACS sur le Covid-19

Tous les ACS rencontrés ont déjà entendu parler de Covid-19. Cependant, la proportion des ACS disposant d'une connaissance sur les agents vecteurs de la maladie Covid-19 reste très faible.

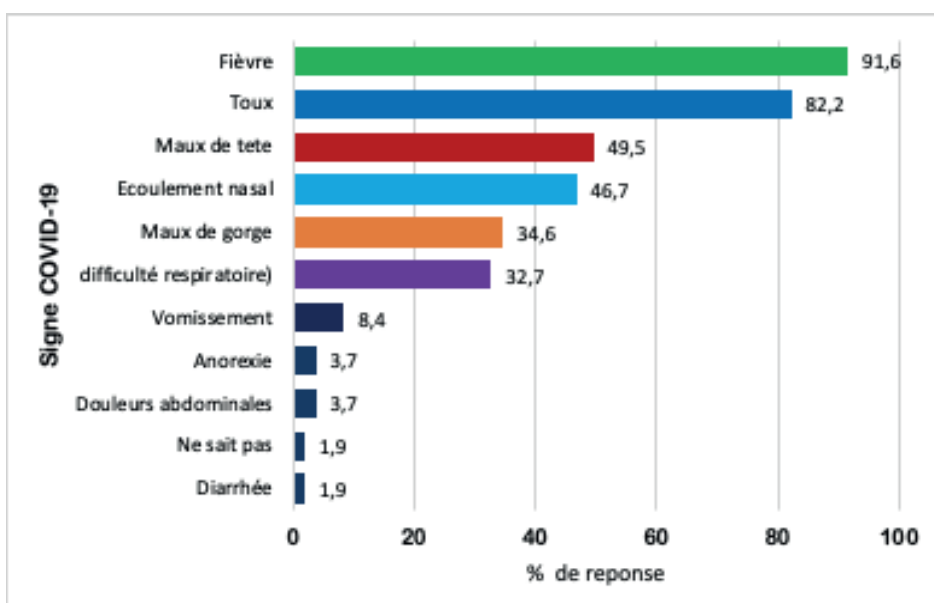
En effet, (98,1%) des RECO interviewés au niveau communautaire ne connaissent pas l'agent vecteur. Par ailleurs, la chauve-souris et le Pangolin ont été cités par seulement 1,8% des enquêtés et 58 ASC/RECO soit (54,2%) savent que la maladie à coronavirus est une pathologie respiratoire.

La connaissance des modes de transmission de la maladie reste élevée chez les ASC/RECO. Cependant, même si la majorité (86%) cite la transmission interhumaine comme étant la principale voie de contamination de la maladie, les autres voies (zoonotique, objets et surfaces infectées) restent faiblement connues de cette catégorie professionnelle. En effet, seulement 15% des ASC/RECO savent que la maladie peut se transmettre à travers les objets et surfaces infectées et seulement 2,8% ont cité la transmission de l'animal à l'homme.



**Figure 4 : Connaissance sur le Mode de Contamination de Covid-19.**  
Enquête CAP des ACS/Relais Communautaire (n=107)

S'agissant de la connaissance des signes cliniques de la maladie à coronavirus, parmi les ASC/RECO interrogés, 91 % ont cité la fièvre comme symptôme du coronavirus. Concernant la toux, elle a été citée par 82% des enquêtés en plus d'autres signes comme les maux de tête, écoulement nasal et maux de gorge cités respectivement par 49,5%, 46,7% et 34,6%. En revanche la perte d'odorat n'est pas bien connue comme faisant partie des signes cliniques de la maladie à Coronavirus.



La majorité des ASC/RECO interviewés, (80,4%) connaissent le numéro vert. Concernant la période d'incubation, 63% affirment que la période d'incubation de la maladie est de (14) jours.

En outre, 89% affirment qu'ils informeraient le personnel de santé au cas où ils seraient en présence des symptômes du COVID-19 (Tableau 8).

Dans la stratégie de la riposte, les ASC et Relais communautaires font partie de la première ligne dans la lutte contre les épidémies. Ils jouent un rôle important au niveau communautaire et interviennent dans la mise en place des système d'alerte précoce pendant les épidémies. L'amélioration de leur niveau de connaissance sur le Covid-19 particulièrement dans ces zones qui ne sont pas encore très affectées reste une priorité. Ceci pourrait justifier le besoin de formation de ces agents communautaires par les Relais communautaires.

#### 8.4.2 Perception des ACS/Relais sur le Covid-19

À la question « ***selon vous, entre le covid19 et Ebola quelle maladie est la plus dangereuse en termes d'infectiosité ?*** », 90% des interviewés ont déclaré que le COVID19 est plus dangereux que Ebola. Pour ce qui est de la dangerosité entre les deux maladies en termes de mortalité, 88% des répondants estiment que le COVID19 est plus mortel que Ebola. Quant aux différentes mesures et restrictions prises par l'état, 83% des ASC/RECO sont d'accord avec la fermeture des lieux de cultes (mosquées et églises) contre 8% qui ne le sont pas (Tableau 9).

### 8.5. Connaissances attitudes et pratiques (CAP) du grand public

#### 8.5.1 Connaissance des personnes du grand public du COVID-19

La grande majorité des personnes du grand public enquêtées (98,1%) ont déjà entendu parler du Covid19 et savent que c'est une maladie grave. Concernant les agents vecteurs de la maladie, 26% des personnes interrogées dans les deux zones ne connaissent pas les agents vecteurs de la maladie à coronavirus. Par ailleurs, la chauve-souris et le pangolin ont été cités respectivement par (13,3%) et (12,6%) des personnes interviewées. Plus de la moitié des personnes enquêtées (55,8%) dans les deux zones savent que la maladie à coronavirus est une pathologie respiratoire.

Dans l'ensemble, la description de la définition des principaux symptômes reste connue par (43,4%) des personnes du grand public dans les deux zones (intérieur du pays et Conakry). Les mesures les plus efficaces pour éviter la prorogation du coronavirus restent également largement connues au sein de la population et principalement dans la zone de Conakry. Cependant, plus de 15% des personnes interviewées ont affirmé que la mesure la plus efficace pour éviter le Coronavirus est de prier Dieu. La majorité (86%) des personnes interrogées affirment que le Covid-19 peut être évité en respectant les gestes barrières (Tableau 10).

### 8.5.2 Connaissance des personnes du grand public sur les modes transmission du Covid-19

À la question de savoir « quels sont les modes de transmission du covid19 que vous connaissez ? » la majorité des personnes interrogées à Conakry (79%) comme à l'intérieur du pays (67%) ont cité la transmission interhumaine (de l'homme à l'homme) en plus de la transmission par voies respiratoires directe comme étant les principaux modes de transmission de la maladie. Les autres voies (zoonotique, objets et surfaces contaminés) sont faiblement citées par le grand public.

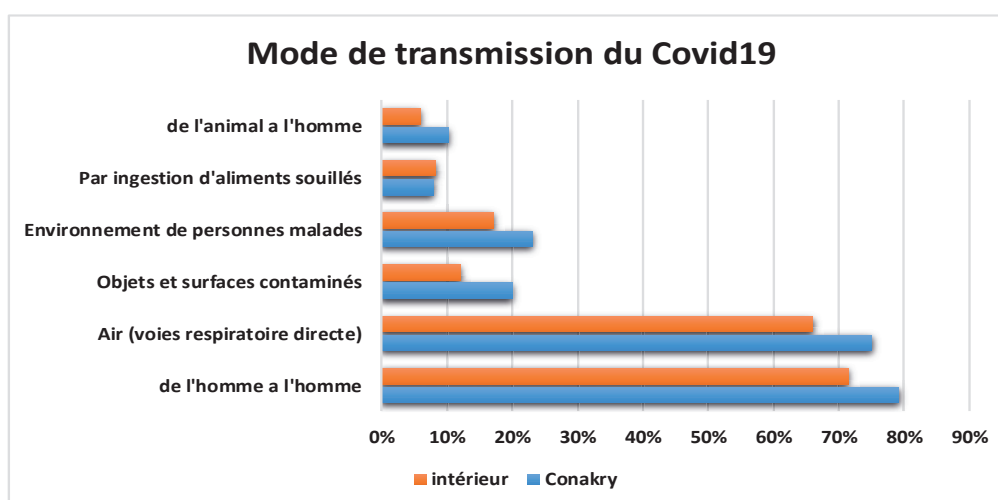


Figure 6 : Connaissance sur le Mode de transmission du Covid-19. Enquête CAP des personnes du grand public (n=3385)

### 8.5.3 Connaissance du grand public des symptômes de la maladie à Coronavirus

Concernant la question liée à la connaissance des signes cliniques de la maladie à coronavirus, la fièvre a été citée à Conakry comme le principal signe (80%) suivi de la toux (72%). À l'image de Conakry, à l'intérieur du pays les réponses ont également été la fièvre et la toux représentant respectivement (70%) et (64%).

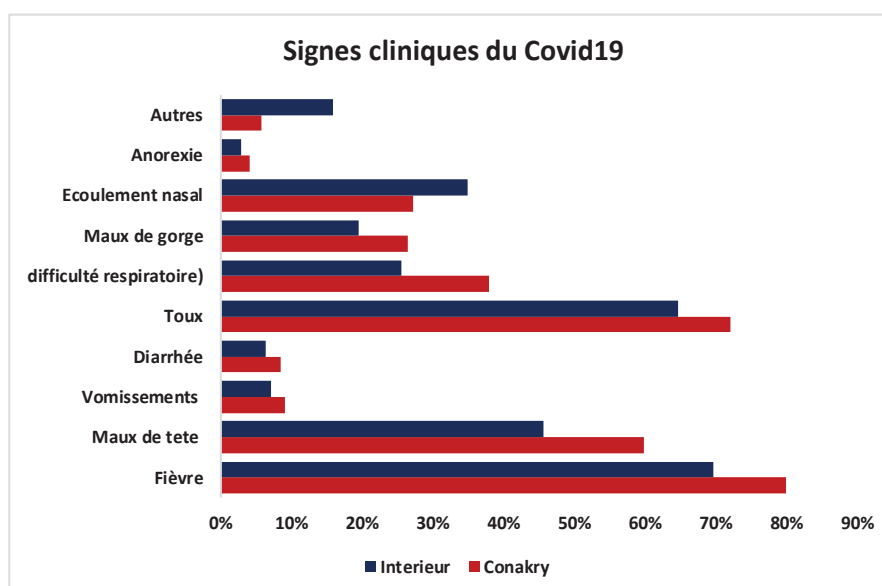


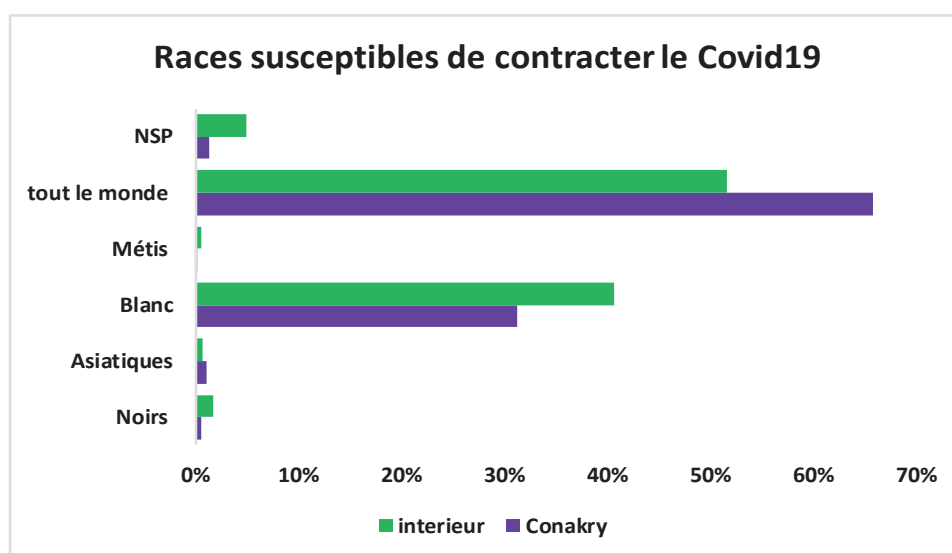
Figure 7 : Connaissance des symptômes du Covid-19. Enquête CAP des personnes du grand public (n=3385)

#### 8.5.4 Attitude et Pratique des personnes du grand public vis-à-vis du covid.19

La majorité des personnes interrogées à Conakry (91%) a déclaré qu'ils informeront immédiatement le personnel de santé. Pour l'intérieur du pays, ce sont 89% des personnes interrogées qui affirment qu'ils informeront le personnel de santé s'ils présentaient les symptômes du Coronavirus. 88% des personnes interrogées à Conakry et 79,3% des celles interrogées à l'intérieur du pays ont affirmé posséder des kits de lavage des mains à domicile (Tableau 11).

#### 8.5.5 2.4.5 Perception du grand public sur le Covid19

La figure 8 nous montre que la majorité des personnes interrogées à Conakry et à l'intérieur du pays déclare que toutes les races présentent les mêmes risques de développer le Covid19. Cependant, 31,2% des personnes interrogées à Conakry et 40,7% de celles interrogées à l'intérieur du pays pensent que la race blanche présente plus de risque de contracter le Covi-19.

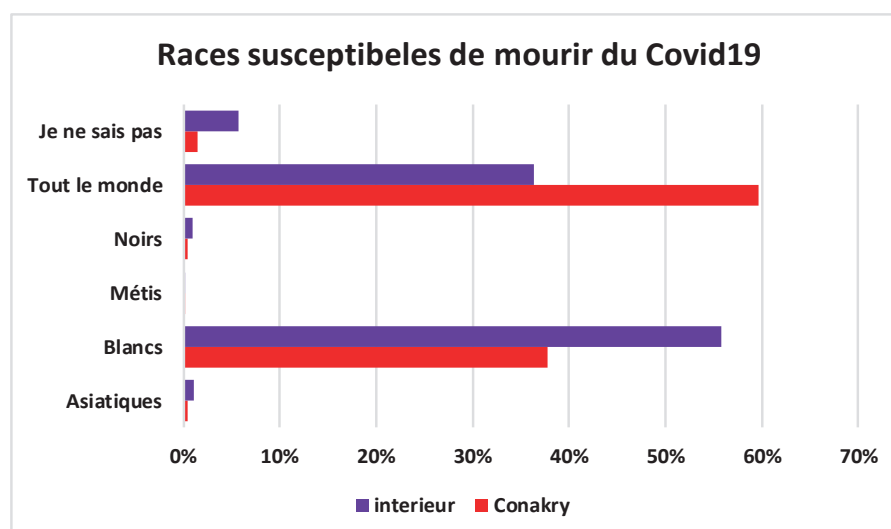


**Figure 7 : Connaissance des symptômes du Covid-19. Enquête CAP des personnes du grand public (n=3385)**

**La figure 9** montre que 59% des personnes interviewées à Conakry estiment que toutes les races présentent les mêmes risques de mourir de la maladie à coronavirus. Par contre, 55% des personnes interrogées à l'intérieur déclarent que la race blanche est plus à risque.

**Cet aspect devrait être pris en charge dans les stratégies communautaires surtout du grand public à l'intérieur du pays afin d'améliorer les perceptions sur cette question. Un accent particulier devrait être mis sur les messages destinés au grand public pour les informer que toutes les races confondues sont susceptibles de mourir du Coronavirus.**





Toujours en termes de perception, la majorité des personnes interrogées à Conakry (48,4%) et à l'intérieur du pays (47%) déclarent que les personnes âgées représentent le groupe d'âge le plus à risque de contracter la maladie à coronavirus. Ce groupe d'âge est suivi de « tout le monde », soit 45,5% pour les répondants de Conakry et 42,5% pour les répondants de l'intérieur du pays.

Concernant la catégorie professionnelle la plus à risque de contracter la maladie, la majorité des personnes interrogées à Conakry comme à l'intérieur du pays déclarent que toutes les catégories professionnelles présentent les mêmes risques. Toutefois (17,7%) des personnes interrogées à Conakry estiment que le personnel de santé présente le plus grand risque suivi des personnalités administratives et politiques (12,4%). La même tendance a été observée à l'intérieur du pays où 16% des personnes interrogées ont déclaré que le personnel de santé avait un risque plus élevé de développer la maladie à coronavirus suivi des personnalités administratives et politiques (11,6%).

L'évaluation de cette perception a aussi porté sur d'autres aspects notamment les risques de développer la maladie à coronavirus en fonction de la classe socio-économique, du lieu de travail, du domicile (Tableau 12).

### 8.5.6 Perception du grand public sur les mesures de Restriction prises par l'État

L'avis du grand public a été sollicité sur certaines mesures et restrictions prises par l'état notamment la fermeture des lieux de cultes (mosquées et église, la réduction du nombre de passagers dans les transports en commun, l'interdiction de sortir de Conakry, la fermeture des écoles et le niveau de satisfaction par rapport à la lutte contre le Covid19 (Tableau 13).

## 8.6. Préparation du système de santé

### 8.6.1 Préparation et Riposte selon les Responsables des Structures

Cette étude a révélé que, un mois après la notification du premier cas de Covid-19 en Guinée, la majorité des structures de santé n'avaient pas encore reçu de kits et d'équipements de protections individuelles (EPI). En effet, 63,96% des responsables de structures sanitaires ont déclaré n'avoir reçu aucun matériel de prévention et de lutte contre la maladie à coronavirus.

Nous avons toutefois observé la présence de kits de lavage des mains devant les structures. Cette situation reste très alarmante dans les zones moins affectées par l'épidémie de la maladie Coronavirus. En effet, dans ces zones (intérieur du pays), pour 76,6% des responsables, leur structure n'a reçu aucun matériel de protection individuel. Des mesures urgentes doivent être prises pour inverser cette tendance avant que ces zones ne connaissent leur premier cas de Covid-19.

Dans l'ensemble, 42% des structures avaient mis en place un comité fonctionnel de gestion de la pandémie de la maladie à Coronavirus. À Conakry, 61% des responsables de service ont déclaré n'avoir mis aucun comité de gestion contre 56,8% à l'intérieur du pays (Tableau 14).

Dans l'ensemble, 77% des responsables des structures rencontrés ont déclaré avoir reçu un document d'orientation sur la riposte contre le COVID-19 dans. Cependant à Conakry, 33% des structures n'ont pas reçu de directives bien que cette zone soit le principal foyer de Covid-19 en Guinée. Parmi structures publiques, 85% ont reçu ce document contre 44% des structures des structures privées ( $P < 0,001$ ). Quant à l'intérieur du pays, 84% des responsables (autorités sanitaires) ont déclaré avoir reçu des directives venant du niveau supérieur contre 67% à Conakry ( $p < 0,001$ ).

### 8.6.2 Institution Impliquées dans La Riposte en Guinée

Au cours de l'enquête, 197 responsables (autorités sanitaires) interviewées sur l'implication des partenaires dans la riposte dans leurs structures. Parmi les eux, (40,10%) étaient à Conakry et 118 (59,89%) à l'intérieur du pays.

L'ANSS est l'institution qui a été citée comme la plus impliquée dans la riposte 85% des personnes interrogées. Les responsables des structures privées quant à eux ont déclaré que l'ANSS n'était pas du tout impliqué à leur niveau.

L'ANSS est l'institution qui a été citée comme la plus impliquée dans la riposte 85% des personnes interrogées. Les responsables des structures privées quant à eux ont déclaré que l'ANSS n'était pas du tout impliqué à leur niveau.

Par ailleurs, plus de 77% des autorités sanitaires ont affirmé l'implication de l'Organisation Mondiale de la Santé dans la riposte au niveau de leurs structures aussi bien à Conakry qu'à l'intérieur du pays. Les autres institutions impliquées à des niveaux variables sont. L'INSP (23%), CEA-PCMT (15,2%), CERFIG (14,7%), Présidence (23,4%), Primature (18,23%) et ENABEL (12,2%) (Tableau 15).

### 8.6.3 Préparation des structures de santé face à la pandémie du covid-19

Parmi les responsables de structures interrogés, 77,2% ont déclaré avoir reçu un document d'orientation sur la riposte contre le COVID-19 contre 21,8% qui n'ont pas reçu ce document. À Conakry, environ 33% des structures n'ont pas reçu de directives bien que cette soit le principal foyer de Covid-19 en Guinée. Quant à l'intérieur du pays, 84% des responsables (autorités sanitaires) ont déclaré avoir reçu des directives venant du niveau supérieur.

Dans l'ensemble, 63,5% des structures visitées ont mis en place un système de tri à la rentrée. La capacité de gestion reste cependant faible dans l'ensemble, car seulement 23,9% des structures ont du personnel formé au diagnostic, 8,6% disposent d'un kit de prélèvement et 6,1% ont la capacité de faire un diagnostic ou de transporter l'échantillon à Conakry (Tableau 16).

#### 8.6.4 Formation, préparation et riposte selon les prestataires

Les questions sur les formations reçues dans le contexte d'Épidémie de la maladie à Coronavirus et les équipements de protection individuelle (**EPI**) ont été également examinées au niveau des structures sanitaires visitées. En effet, près de la totalité des prestataires interrogées à l'intérieur du pays (84.6%) et à Conakry (83.8%) n'avaient bénéficié d'aucune formation sur la Prévention et le Contrôle des Infections (**PCI**) au cours des derniers mois. (**Tableau 17**)

Pour la disponibilité d'équipement de protection individuelle (EPI) dans les structures sanitaires, plus de 70% des personnes enquêtées (intérieur du pays et Conakry) n'avaient reçu aucun équipement de protection individuelle contre la maladie à coronavirus lors du passage des équipes de collecte des données. Cette proportion est plus élevée à l'intérieur du pays (74%) qu'à Conakry (67.2%) qui reste néanmoins la zone la plus affectée par l'Épidémie de la maladie à Coronavirus.

Près de huit prestataires sur dix, s'accordent que les quantités des EPI disponibles (Gants, Bavette, Savon ou solution hydroalcoolique pour un mois) étaient largement insuffisante et ne pouvait couvrir les besoins pendant cette période d'Épidémie

Par ailleurs, l'information sur le guide d'identification et de prise en charge des cas suspects de Covid-19 n'est pas bien connue des personnels de santé dans les deux zones. En effet, parmi les personnes interviewées, 73.2% (Conakry et intérieur du pays) ont déclaré ne jamais avoir entendu parler du guide de prise en charge du Covid-19 élaboré par l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSS). La majorité des informations reçues par les prestataires de soins sur le Covid-19 s'est faite à travers les médias et internet. (**Tableau 17**)

En ce qui concerne la formation des prestataires sur la prévention et la prise en charge des cas suspects de Covid-19, la majorité des prestataires interviewée à Conakry (92.4%) et à l'intérieur du pays (90.9%) ont déclaré n'avoir reçu aucune formation sur la prévention et la prise en charge du Covid-19. Quant aux directives nationales sur la prévention de la maladie à coronavirus, (79.1%) des personnes déclarent n'avoir reçu aucune directive de la part des autorités sanitaires. En termes de prise en charge des personnes suspectées de Covid-19, (76.2%) des prestataires interrogés à Conakry et (74.9%) de ceux interrogés à l'intérieur du pays déclarent que leurs structures sanitaires ne disposent pas d'un **espace aménagé pour isoler les cas suspects de Covid-19** (**Tableau 17**).

## IX. DISCUSSION DES RÉSULTATS QUANTITATIFS

Au regard des différents contextes nationaux de santé publique de la sous-région, la meilleure manière d'amorcer le renforcement de la lutte dans les pays est d'abord d'avoir une compréhension exhaustive des niveaux de préparation de chacun des pays concernés, notamment la résilience du système de santé et le niveau de préparation des populations respectives. Ainsi une préparation adaptée du système de santé et des populations, combiné à une synergie d'efforts entre différents acteurs de Santé restent des principales conditions pour contrôler et assurer une meilleure lutte contre la pandémie du COVID-19 en Guinée. Les leçons apprises de la gestion et de la riposte à l'épidémie la maladie à virus Ebola constitueraient des avantages dans le cadre de la préparation de la Guinée face à la pandémie du COVID-19. Il est donc important de souligner à juste titre que le niveau de préparation des prestataires et de la population passe par leurs connaissances, perceptions et aptitudes face à cette pandémie.

La présente étude est l'une des premières qui a examiné la connaissance, les perceptions et l'attitudes des prestataires, des autorités sanitaires ainsi que de la population face à la pandémie à Coronavirus Guinée. Comparativement à Ebola, les différentes catégories des personnes rencontrées dans les zones touchées (Conakry) et les zones moins touchées (intérieur du pays) étaient tous unanimes pour affirmer que le coronavirus est plus dangereux en termes de contagiosité qu'Ebola. Toutefois, des divergences d'opinions existent au niveau des connaissances, des attitudes et de la perception, mais également du niveau de la préparation en termes d'équipement de protection individuelle (EPI) dans les structures sanitaires visitées.

### 9.1. Prestataires

Chez les prestataires de soins, les résultats montrent que le germe responsable de la maladie à Coronavirus et les types de maladies causées (Maladies respiratoires) par le Covid\_19 restent bien connus par huit sur dix prestataires toutes catégories confondues dans les deux zones visitées. Cette connaissance du germe responsable de la maladie à Coronavirus reste plus élevée à Conakry (zones très affectées) qu'à l'intérieur du pays (zones moins affectées). Cependant les agents vecteurs de la maladie restent peu connus. Plus de la moitié des prestataires (51,4%) rencontrés dans les deux zones (Conakry et Intérieur du pays). Mais la proportion de professionnels de santé qui ne connaît pas l'agent vecteur de la maladie reste plus élevée à l'intérieur du pays (60%). Par ailleurs, le pangolin a été cité comme agent vecteur de la maladie par un quart des prestataires enquêtés dans les deux zones.

On note également une bonne connaissance des prestataires sur les différents modes de transmission de la maladie notamment la transmission interhumaine et la transmission par voie respiratoire directe. Par contre, le mode de contamination à travers les objets et les surfaces infectés reste peu connu par les prestataires rencontrés pendant la période d'étude. Les modes de Prévention du Covid-19, les plus cités par les prestataires étaient le lavage régulier des mains avec du savon ou une solution hydro alcoolique, éviter de se serrer les mains et maintenir la distance d'au moins un mètre. Étant la première ligne face à covid19, ces différents aspects avec un accent particulier sur les modes de transmission de la maladie à travers les objets et les surfaces infectées devraient également être pris en compte dans le renforcement des capacités des prestataires de soins sur la prévention et la lutte contre le Covid-19.

Concernant la définition correcte d'un cas suspect (*une personne qui présente une fièvre de 38% associée à une toux et une notion de contact avec un cas confirmé ou probable ou une personne ayant une IRA sévère avec un antécédent de séjour ou contact avec un cas probable*),

la notion de contact reste bien connue par plus de la moitié des prestataires de santé rencontrés dans les deux zones. Il faudra cependant noter que nombreux sont des prestataires qui n'ont pas pu donner une définition correcte d'un cas suspect de Covid-19. Ceci devrait interpeller les autorités sanitaires pour entreprendre des séries de formations ou d'information des prestataires sur la définition correcte d'un cas suspect. Cette formation pourra ainsi améliorer la notification des cas ainsi que la riposte face cette maladie à Coronavirus. La distribution des fiches techniques ou affiches murales dans les structures sanitaires pourrait également constituer un moyen efficace pour une large diffusion des informations correctes sur la maladie notamment sur la définition d'un cas suspect et un cas probable de Covid-19.

Sur la perception du risque élevé de contagion ou le risque de mourir de la maladie à coronavirus, les prestataires ont majoritairement identifié les personnes âgées comme étant les plus à risque. Quant à l'évaluation du risque de contracter la maladie en fonction de la catégorie professionnelle 42% des personnes interviewées estiment que le personnel de santé présente un risque plus élevé de contracter la maladie à coronavirus. Bien que les lieux publics soient connus par les prestataires comme ayant un risque plus élevé de contamination de la maladie, seuls les deux tiers des prestataires estiment que le risque de contamination est aussi plus élevé dans les structures sanitaires.

## **9.2. ACS/Relais communautaire**

La connaissance des ASC/RECO sur les agents vecteurs du Covid-19 reste très faible. Même si plus de la moitié d'entre eux sait que la maladie à coronavirus est une pathologie surtout respiratoire, la presque totalité des interviewés n'a aucune connaissance sur les agents vecteurs du Covid-19. En revanche, les modes de transmission interhumaine de la maladie restent bien connus par la majorité des ACS/RECO. À l'image des prestataires de Santé, le mode de transmission par les objets et surfaces infectés reste moins connu par les ACS. En plus des autres aspects, les séances de sensibilisation et de formations des ASC/RECO devraient être plus focalisés sur la connaissance des modes de transmission à travers les objets et les surfaces infectées.

Nous avons trouvé que les ACS de l'intérieur du pays connaissent dans la majorité des cas certains signes cliniques de la maladie à coronavirus (fièvre et la toux. Même si les autres signes, comme les maux de tête, écoulement nasal et maux de gorge restent faiblement connus par les ACS/Relais communautaires. Il faudra noter également que la perte de l'odorat n'est pas bien connue comme étant un signe clinique du Covid 19. Ainsi, les messages de sensibilisation ou les formations futures devraient également mettre un accent sur ces aspects.

La période d'incubation de la maladie est connue de près des deux tiers des ASC/RECO. Ces différents aspects devraient être pris en compte dans les messages de sensibilisation et de formation de ces ACS sur la prévention et la lutte contre la maladie à coronavirus.

On a aussi noté que l'amélioration du niveau de connaissance des ASC/RECO sur le Covid-19 particulièrement dans ces zones qui ne sont pas encore très affectées par le COVID19 reste une priorité. Dans la stratégie de la riposte, les ACS et Relais communautaires qui font partie de la première dans la lutte contre épidémies, jouent un rôle important au niveau communautaire dans le système d'alerte précoce pendant les épidémies.

Ceci peut justifier le besoin de formation de ces agents communautaires particulièrement dans ces zones qui ne sont pas encore affectées par la maladie à Coronavirus. Toute chose pouvant renforcer leur compétence dans la reconnaissance des cas suspects de Covid-19.



En termes de contagiosité et de mortalité du Covid-19, près de neuf sur dix ACS estiment que le COVID19 est plus mortel qu'Ebola. En plus des symptômes de Covid 19 notamment la perte de l'odorat, les aspects sur la contagiosité ou de mortalité de la maladie à coronavirus comparativement à Ebola doivent être pris en compte dans les modules de formation des ACS. En ce qui concerne les mesures prises, plus de huit sur dix ACS sont d'accord avec ces différentes mesures et des restrictions prises par l'état notamment la fermeture des mosquées et églises. Toute chose pouvant limiter la propagation communautaire de la maladie à Coronavirus. D'ailleurs, les messages de sensibilisation ne devraient pas beaucoup se focaliser sur ces aspects qui sont déjà acceptés par la majorité des personnes enquêtées.

### 9.3. Grand public

La grande majorité du grand public a déjà entendu parler du Covid19 et sait que c'est une maladie grave. Même si plus de la moitié du grand public rencontré dans les deux zones sait que la maladie à coronavirus est une pathologie respiratoire, les agents vecteurs quant à eux, ne sont pas connus des personnes rencontrées. Mais, la chauve-souris et le pangolin ont été cités par une personne du grand public sur dix.

La description de la définition des principaux symptômes avec une notion de contact et les mesures efficaces pour éviter la prorogation du coronavirus restent bien connues par les personnes du grand public surtout dans la zone de Conakry. Les signes cliniques les plus connus par le grand public sont la Fièvre et la toux. En plus, les modes de transmission interhumaine (de l'homme à l'homme), transmission par voies respiratoires directes restent les plus connus par les personnes du grand public. Cependant les modes de transmission à travers les objets et surfaces infectés restent peu connus par une frange importante des personnes du grand public. Ainsi, les messages de sensibilisation diffusés à travers les différents canaux de communication (Radio, Medis Sociaux, Télévision, sensibilisation communautaire et de masse) devraient mettre en plus un accent particulier sur les modes de transmission à travers les surfaces et objets infectés en plus des autres modes qui sont bien connus par les personnes du grand public.

Concernant les attitudes à adopter lorsqu'on présente les symptômes du Covid19, la majorité des personnes dans les deux zones savent qu'il faut immédiatement contacter le personnel de santé. De plus, la majorité des citoyens interrogés affirme savoir que toutes les races présentent les mêmes risques de développer le Covid19. Cependant, plus d'un tiers des personnes surtout à l'intérieur du pays pensent que la race blanche est plus susceptible de développer la maladie à coronavirus ou d'en mourir que les autres races. Cet aspect devrait être pris en compte dans les stratégies communautaires surtout du grand public à l'intérieur du pays afin d'améliorer leurs perceptions sur cette question. Un accent particulier devrait être mis sur les messages destinés au grand public afin de les informer que toutes les races confondues sont susceptibles de mourir du Coronavirus.

Toujours en termes de perception, moins de la moitié des personnes interrogées savent que tout le monde peut contracter la maladie et que les personnes âgées représentent le groupe d'âge le plus à risque développer la maladie à coronavirus. Concernant la catégorie professionnelle, la majorité sait que des personnes de toutes les catégories professionnelles présentent les mêmes risques de développer la maladie.

Toujours en termes de perception, moins de la moitié des personnes interrogées savent que tout le monde peut contracter la maladie et que les personnes âgées représentent le groupe d'âge le plus à risque développer la maladie à coronavirus. Concernant la catégorie professionnelle,



la majorité sait que des personnes de toutes les catégories professionnelles présentent les mêmes risques de développer la maladie. En revanche, d'autres estiment que le personnel de santé et des personnalités administratives et politiques sont plus à risque à contracter la maladie que les autres.

Par ailleurs, les mesures de Restriction prises par l'État, notamment la fermeture des lieux cultes (mosquées et église, la réduction du nombre de passagers dans les transports en commun, l'interdiction de sortir de Conakry, la fermeture des écoles) sont bien acceptées par la majorité des personnes du grand public comme étant les mesures de réduction de la propagation de la maladie.

## **9.4. Préparation du système de santé**

### **9.4.1 Autorités sanitaires**

Concernant leur satisfaction par rapport aux activités de riposte, la moitié trouve que ces activités ne sont pas du tout satisfaisantes ou peu satisfaisantes du notamment à la faiblesse de la qualité du suivi des contacts, du manque d'Équipements de Protection Individuel pour le personnel de santé, le non-respect de l'État d'urgence sanitaire, l'achat de bavette par les personnels, la non-implication du personnel dans la riposte et la mauvaise communication au tour des cas.

Par rapport à la préparation, les responsables affirment que leurs structures n'avaient pas encore reçu de kits et d'équipements de protections individuelles. En revanche il y avait des kits de lavage des mains devant toutes les structures visitées aussi bien à Conakry qu'à l'intérieur du pays. Cette situation

reste très alarmante dans les zones moins affectées par la pandémie de Covid19. Donc, des mesures urgentes doivent être prises pour inverser cette tendance avant que ces zones ne connaissent leur premier cas de Covid-19.

Dans l'organisation de la riposte, plus de trois responsables sur cinq ont déclaré que leurs structures ne disposent d'aucun comité fonctionnel de gestion de la pandémie. Cette situation reste plus alarmante à Conakry qui constitue d'ailleurs la zone la plus affectée par le Covid-19. En plus de l'absence des comités de gestion, plus du tiers des structures n'a pas reçu des directives ou un document d'orientation sur la riposte contre le COVID-19. Cette faible préparation des structures sanitaires pourrait s'expliquer par un clivage ou une insuffisance de coordination entre l'ANSS et le ministère de la santé après la déclaration du premier cas de Coronavirus en Guinée. Cependant la capitalisation des acquis d'Ebola avec la mise en place des structures de coordination impliquant tous les acteurs pourraient davantage renforcer la préparation et la riposte contre le Covid 19 au niveau des structures sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

### **9.4.2 Prestataires**

En termes de formations reçues dans le contexte d'Épidémie de la maladie à Coronavirus, les équipements de protection individuelle (EPI) et la formation des prestataires sur la prévention et la prise en charge des cas suspects, la presque totalité des prestataires des deux zones n'avaient bénéficié d'aucune formation sur la Prévention et le Contrôle des Infections (PCI) au cours des derniers mois.

De plus, les quantités des EPI disponibles (Gants, Bavette, Savon ou solution hydroalcoolique) sont largement insuffisantes pour couvrir les besoins pendant cette période d'Épidémie. Quant à l'existence de guide d'identification et de la prise en charge des cas suspects de Covid-19, elle n'est pas bien connue par les prestataires des deux zones. D'ailleurs, ces prestataires ont déclaré ne jamais avoir entendu parler de ce guide de prise en charge du COVID-19 élaboré par l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSS).

Par rapport aux institutions Impliquées dans la riposte contre le Covid-19 en Guinée, en dehors de l'OMS, l'ANSS /le Ministère de la Santé est l'institution la plus citée comme étant impliquée dans la riposte. En revanche, les responsables des structures privées n'ont pas cité l'ANSS comme étant impliqués dans la riposte de leur structure. D'autres structures comme INSP, CEA, CERFIG, Présidence, Primature (18,23%) et ENABEL sont faiblement connus par les prestataires comme étant impliqué dans la riposte

## **X. PRINCIPALES RECOMMANDATIONS**

### **Formations**

- Entreprendre des séries de formations ou d'orientation des prestataires sur la définition correcte d'un cas suspect, les modes de transmission et de prévention ainsi que sur la prévention et le Contrôle des Infections (PCI) au niveau des structures communautaires. La formation des prestataires de santé toutes catégories confondues devrait également mettre accent sur la comparaison de la maladie à Coronavirus et Ebola en termes de Contagiosité et de létalité.
- Focaliser la formation des ASC/RECO sur la reconnaissance des cas suspects au niveau communautaire, la référence des cas et la connaissance des modes de transmission à travers les objets et les surfaces infectées

### **Information et sensibilisation**

- Mettre un accent sur les modes de transmission à travers les surfaces et objets infectés en plus des autres modes de transmission dans les messages de sensibilisation diffusés auprès du grand public à travers les différents canaux de communication (Radio, Médias sociaux, Télévision, sensibilisation communautaire et de masse).

### **Préparation et réponse**

- Systématiser et renforcer les unités de tri à la rentrée des structures sanitaires : désignation d'une équipe dédiée, formation du personnel, équipement et motivation.
- Assurer un approvisionnement des prestataires à tous les niveaux en kits d'Équipement de protection individuelle en mettant un accent particulier sur les bavettes, les écrans plastiques, les solutions hydro alcooliques et des thermo flashes.
- Assurer la diffusion large des directives sur la riposte et la prévention de la maladie ainsi que le guide d'identification et de prise en charge des cas suspects du Coronavirus. Un accent particulier devrait être mis sur la définition correcte des cas suspects aussi bien au niveau des prestataires de la ville de Conakry que ceux de l'intérieur du pays.
- Distribuer les fiches techniques ou affiches murales dans les structures sanitaires devrait être assurée avec une large diffusion des informations correctes sur la maladie notamment sur la définition d'un cas suspect et un cas probable de Covid-19.
- Mettre en place un comité de gestion du COVID-19 dans les différentes structures sanitaires (Hôpitaux et CS) à fin de faciliter la coordination de la préparation et et la riposte contre le Covid 19 en Guinée.
- Inclure les structures privées (cliniques/polycliniques et cabinets) dans la riposte contre le Covid 19

## XI. RÉSULTATS DE L'ETHNOGRAPHIE (SYNTHÈSE)

Dans le présent document, nous présentons une synthèse des résultats de l'étude ethnographique : dans un premier temps des **considérations générales** sur notre lecture de l'épidémie dans le système de santé, dans un second temps nous soulignons des points propres à la **gestion pratique du risque épidémique** dans les établissements de santé, dans un troisième nous présentons la synthèse de nos **recommandations** puis **8 sessions de formations** construites à partir de nos ethnographies.

Dans un document séparé, nous présentons nos **rapports ethnographiques** qui permettent de saisir, dans une logique narrative le quotidien des centres de santé observés

### 11.1. Considérations générales

#### 10.1.1 L'ombre portée d'Ebola sur l'épidémie de Coronavirus

- Impact sur la fréquentation des centres de santé : dans l'ensemble des sites visités, nous avons constaté en moyenne une chute de 50% des recettes et/ou de la fréquentation. Les populations craignent d'être infectées dans les structures de santé (accidentellement ou volontairement), elles craignent également une fois identifiées positives au covid-19 d'être envoyées dans des centres de traitement et d'y mourir. L'expérience d'Ebola alimente ces peurs. L'impact de cette désaffection des structures de santé est double : mise en péril de la capacité du système de santé à se financer, perte de chance pour la prise en charge des pathologies hors covid-19.
- Impact sur la façon de penser l'épidémie variable selon l'exposition des régions à l'épidémie d'Ebola : Kindia très exposée à l'épidémie d'Ebola questionne l'origine « naturelle » de l'épidémie, Mamou s'appuie sur sa diaspora pour s'auto-organiser contre l'épidémie) :
  - Au niveau de la population : observation de mesures de prévention mises en place de façon spontanée (suspension de bouteilles javellisées, de seau devant les boutiques.
  - Au niveau des structures de santé : sentiment ambivalent d'un fort niveau de préparation de certains acteurs (notamment dans C-TEPI) qui revendiquent une expérience Ebola (maîtrise du vocabulaire : PCI, EPI) et la réalité de la préparation qui laisse à désirer (manque de matériel, mesures de tri non systématiques, conscience du risque faible).

#### 10.1.2 Hygiène et biosécurité

Une grande partie des observations faites lors de nos ethnographies concernent globalement le manque du respect strict des règles d'hygiène et de biosécurité en milieu hospitalier. Cette situation est liée autant au manque de moyens criant dans certains centres, qu'à un manque de connaissance de la question (distinction entre zones propres et zones sales, distinction lieu de soin, lieu de convivialité), mais parfois également d'une forme de négligence pour la question. C'est en temps « non épidémique » que ces questions devraient être travaillées sur le fond. Aujourd'hui, il faut cependant rappeler les enjeux de cette question par rapport au risque du covid-19. Une communication spécifique sur la PCI en contexte de Covid-19 s'impose : rappel des principes de la PCI, mais réactualisation en fonction de la spécificité des modes de transmission du Covid-19. Concernant la biosécurité, la fourniture de petits flacons de gel hydroalcoolique à conserver dans sa poche à tous les agents (des postes de santé aux hôpitaux) devrait permettre l'adoption du lavage des mains systématique, régulier avant et après la manipulation d'objets-contacts (carnets de santé, clichés, téléphone, poignée de porte) ou l'échange avec un patient.

### 10.1.3 Disparité Conakry – Province

En raison de l'épidémiologie du Covid-19 en Guinée, mais aussi de la présence de partenaires plus importante à Conakry et de la centralisation de la réponse institutionnelle, on observe une inégalité dans

- le niveau d'information : diffusion d'affiches plutôt à jour à Conakry alors qu'elles sont soit absentes, soit datées à l'intérieur.
- La disponibilité des moyens (masques, gants)
- Perceptions du risque (plus on s'éloigne de la capitale, moins le risque est présent dans les esprits).

Il est urgent de systématiser et d'homogénéiser la diffusion des connaissances et la distribution des moyens.

### 10.1.4 Diffusion des connaissances sur le Covid-19

Les agents de santé, quel que soit le niveau du système de santé dans lequel ils exercent n'ont pas reçu d'informations institutionnelles sur l'épidémie (par exemple description d'un cas ou algorithme de prise en charge d'un cas suspect, encore moins de formation. Quand des informations sont observées, c'est le fait d'actions localisées et non systématisées :

- Une affiche USAID, ANSS présente au CMC de Ratoma (qui teste les cas suspects).
- À Mamou, la DPS a diffusé une affiche présentant les cas (origine ANSS), mais la description des cas date (elle insiste encore sur la notion de voyage à l'étranger et ne tient pas compte de la transmission communautaire)
- À Lola, une seule affiche présentant les cas a été observée à la DPS. Elle a été imprimée en noir et blanc sur une feuille A4 par une ONG locale.

D'une manière générale, la source principale d'information de la population, agents de santé y compris, est les médias nationaux, internationaux et sociaux. La diffusion de messages, de définition de cas adaptée à l'actualité de l'épidémie et d'outils de communication scientifiquement fondés, légitimes, correspondant aux réalités de la Guinée auprès de l'ensemble des agents de santé comme des Relais communautaires est une urgence. Ces outils devraient être disponibles en langues nationales pour les agents communautaires (boîtes à images). Une communication spécifique sur la PCI en contexte de Covid-19 s'impose : rappel des principes de la PCI, mais réactualisation en fonction de la spécificité des modes de transmission du Covid-19.

### 10.1.5 Impact de la politique de recrutement des stagiaires

- Réduction des acteurs de la production du soin (avec un relatif abandon des fonctions non perçues comme essentielles : par exemple le tri)
- Augmentation de l'offre de soin « en ville ». Les stagiaires participant à l'extension de l'offre en ville sont de potentiels vecteurs de l'épidémie (car non équipés, non formés)  
Deux pistes pourraient être explorées pour résoudre ce problème :
- Réintégration des stagiaires dans le système de santé (en faisant respecter les règles de distanciation sociale qui même avec de petits effectifs ne sont pas respectées) afin de renforcer l'offre de soin et le tri à l'entrée des centres de santé.

ou

- Accompagnement des stagiaires dans leurs actions de soin en ville : formations, informations et équipement.

### 10.1.6 C-TEPI : inégalité des situations

Des inégalités qui menacent la capacité des C-TEPI à assumer leur fonction :

- Parfois manque d'équipement : ex de Lola (non équipé)
- Parfois bien équipé, mais mobilisé dans l'offre de soin de routine ce qui le rend indisponible en cas d'afflux de patients épidémiques (Mamou)
- Lorsqu'ils sont équipés (notamment en matériel de protection), ce n'est pas le cas des services voisins de l'hôpital ce qui crée tensions et frustrations et ne favorise pas la reconnaissance du risque parmi l'ensemble des agents de santé.

### 10.1.7 Consommables

D'une manière générale, les établissements de Conakry sont plutôt mieux dotés alors qu'à l'intérieur les établissements, quand ils ont du stock, s'appuient sur des dotations datant d'Ebola (non renouvelées et bientôt épuisées). Il conviendrait d'étendre les dotations aux établissements de province pour suivre l'extension de l'épidémie. L'accès aux consommables est inégal en fonction du service hospitalier. Les agents du bloc opératoire ou des C-TEPI reçoivent blouses, sabots, gants, masques quand les autres agents de santé ne reçoivent que gants, calottes et masques et doivent eux-mêmes fournir le reste de leur équipement de protection. (idem au CMC de Ratoma, centre de référence pour le test pour le Covid : agents du test sont équipés, pas les agents « ordinaires »). À cet égard, la situation des postes de santé (en première ligne de la prise en charge communautaire) est critique (masques, gants, blouses, tabliers). L'absence de fourniture de consommable participe à la représentation du risque comme absent.

## 11.2. Gestion pratique du risque épidémique

### 10.2.1 Objets contacts

Les personnels de santé, fonctions et niveaux de structure confondus, sont exposés au risque du Covid-19 à travers les objets qu'ils manipulent fortuitement en longueur de journée, que nous appelons 'objet contact'. Ces objets comprennent entre autres les garde-fous (grillages) de la porte d'entrée à l'hôpital ou à la devanture d'un service, le poignet de la porte, le lit de garde, les draps, la chaise dans le bureau, les bancs dans la salle d'attente, la clé, le chargeur de téléphone, le téléphone portable, l'ordinateur, le cachet du médecin, la blouse, le tensiomètre, le garrot, la bavette au nez, etc. Le lavage des blouses des services (hors bloc opératoire) échoit aux agents eux-mêmes. Par exemple, à l'entrée de l'hôpital régional de Kindia, il est 11h20 ce samedi 11 avril 2020, lorsque le gardien de porte est entièrement occupé à répondre à la fois à plusieurs interlocuteurs – patients et visiteurs - qui affluent la petite entrée de l'hôpital, cherchant à tout prix à y pénétrer. En un intervalle de quelques minutes, il manipule à plusieurs reprises les garde-fous et le crochet du portail, alors qu'il ne porte pas de gants. Au centre de santé urbain de Lola, ce lundi 20 avril 2020, il est 14h 25 min et l'afflux des patients a nettement diminué. Deux infirmières rejoignent un banc disposé à la véranda du service et commencent à manipuler leurs téléphones. L'une d'elle émet un appel tenant le téléphone avec une main et caresse la corde de sa bavette au menton avec l'autre main. L'autre fait apparemment un jeu à partir de son téléphone.



**Recommandation :** Organiser à l'intention des personnels de santé (agents de tri, agents de santé, agents administratifs dans les hôpitaux, centres et postes de santé) une formation pratique basée sur des études de cas et une approche participative, leur permettant de limiter la manipulation des objets contacts. Confier aux buanderies hospitalières la responsabilité du lavage de la literie, des blouses du personnel

### 10.2.2 Économie des masques.

Les masques circulent. Plus que des outils de protection, ils font l'objet de transaction, d'adaptation, de commandes, de livraison, de rupture. Comprendre la dynamique des masques dans les centres de santé, ou saisir l'économie des masques, suppose de prêter attention à la fois à sa dimension structurelle et interactionnelle.

- **Dimension structurelle :** jusqu'à l'avènement du covid-19, les centres de santé consomment peu de masques. Disposant de stocks conséquents hérités de la période d'Ebola, les centres de santé distribuent leurs masques aux agents sans gestion stricte du stock. L'avènement de l'épidémie de covid-19 a comme effet la consommation accrue de masques et la découverte de leur manque. Les commandes réalisées au début de l'épidémie afin d'anticiper les ruptures ne sont pas, jusqu'à aujourd'hui, honorées. Si des masques à usage unique sont encore peu ou prou disponibles dans les structures hospitalières, ce n'est pas du tout le cas dans les structures périphériques à l'intérieur. On a constaté le lavage de masques à usage unique (Lola), le port du même masque plusieurs jours consécutifs, dans d'autres cas des agents de santé se munissent de leur propre masque de confection artisanale, certains agents de santé organisés avec des tailleurs deviennent des revendeurs au sein des structures de santé. Toujours à Lola, une rumeur circule soupçonnant les masques d'avoir été infectés par le covid-19 en Chine où ils sont produits.
  - **Dimension interactionnelle :** le port du masque obéit aux conditions de l'interaction, c'est-à-dire au lieu de l'interaction et aux acteurs en présence. Le port du masque est plutôt fréquent dans le cadre des consultations ORL (forme d'habitus disciplinaire), il l'est beaucoup moins en ophtalmologie, en lors de l'occupation d'une fonction de tri. Le masque a tendance à tomber dès lors que les acteurs entrent dans une interaction ordinaire, éloignée du registre purement sanitaire : ex : négociation du prix d'une consultation, proposition d'accompagnement à l'entrée de l'hôpital, échange marchand au sein de l'hôpital. Le masque s'il est autour du cou se déplace de la zone nez-bouche au menton et au cou au gré des échanges. Dans les postes administratifs (vente carnet de consultation, bureau de direction), le masque est posé sur le bureau est porté en fonction du visiteur. L'absence de disponibilité de masques induit dans certain cas le renvoi de la responsabilité de la fourniture du masque au patient : ex : service de tuberculose à Ratoma où les agents conditionnent l'accès des patients à la consultation au port d'un masque. Dans le même service, les soignants financent eux-mêmes leurs masques.
- Le port du masque apparaît donc comme transitoire, temporaire. Cela se comprend en raison d'une construction du risque de faible intensité (port effectif limité à des situations spécifiquement à risque). Cependant il se doit d'être arboré. Le port autour du cou, ou sur le menton permet ainsi de se conformer aux règles tout en procurant un confort de respiration. Porté ainsi il est possible de le replacer rapidement en cas de besoin : patient potentiellement à risque, entrée dans la pièce d'un supérieur hiérarchique scrupuleux ou d'une mission surprise de supervision. Cette pratique induit une prise de risque supplémentaire : la face extérieure du masque, surface barrière (donc potentiellement polluée)

est en permanence manipulée à mains nues par les agents pour ajuster le masque. Parfois ce dernier quand il tient par des nœuds peut simplement être maintenu sur la bouche avec la main, le temps d'un échange.

**Recommandations :** s'assurer de la disponibilité du matériel de protection, rappeler le fonctionnement du masque (zone propre à l'intérieur, zone sale à l'extérieur, modalité de retrait du masque), reconnaître la volonté des acteurs de santé de se protéger : alors que les masques médicaux ne sont pas fournis, l'État peut-il homologuer un modèle « artisanal » dont il diffuserait le mode de fabrication auprès des artisans ? Intérêt du masque artisanal : appropriation, domestication des mesures de prévention. Faire du masque un objet rappel de l'attention à porter au risque.

### 10.2.3 Définition des cas / Construction sociale du risque (temps extraordinaire de l'épidémie)

Les agents de santé connaissent, à travers les médias, les signes du Covid-19. Toutefois, ils n'ont pour le moment pas bénéficié d'un transfert de connaissance homogène et validé par l'institution pour le dépistage d'un cas suspect de Covid-19. Les agents ont développé leur propre définition de cas suspects de Covid-19 basée sur leurs conceptions du risque. Le risque du Covid-19 est perçu plus élevé si le patient ou le visiteur est inconnu, blanc, vient d'ailleurs, et surtout de Conakry ou d'un pays étranger. Le risque est perçu comme moins élevé ou inexistant si le patient ou le visiteur est un proche, un collègue, ou ne vient pas de Conakry ou de l'étranger : ainsi la familiarité avec un patient conduit à un relâchement dans l'application des règles de biosécurité.

À l'hôpital préfectoral de Lola par exemple, un des enquêteurs de notre équipe rencontre de façon inattendue trois amis d'université présentement en service dans ledit hôpital en qualité de médecin. La joie de retrouver leur ami après plusieurs années, amène les jeunes médecins à se jeter sur l'enquêteur, le serrant dans leurs bras, et martelant spontanément : 'ici y a pas coronavirus!'. À Mamou dans la pharmacie, les interactions directes entre agents et patients sont limitées par une porte-fenêtre via laquelle les transactions ont lieu. Une patiente se présente, la préparatrice sort de la pharmacie et prend la patiente par la main pour l'orienter dans l'établissement : la patiente est sa belle-sœur.

**Recommandation :** Mettre un peu partout une affiche indiquant que les agents sont dans une période 'extraordinaire' qui exige que toute personne est un risque potentiel de transmission du coronavirus ce qui impose une suspension des codes sociaux. Associer à cette communication une définition de cas en rapport avec la dynamique épidémique (transmission communautaire). Ces messages devraient également être diffusés en population générale.

### 10.2.4 Triage (prise de température, interrogatoire, service public, service porte)

Le défi lié au triage des patients et visiteurs à l'entrée des structures de santé est sérieux et plus prononcé à l'intérieur du pays. À l'entrée de l'hôpital national Ignace Deen de Conakry une équipe de tri apparemment formée, permanente, et prenant soin entre autres de communiquer efficacement avec les usagers. Les entrées de plusieurs hôpitaux et centres de santé souffrent de l'absence ou du mauvais fonctionnement des équipes de tri. Nous observons la non-prise de la température de patients, visiteurs et agents de santé, à cause de l'absence de thermo flash, de l'agent de santé, ou la non-application de la règle à tous (supérieur hiérarchique, collègues passant à plusieurs reprises, usagers non obtempérant, enfant au dos, etc.)

Les kits de lavage des mains manquent par moment de solution chlorée ; les agents de tri en nombre insuffisant sont débordés par le nombre des usagers et ne réussissent pas à faire observer ou contrôler toutes les étapes du tri (prise de température, lavage des mains, interrogatoire sur les plaintes du patient, etc.) ; des patients, visiteurs et agents de santé échappent au triage, car ils arrivent avant la prise de fonction de l'équipe de tri qui parfois ne prend fonction qu'après le staff (après 10h). À certaines entrées, le tri se limite à la prise de température et la vente des carnets. Le nombre de thermo flashes utilisés ne fonctionnent pas correctement (faux chiffres de la température). Certains agents mandatés à contrôler la température ne le font pas correctement à l'aide du thermo flash. Un agent de santé observé à l'entrée d'un hôpital pointe le thermo flash à la joue (au lieu du temporal de la face) d'une patiente et se contente du résultat. Dans certains centres de santé, le tri est assumé alternativement par les services. En temps de diminution d'effectif, le tri apparaît comme une fonction permettant de « souffler ». Seuls face à l'afflux de patients, ayant à gérer la suspension éthique qu'impose le contrôle de tous quelque soit le statut social (fonction, âge, sexe) et peu motivé quant à la pertinence du tri, les agents renoncent facilement à l'application stricte de ce dernier. Les agents du tri sont le premier point de contact des usagers avec le système de santé (on parle de « service porte »). Faire que les agents soient pertinents pour le tri, mais également soucieux de la qualité de l'interaction avec les patients ou les visiteurs permet de renforcer la confiance de la population envers un système de santé public désavoué en temps d'épidémie.

**Recommandations :** Sélectionner pour chaque structure de santé (hôpital, centre de santé, poste de santé) une équipe permanente dédiée aux services de tri, les former en triage (prise de température, accueil et counseling/communication, remplissage de la fiche de triage, dosage de la solution chlorée) en se basant sur le contexte local, les rendre légitimes (uniforme/blouse de services), les équiper (thermo flash en bon état avec des batteries de rechange, équipements de protection individuelle), et leur fournir des mesures d'accompagnement pour la sentinelle du jour (par exemple des sandwiches et sachets d'eau pour leur collation, encore la construction d'abris leur offrant de l'ombre pendant la journée), et coordonner leurs activités). En plus de la fonction de tri en tant que tel, une équipe de tri avec des agents en nombre suffisant peut jouer un rôle important dans la production de la confiance envers le système de santé publique.

### 10.2.5 Hôpital comme zone marchande

Les hôpitaux abritent en leur sein ou juste à leur devanture plusieurs points de vente de nourriture (petits restaurants, boutiques d'épices, vendeuses de jus, sandwich, galettes, etc.), d'objets de nécessité (bouillards, sceaux, etc.), de cartes de crédit téléphoniques ou encore de transfert d'argent. Ces hôpitaux et les centres de santé sont également sillonnés en longueur de journée par les marchands ambulants qui revendent pour la plupart, de la nourriture ou des cartes de recharge. Ces points de vente et marchands ambulants constituent des zones/points de transaction des biens, mais aussi fort probablement du virus entre les patients, visiteurs et agents de santé.

Cependant, aucune mesure de prévention du Covid-19 n'est apparemment pas prise par les structures de santé, à l'endroit de ces systèmes de transaction. Dans un hôpital, le propriétaire d'un restaurant situé à l'intérieur de l'enceinte n'est cependant pas récipiendaire des matériels de protection mis à disposition dans l'établissement ni la cible de mesures de prévention. Dans un centre de santé, une vendeuse de boulettes de poissons circule sans aucune retenue ni équipement de protection dans les bureaux y compris les salles de soins à un moment de pointe, se frottant et marchandant avec les patients et agents de santé.

**Recommandations :** Mettre en exergue le contexte extraordinaire et amener les autorités des structures de santé à i) réguler et soutenir les dispositions de prévention des infections dans les points de transaction en améliorant au maximum les mesures de prévention (lavage des mains, prise de température, distance sociale, port de bavettes) ; ii) limiter ou interdire l'accès des marchands ambulants à la structure de santé, surtout pendant les heures de pointe

### 10.2.6 Frontière, zone grise

Les centres de santé sont en général clos de murs. Ces enceintes semblent délimiter de façon stricte le dedans du dehors, le sale (l'extérieur) du propre (l'intérieur). Les études de sciences sociales sur les frontières, comme nos observations, témoignent du fait que loin de créer une délimitation étanche, les frontières entre pays, les murs d'une prison ou d'un lieu clos constituent en réalité des lieux de circulation et de transaction. Nous proposons de les désigner comme des zones grises pour souligner la transition graduelle entre deux espaces que la zone de la frontière définit. Prendre conscience de cette zone grise est particulièrement pertinent en temps épidémique.

À Kindia, les taxi-maîtres attendent, avec leurs motos, agglutinés sur le trottoir faisant face à l'hôpital. Des vendeuses de cacahuètes sont positionnées près de l'entrée avec leurs produits et hèlent les patients et les visiteurs. L'argent est échangé, comme les produits, de main en main.

À Mamou, les enfants déscolarisés en raison de la fermeture des écoles sont agglutinés près d'une grille et servent d'intermédiaires entre les patients et les visiteurs et les vendeurs d'eau et de ginger placés devant l'hôpital. Quant aux taxi-maîtres, ils s'approchent de la zone de tri pour à la fois y trouver de l'ombre et capter des clients. Ils s'y mêlent avec les patients et les visiteurs qui attendent de se laver les mains ou de prendre leur température. Au centre médical de Dixinn, près du marché de Madina, la cour du centre de santé sert de parking au marché, à Ignace Deen, l'entrée de l'hôpital sert d'espace commercial.

Penser en termes de zone grise permet de penser le passage entre l'hôpital et l'extérieur comme un espace tampon au sein duquel il est possible de filtrer, d'espacer l'afflux de visiteurs, patients, commerçants.

**Recommandations :** la zone grise devant les centres de santé pourrait être matérialisée par une corde, une bande plastique de chantiers. À l'entrée de la zone grise devrait être installée une zone d'attente à l'ombre avec emplacement espacé matérialisé au sol pour les patients et les visiteurs comme pour les taxi-moto. À l'entrée de la zone grise devrait se trouver le kit de lavage des mains avec un agent de la protection civile dont le rôle devrait être de filtrer les patients pour éviter un agglutinement au niveau du tri (L'infirmière de tri autorisant l'entrée de chaque nouveau patient). Une ligne d'accès rapide devrait être dédiée à l'entrée des agents de l'hôpital

### 10.2.7 Sociabilités professionnelles

Si la fonction officielle d'un centre de santé est bien de produire du soin, d'un point de vue sociologique il est également un espace de rencontre, un lieu de transaction. Si en temps ordinaire le risque de contamination est pensé dans ces espaces en relation avec l'activité de soin, l'épidémie de covid-19 vient modifier la réalité du risque. Le patient reste bien sûr un vecteur viral privilégié, mais le collègue l'est également.

De ce fait les sociabilités professionnelles, permettant en temps normal de ménager des moments de relâchement entre professionnels, deviennent des temps de prise de risque.

Des sages-femmes profitent d'un creux dans leur activité pour se rassembler autour d'un téléphone portable qu'elles consultent sans aucun respect de la distanciation sociale ; dans la salle de garde des urgences, 4 agents de santé partagent un plat apporté par la surveillante de garde au moment de la passation de service ; dans la salle d'attente de consultation d'un hôpital, une infirmière a posé sa tête près d'une seconde pour faire une sieste ; Une infirmière retraitée vient visiter ses anciens collègues et entre dans le service sans protection. Elle s'assoit un instant dans la salle de garde, prend des nouvelles et quitte le service non sans demander un masque à ses collègues (le président Alpha Condé venant d'annoncer l'obligation à venir de porter des masques en public).

**Recommandation :** En temps de covid-19 et de transmission intracommunautaire, il importe que les agents de santé aient conscience de l'extension du risque. Les sociabilités professionnelles qui sont au cœur des pratiques ordinaires des agents doivent être suspendues. Le temps extraordinaire de l'épidémie doit conduire à une suspension de l'éthique ordinaire (des relations habituelles entre individus).

### 10.2.8 Faire la queue, s'exposer au risque

Si la relation de soin constitue certainement l'acmé de l'exposition au risque (pour l'agent de santé), l'hôpital est également un potentiel catalyseur de l'infection pour les visiteurs comme pour les patients. La non-matérialisation de zones d'attente devant les consultations, les urgences, dans les centres de santé, les visites de parents nombreux de parents dans un service ou les rassemblements de ces derniers dans la cour dans l'attente de la fin d'un accouchement ou d'une opération constituent autant de situations d'exposition au risque.

**Recommandations :** Avec un coût minimal et une efficacité évidente, il est possible de matérialiser dans les lieux d'attentes des emplacements espacés les uns des autres pour les patients faisant la queue, ou pour les familles en attente de nouvelles. Sur les bancs les emplacements peuvent être matérialisés avec du scotch, sur le sol des ronds dessinés peuvent indiquer où attendre. Le respect de ces emplacements devrait conduire au respect des distances. L'affluence de visiteurs de manière simultanée serait ainsi rendue difficile matériellement. Ces mesures devraient être accompagnées d'explications portant sur le temps extraordinaire de l'épidémie les justifiant. Ces justifications doivent être affichées, mais également expliquées par les agents de santé lors de chaque interaction. Dans ce contexte, la limite du nombre de visiteurs par patient s'impose également.



## **XII. SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS**

La désaffectation du système de santé publique aura un double impact majeur : baisse drastique des moyens financiers du système de santé. La baisse importante des recettes dans le système de santé met en péril la capacité du système de santé de s'autofinancer alors qu'il fonctionne sur la base du recouvrement des coûts. La baisse de fréquentation des centres de santé risque également de se traduire par une perte de chance importante pour la prise en charge d'autres pathologies (palu, TB) ou la réalisation de pratiques de routines (vaccination).

### **1.1 Répartition des moyens et diffusion des informations dans le système de santé**

Il est urgent de systématiser et d'homogénéiser la diffusion des connaissances et la distribution des moyens.

### **1.2 Définition des cas**

La diffusion de messages, de définition de cas adaptée en temps réel à l'actualité de l'épidémie et d'outils de communication scientifiquement fondés, légitimes, correspondant aux réalités de la Guinée auprès de l'ensemble des agents de santé comme des Relais communautaires est une urgence. Ces outils devraient être disponibles en langues nationales pour les agents communautaires (boîtes à images).

Une communication spécifique sur la PCI en contexte de Covid-19 s'impose : rappel des principes de la PCI, mais réactualisation en fonction de la spécificité des modes de transmission du Covid-19.

Mettre un peu partout une affiche indiquant que les agents sont dans une période 'extraordinaire' qui exige que toute personne est un risque potentiel de transmission du coronavirus ce qui impose une suspension des codes sociaux. Associer à cette communication une définition de cas en rapport avec la dynamique épidémique (transmission communautaire). Ces messages devraient également être diffusés en population générale.

### **1.3 Stagiaires**

- Réintégration des stagiaires dans le système de santé (en faisant respecter les règles de distanciation sociale qui même avec de petits effectifs ne sont pas respectées) afin de renforcer l'offre de soin et le tri à l'entrée des centres de santé.

ou

- Accompagnement des stagiaires dans leurs actions de soin en ville : formations, informations et équipement.

### **1.4 Offre privée de soin**

Systématiquement inclure les soins privés dans la communication sur le covid et la distribution de moyens de protection

### **1.5 C-TEPI**

Réviser et homogénéiser l'articulation C-TEPI et système de santé général



## 1.6 Consommables

Étendre les dotations aux établissements de province pour suivre l'extension de l'épidémie. Dans la diffusion des moyens, la situation des postes de santé (en première ligne de la prise en charge communautaire) est critique (masques, gants, blouses, tabliers).

## 1.7 Objets Contacts

Organiser à l'intention des personnels de santé (agents de tri, agents de santé, agents administratifs dans les hôpitaux, centres et postes de santé) une formation pratique basée sur des études de cas et une approche participative, leur permettant de limiter la manipulation des objets contacts. Confier aux buanderies hospitalières la responsabilité du lavage de la literie, des blouses du personnel.

## 1.8 Économie des masques

S'assurer de la disponibilité du matériel de protection, rappeler le fonctionnement du masque (zone propre à l'intérieur, zone sale à l'extérieur, modalité de retrait du masque), reconnaître la volonté des acteurs de santé de se protéger : alors que les masques médicaux ne sont pas fournis, l'État peut-il homologuer un modèle « artisanal » dont il diffuserait le mode de fabrication auprès des artisans ? Intérêt du masque artisanal : appropriation, domestication des mesures de prévention. Faire du masque un objet rappelle de l'attention à porter au risque.

## 1.9 Tri

Sélectionner pour chaque structure de santé (hôpital, centre de santé, poste de santé) une équipe permanente dédiée aux services de tri, les former en triage (prise de température, accueil et counseling/communication, remplissage de la fiche de triage, dosage de la solution chlorée) en se basant sur le contexte local, les rendre légitimes (uniforme/blouse de services), les équiper (thermo flash en bon état avec des batteries de rechange, équipements de protection individuelle), et leur fournir des mesures d'accompagnement pour la sentinelle du jour (par exemple des sandwiches et sachets d'eau pour leur collation, encore la construction d'abris leur offrant de l'ombre pendant la journée), et coordonner leurs activités). En plus de la fonction de tri en tant que tel, une équipe de tri avec des agents en nombre suffisant peut jouer un rôle important dans la production de la confiance envers le système de santé publique.

## 1.10 Hôpital comme zone marchande

Mettre en exergue le contexte extraordinaire et amener les autorités des structures de santé à i) réguler et soutenir les dispositions de prévention des infections dans les points de transaction en améliorant au maximum les mesures de prévention (lavage des mains, prise de température, distance sociale, port de bavettes) ; ii) limiter ou interdire l'accès des marchands ambulants à la structure de santé, surtout pendant les heures de pointe.

### **1.11 Hôpital et zone grise**

La zone grise devant les centres de santé pourrait être matérialisée par une corde, une bande plastique de chantiers. À l'entrée de la zone grise devrait être installée une zone d'attente à l'ombre avec emplacement espacé matérialisé au sol pour les patients et les visiteurs comme pour les taxi-moto.

À l'entrée de la zone grise devrait se trouver le kit de lavage des mains avec un agent de la protection civile dont le rôle devrait être de filtrer les patients pour éviter un agglutinement au niveau du tri (L'infirmière de tri autorisant l'entrée de chaque nouveau patient). Une ligne d'accès rapide devrait être dédiée à l'entrée des agents de l'hôpital.

### **1.12 Sociabilités professionnelles**

En temps de covid-19 et de transmission intracommunautaire, il importe que les agents de santé aient conscience de l'extension du risque. Les sociabilités professionnelles qui sont au cœur des pratiques ordinaires des agents doivent être suspendues. Le temps extraordinaire de l'épidémie doit conduire à une suspension de l'éthique ordinaire (des relations habituelles entre individus).

### **1.13 Faire la queue et s'exposer au risque**

Avec un coût minimal et une efficacité évidente, il est possible de matérialiser dans les lieux d'attentes des emplacements espacés les uns des autres pour les patients faisant la queue, ou pour les familles en attente de nouvelles. Sur les bancs les emplacements peuvent être matérialisés avec du scotch, sur le sol des ronds dessinés peuvent indiquer où attendre. Le respect de ces emplacements devrait conduire au respect des distances. L'affluence de visiteurs de manière simultanée serait ainsi rendue difficile matériellement. Ces mesures devraient être accompagnées d'explications portant sur le temps extraordinaire de l'épidémie les justifiant. Ces justifications doivent être affichées, mais également expliquées par les agents de santé lors de chaque interaction. Dans ce contexte, la limite du nombre de visiteurs par patient s'impose également.

## Annexes 1. Tableaux récapitulatifs de résultats quantitatifs

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des prestataires de soins. Avril 2020

Caractéristiques Sociodémographiques	Conakry		Intérieur du pays		Total	
	Nombre N=475	%	Nombre N=583	%	Nombre N=1058	%
<b>Nature Structure</b>						
Publique	359	75,6	538	92,3	897	84,8
Privée	116	24,4	45	7,7	161	15,2
<b>Type de Structure Sanitaire</b>						
Poste/CS	134	28,2	185	36,2	319	32,9
CMC/Hôpital	106	22,3	350	59,8	456	43,1
CHU/Hôpital National	112	23,6	0	0	112	10,6
Clinique/Polyclinique/Cabinet dentaire	100	21,1	64	12,8	164	15,5
Pharmacie	20	4,2	12	2,1	32	3
Service spécialisé	117	24,7	187	32,1	304	28,7
Service générale	233	40,0	171	29,3	361	34,1
Autres	148	31,2	213	36,5	361	34,1
<b>Répondants</b>						
Médecins	192	40,5	103	17,7	295	27,9
Infirmier/ATS/Sages-femmes	148	31,1	357	61,2	505	47,7
Pharmacien	12	2,5	8	1,4	20	1,9
Stagiaire/Etudiant	64	13,5	50	8,6	114	11,7
technicien Labo/Biologiste	49	10,3	46	7,9	95	9,0
Autres	10	2,1	19	3,3	29	2,7
<b>Sexe</b>						
Masculin	253	53,3	270	46,3	523	49,4
Féminin	222	46,7	313	53,7	535	50,6
<b>Age des répondants</b>						
<25 ans	18,0	3,8	57	9,8	75	7,1
25-39	318,0	66,9	401	68,8	719	68,0
40-59	125,0	26,3	115	19,7	240	22,7
60 et plus	14	2,9	10	1,7	24	2,3
<b>Expériences professionnelles</b>						
<5ans	157	33,1	262	44,9	419	39,6
5-10 ans	196	41,3	193	33,1	389	36,8
plus de 10 ans	122	25,7	128	22	250	23,6
<b>Expérience de notification d'Ebola entre 2013 et 2016</b>						
Oui	88	18,5	79	13,6	167	15,8
Non	243	51,2	337	57,8	580	54,8

**Tableau 2 : Répartition des ASC selon leurs caractéristiques. Avril 2020**

	Intérieur	Total
	Nombre	
Caractéristique sociodémographique	N=107	%
<b>Sexe</b>		
Féminin	52	48,6
Masculin	55	51,4
<b>Age groupe</b>		
Moins de 25	6	5,6
25-39	69	64,5
40-59	27	25,2
60 et plus	5	4,7
<b>Expérience professionnelle</b>		
Moins de 5 ans	37	34,6
5 à 10 ans	59	55,1
11 et plus	11	10,3
<b>Niveau de scolarité</b>		
Franco-arabe	3	2,9
Primaire	6	5,7
Professionnel	44	41,9
Secondaire	41	39,0
Université	11	10,5

**Tableau 3 : Caractéristiques Sociodémographiques des personnes du grand public. Avril 2020**

Caractéristiques sociodémographiques	Conakry		Intérieur du pays		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
	N=1644		N=1741		N=3385	
<b>Sexe</b>						
Masculin	1105	67,2	1033	59,3	2138	63,2
Féminin	539	32,8	708	40,7	1247	36,8
<b>Age des répondants</b>						
>25 ans	304	18,5	290	16,7	594	17,5
25-39	951	57,8	906	52,0	1857	54,9
40-59	343	20,9	433	24,9	776	22,9
60 et plus	46	2,8	112	6,4	158	4,7
<b>Niveau d'Education</b>						
Primaire	458	27,9	494	28,4	952	28,1
Secondaire	152	9,2	280	16,1	432	12,8
Professionnel	415	25,2	576	33,1	991	29,3
Universitaire	102	6,2	134	7,7	236	7,0
Sans Niveau	477	29,0	241	13,8	718	21,2
Missing	40	2,4	16	0,9	56	1,7
<b>Profession</b>						
Fonctionnaire/travailleur secteur Privé	276	16,8	196	11,4	472	13,9
Elevé/Etudiant	274	16,7	200	11,6	474	14,0
Commerçant	351	21,4	491	28,5	842	24,9
Agriculteur	4	0,2	91	5,3	95	2,8
ménagère/aucun	164	10,0	275	15,9	439	13,0
Autre	414	25,2	466	27,0	880	26,0
Données manquantes	951	57,8	906	52,5	1857	54,9

**Tableau 4 : Perception des autorités sur le COVID-19. Avril 2020**

Variables	Conakry		Intérieur		Total	
	No=79	%	No=118	%	No=197	%
<b>Selon vous entre le COVID-19 et Ebola, quelle maladie est la plus dangereuse en contagiosité</b>						
Coronavirus	76	96,2	105	89,0	181	91,8
Ebola	1	1,3	7	5,9	8	4,1
Egalite	2	2,5	6	5,1	8	4,1
<b>Entre le COVID19 et Ebola, quelle maladie est la plus dangereuse en mortalité</b>						
Coronavirus	52	65,8	63	53,4	115	58,4
Ébola	24	30,4	53	44,9	77	39,1
Egalite	2	2,5	1	0,8	3	1,5
Je ne sais pas	1	1,3	1	0,8	2	1,0
<b>Position par rapport à la fermeture des mosquées et église</b>						
D'accord	74	93,7	108	91,5	182	92,4
Pas d'accord	4	5,1	8	6,8	12	6,1
Pas d'avis	0	0,0	1	0,8	1	0,5
Plus ou moins d'accord	1	1,3	1	0,8	2	1,0
<b>Position par rapport à la fermeture des écoles dans le pays ?</b>						
D'accord	77	97,5	111	94,1	188	95,4
Pas d'accord	1	1,3	5	4,2	6	3,0
Pas d'avis	0	0,0	1	0,8	1	0,5
Plus ou moins d'accord	1	1,3	1	0,8	2	1,0
<b>Position par rapport à la réduction du nombre de passagers par taxi</b>						
D'accord	76	96,2	108	91,5	184	93,4
Pas d'accord	1	1,3	2	1,7	3	1,5
Pas d'avis	0	0,0	1	0,8	1	0,5
Plus ou moins d'accord	2	2,5	7	5,9	9	4,6
<b>Position par rapport à interdiction de sortir de la capitale ?</b>						
D'accord	74	93,7	110	93,2	184	93,4
Pas d'accord	1	1,3	3	2,5	4	2,0
Pas d'avis	0	0,0	1	0,8	1	0,5
Plus ou moins d'accord	4	5,1	4	3,4	8	4,1



Variables	Conakry (n=79)		Intérieur (n=118)		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Selon vous, quel est le groupe de personnes qui est le plus susceptible de contracter le COVID-19</b>						
Adulte	1	1,3	6	5,2	7	3,65
Enfants	1	1,3	0	0	1	0,52
Jeunes	0	0	3	2,6	3	1,56
Ne sait pas	0	0	1	0,8	1	0,52
Personnes âgées	37	48,1	66	57,4	103	53,65
Tout le monde	38	49,4	39	33,9	77	40,1
<b>Groupe socio-économique qui est le plus susceptible de contracter le COVID-19</b>						
Classe moyenne	0	0,0	1	0,8	1	0,5
Pauvres	4	5,1	2	1,7	6	3,8
Riches	10	12,7	28	22,0	36	18,3
Tout le monde	65	82,3	88	74,6	153	77,7
Ne sait pas	0	0,0	1	0,8	1	0,5
<b>La race qui est la plus susceptible de contracter le COVID-19</b>						
Blancs	16	20,3	28	23,7	44	22,3
Métis	0	0	1	0,8	1	0,5
Tout le monde	7	63,6	61	63,5	68,0	63,6
<b>Groupe socio-économique qui est le plus susceptible de contracter le COVID-19</b>						
Classe moyenne	0	0,0	1	0,8	1	0,5
Pauvres	4	5,1	2	1,7	6	3,8
Riches	10	12,7	28	22,0	36	18,3
Tout le monde	65	82,3	88	74,6	153	77,7
Ne sait pas	0	0,0	1	0,8	1	0,5
<b>Race qui est la plus susceptible de contracter le COVID-19</b>						
Blancs	16	20,3	28	23,7	44	22,3
Métis	0	0	1	0,8	1	0,5
Tout le monde	7	63,6	61	63,5	68,0	63,6
<b>Groupe professionnel qui est le plus susceptible de contracter le COVID-19</b>						
Adulte	1	1,3	6	5,2	7	3,65
Enfants	1	1,3	0	0	1	0,52
Jeunes	0	0	3	2,6	3	1,56
Ne sait pas	0	0	1	0,8	1	0,52
Personnes âgées	37	48,1	66	57,4	103	53,65
Tout le monde	38	49,4	39	33,9	77	40,1
<b>Groupe socio-économique qui est le plus susceptible de contracter le COVID-19</b>						
Classe moyenne	0	0,0	1	0,8	1	0,5
Pauvres	4	5,1	2	1,7	6	3,8
Riches	10	12,7	28	22,0	36	18,3
Tout le monde	65	82,3	88	74,6	153	77,7
Ne sait pas	0	0,0	1	0,8	1	0,5
<b>Race qui est la plus susceptible de contracter le COVID-19</b>						
Blancs	16	20,3	28	23,7	44	22,3
Métis	0	0	1	0,8	1	0,5
Tout le monde	7	63,6	61	63,5	68,0	63,6

**Tableau 6 : Connaissance des prestataires de soins sur le Covid19.**

Connaissance	Conakry		Intérieur		Total	
	Nombre N=475	%	Nombre N=583	%	Nombre N=1058	%
<b>Germe Responsable</b>						
Virus	403	84,8	464	79,6	867	81,9
Bactérie	17	3,6	13	2,2	30	2,2
Champignon/Parasite	1	0,2	9	1,5	10	1,0
NSP	54	11,4	97	16,6	151	14,3
<b>Agents vecteurs du Covid-19</b>						
Chat	16	3,4	19	3,3	35	3,3
chauve-souris	143	30,1	71	12,2	214	20,2
Rats	18	3,8	38	6,5	56	5,3
Pangolin	162	34,1	115	19,7	227	26,2
chien	9	1,9	6	1,0	15	1,4
Autres	37	7,8	52	8,9	89	8,4
NSP	195	41,1	349	59,9	544	51,4
<b>Types de Maladies causées par Covid-19</b>						
Maladies Respiratoires	421	88,6	457	78,4	878	83,0
Maladies digestives	34	7,2	61	10,5	95	9,0
Autres	10	2,1	21	3,6	31	2,9
NSP	50	10,5	112	19,2	162	15,3
<b>Mode de transmission le plus contaminant</b>						
Voie respiratoire directe	385	81,1	468	80,3	853	80,6
Animal à l'Homme	79	16,6	55	9,4	134	12,7
Homme à homme (serrer les main, accolade, embrassade)	393	82,7	463	79,4	856	80,9
Environnement à l'homme (surface souillée)	150	31,6	142	24,4	292	27,6
Fluides sexuels	24	5,1	21	3,6	45	4,3
Bouche (aliments infectés)	44	9,3	52	8,9	96	9,1
En touchant les cadavres	40	8,4	33	5,7	73	6,9
En touchant Objets contaminés	165	34,7	126	21,6	291	27,5
Autres	2	0,4	16	2,7	18	1,7
NSP	3	0,6	12	2,1	15	1,4
<b>Symptômes du Covid-19</b>						
Fièvre	455	95,8	545	93,5	1000	94,5
Maux de tête	294	61,9	265	45,5	559	52,8
Vomissement /Diarrhée	89	18,7	118	20,2	207	19,6

Toux	400	84,2	501	85,9	901	85,2
Difficultés respiratoires	323	68,0	326	55,9	649	61,3
Douleur abdominale	25	5,3	28	4,8	53	5,0
Maux de gorges	191	40,2	178	30,5	369	34,9
Ecoulement Nasal	139	29,3	184	31,6	323	30,5
Anorexie	46	9,7	60	10,3	106	10,0
NSP	2	0,4	10	1,7	12	1,1
Autres	58	12,2	110	18,9	168	15,9

**Disponibilité d'un traitement spécifique**

Oui	93	19,6	95	16,3	188	17,8
Non	345	72,6	432	74,1	777	73,4
NSP	37	7,8	56	9,6	93	8,8

**D'accord que le covid-19 peut être évité**

D'accord	440	92,6	570	97,8	1010	95,5
Incertain	32	6,7	13	2,2	45	4,3
pas d'accord	3	0,6	0	0,0	3	0,3
NSP						

**Connaissance du numéro vert**

Oui	414	87,2	416	71,4	830	78,4
Non	61	12,8	167	28,6	228	21,6

**Connaissance de la période d'incubation**

Connaît	380	82,1	412	70,7	802	75,8
Ne connaît pas	85	17,9	171	29,3	256	24,2

---

**Tableau 7 : Avis des prestataires de soins sur les dispositions prise par l'Etat**

Avis sur les dispositions prises	Conakry		intérieur		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
<b>Fermeture des mosquées et Eglises dans le pays</b>						
D'accord	398	53,80	513	87,8	910	85,11
Plus ou moins d'accord	38	8,00	35	6,0	73	6,9
Pas d'accord	37	7,80	36	6,1	73	6,9
Pas d'avis	3	0,60	1	0,2	4	0,4
<b>Réduction du nombre de passagers par moto ou Véhicule dans le pays</b>						
D'accord	444	93,40	557	95,5	1001	94,7
Plus ou moins d'accord	24	5,1	11	1,9	35	3,3
Pas d'accord	7	1,50	15	2,6	22	2,1
<b>Interdiction du sortir de la capitale</b>						
D'accord	438	42,30	441	92,8	979	92,5
Plus ou moins d'accord	22	4,60	20	3,4	42	4
Pas d'accord	14	3,00	22	3,8	36	3,4
Pas d'avis	1	0,20	0	0,0	1	0,1
<b>Fermeture des écoles dans le pays</b>						
D'accord	457	90,2	527	90,4	984	93,0
Plus ou moins d'accord	7	1,50	27	4,6	39	3,2
Pas d'accord	11	2,30	28	4,8	39	3,7
Pas d'avis	0	0,00	1	0,2	1	0,1
<b>Port obligatoire du masque communautaire/bavette</b>						
D'accord	274	91,0	318	87,1	592	88,9
Plus ou moins d'accord	21	7,0	32	8,8	53	8,0
Pas d'accord	6	2,0	14	3,8	20	3,0
Pas d'avis	0	0,00	1	0,3	1	0,2

**Tableau 8 : Proportion des ACS selon leur connaissance et attitude sur le Covid-1919**

Connaissance	Intérieur du pays	
	No.	
	N=107	%
<b>Numéro vert pour les cas suspects de coronavirus</b>		
Non	21	19,6
Oui	86	80,4
<b>Période d'incubation du coronavirus ?</b>		
0 jour	33	30,8
1 Jours	1	0,9
14 jours	67	62,6
21 Jours	5	4,7
5 Jours	1	0,9
<b>Symptômes de COVID19, que feriez-vous ?</b>		
Informez le personnel de santé		
Non	12	11,2
Oui	95	88,8
Rester chez moi en quarantaine		
Non	97	90,7
Oui	10	9,3
<b>Lutte contre le COVID19 mieux organisée que celle contre Ebola</b>		
Non	40	37,4
Oui	52	48,6
Ne sait pas	15	14,0

Tableau 9 : Perception des ASC/Relais Communautaire sur le Covid-19.

Modalités	Intérieur du pays	
	Nombre	
	N=107	%
<b>Position par rapport à la fermeture des mosquées et des église</b>		
D'accord	89	83,2
Pas d'accord	9	8,4
plus ou moins d'accord	8	7,5
Pas d'avis	1	0,9
<b>Position par rapport à la réduction du nombre de passagers par véhicule</b>		
D'accord	103	96,3
Pas d'accord	2	1,9
plus ou moins d'accord	2	1,9
Pas d'avis	0	0,0
<b>Position par rapport à l'interdiction de sortir de la capitale</b>		
D'accord	99	92,5
Pas d'accord	4	3,7
plus ou moins d'accord	4	3,7
Pas d'avis	0	0,0
<b>Position par rapport à la fermeture des écoles dans le pays ?</b>		
D'accord	91	85,0
Pas d'accord	8	7,5
plus ou moins d'accord	8	7,5
Pas d'avis	0	0,0
<b>Avis par rapport à la nouvelle mesure du port obligatoire du masque</b>		
D'accord	66	85,7
Pas d'accord	3	3,9
plus ou moins d'accord	8	10,4
Pas d'avis	0	0,0



Tableau 10 : Connaissance des personnes du grand public sur le Covid-19.

Caractéristiques	Conakry		Intérieur du pays		Total	
	Nombre N=1644	%	Nombre N=1741	%	Nombre N=3385	%
<b>Ayant entendu Parler de Covid-19</b>						
Non	8	0,5	37	2,1	45	1,3
Oui	1636	99,5	1704	97,9	3340	98,7
<b>Agents vecteurs du Covid-19</b>						
Chat	33	2,0	13	0,7	46	1,4
chauve-souris	298	18,1	152	8,7	450	13,3
Rats	51	3,1	64	3,7	115	3,4
Pangolin	268	16,3	159	9,1	427	12,6
chien	21	1,3	6	0,3	27	0,8
Autres	56	3,4	44	2,5	100	3,0
NSP	551	33,5	354	20,3	905	26,7
<b>Types de Maladies causées par Covid-19</b>						
Maladies Respiratoires	1117	67,9	773	44,4	1890	55,8
Maladies digestives	90	5,5	66	3,8	156	4,6
Autres	30	1,8	54	3,1	84	2,5
NSP	512	31,1	922	53,0	1434	42,4
<b>Covid19 peut survivre en milieu Extérieur</b>						
Ne sait pas	475	28,9	753	43,3	1228	36,3
Non	230	14,0	223	12,8	453	13,4
Oui	939	57,1	765	43,9	1704	50,3
<b>Gravite de la maladie à Coronavirus</b>						
Ne sait pas	52	3,2	30	1,7	82	2,4
Non	17	1,0	22	1,3	39	1,2
Oui	1575	95,8	1689	97,0	3264	96,4
<b>Disponibilité d'un traitement spécifique</b>						
Ne sait pas	488	29,7	662	38,0	1150	34,0
Non	771	46,9	614	35,3	1385	40,9
Oui	385	23,4	465	26,7	850	25,1
<b>Médicaments a ne pas prendre en cas de covid-19</b>						
Antalgique (Paracétamol)	72	4,4	128	7,4	200	5,9
Anti-inflammatoire	173	10,5	63	3,6	236	7,0
Antibiotique	58	3,5	49	2,8	107	3,2
Chloroquine /Plaquenil	92	5,6	55	3,2	147	4,3
Azithromycine	15	0,9	11	0,6	26	0,8
Chloroquine						
+Azithromycine	52	3,2	14	0,8	66	2,0
Autres	26	1,6	8	0,5	34	1,0
NSP	1262	76,8	1522	87,4	2784	82,3

**Cas suspect de Coronavirus**IRA Sévère + ATCD de séjour  
ou résidence dans un pays  
affecté

217 13,2 222 12,8 439 13,0

IRA Sévère + Contact avec  
un cas confirmé ou  
probable

97 5,9 60 3,4 157 4,6

Une personne présentant  
une fièvre (+38°C) + Toux +  
notion de contact

437 26,6 437 25,1 874 25,8

Une personne présentant  
une fièvre (+38°C)

571 34,7 748 43,0 1319 39,0

Une personne présentant  
une fièvre (+38°C) + Toux

40 2,4 75 4,3 115 3,4

NSP

282 17,2 199 11,4 481 14,2

**Mesures plus efficaces pour éviter la prorogation  
du coronavirus**Consulter rapidement en  
cas de signe (toux, fièvre et  
difficultés)

588 35,8 496 28,5 1084 32,0

Réduire les déplacements

539 32,8 493 28,3 1032 30,5

Eviter les endroits bondés  
de monde

693 42,2 654 37,6 1347 39,8

Utiliser un masque de  
protection

696 42,3 562 32,3 1258 37,2

Eviter de serrer les mains  
des autres

686 41,7 667 38,3 1353 40,0

Se laver régulièrement les  
mains avec Savon

879 53,5 974 55,9 1853 54,7

Eviter contact avec Cas  
suspect

216 13,1 219 12,6 435 12,9

utiliser les effets personnels  
pour se couper des  
cheveux, ...

91 5,5 52 3,0 143 4,2

Prier Dieu

292 17,8 245 14,1 537 15,9

Rester la maison

543 33,0 280 16,1 823 24,3

**D'accord que le Covid-19 peut être évité**

D'accord

1377 83,8 1538 88,3 2915 86,1

Incertain

205 12,5 124 7,1 329 9,7

pas d'accord

29 1,8 29 1,7 58 1,7

NSP

33 2,0 50 2,9 83 2,5

**Connaissance du numéro vert**

Non

631 38,4 1052 60,4 1683 49,7

Oui

1013 61,6 689 39,6 1702 50,3

**Connaissance de la période  
d'incubation**

Connaît

803 48,8 598 34,3 1401 41,4

Ne connaît pas

841 51,2 1143 65,7 1984 58,6

Autres

Attitude et Pratiques	Conakry		Intérieur du pays		Total	
	Nombre N=1644	%	Nombre N=1741	%	Nombre N=3385	%
<b>Attitude en cas de symptômes de Covid-19</b>						
Informé le personnel de Santé	1509	91,8	1505	86,4	3014	89,0
Rester à domicile en quarantaine pour protéger les autres	372	22,6	292	16,8	664	19,6
Continuer mon travail	11	0,7	8	0,5	19	0,6
Ne pas parler pour éviter la discrimination	24	1,5	21	1,2	45	1,3
Autres (aller à l'Hôpital, boire chaude, prendre la chloroquine I)	109	6,6	196	11,3	305	9,0
<b>Disponible des kits de lavage à domicile</b>						
Non	184	11,2	361	20,7	545	16,1
Oui	1460	88,8	1380	79,3	2840	83,9

Tableau 12 : Perception des personnes du grand public sur le Covid-19.

Perception	Conakry		Intérieur du pays		Total	
	Nombre N=1644	%	Nombre N=1741	%	Nombre N=3385	%
<b>Organisation de la lutte contre Covid-19 mieux organisée que celle d'Ebola</b>						
Ne sait pas	299	18,2	593	34,1	892	26,4
Non	513	31,2	379	21,8	892	26,4
Oui	832	50,6	769	44,2	1601	47,3
<b>Group susceptible de contracter Covid-19</b>						
Adultes	28	1,7	44	2,5	72	2,1
Enfants	25	1,5	57	3,3	82	2,4
Jeunes	10	0,6	46	2,6	56	1,7
Personnes Âgées	795	48,4	797	45,8	1592	47
Tout le monde	748	45,5	690	39,6	1438	42,5
Ne sait pas	38	2,3	107	6,1	145	4,3
<b>Groupe profession le plus susceptible de contracter le Covid_19</b>						
Commerçants	70	4,3	220	12,6	290	8,6
Etudiant/Elève	4	0,2	8	0,5	12	0,4
Fonctionnaires	121	7,4	72	4,1	193	5,7
Hommes en uniforme	5	0,3	8	0,5	13	0,4
Ouvriers	4	0,2	20	1,1	24	0,7
Personnalités administratives et politiques	204	12,4	189	10,9	393	11,6
Professionnels de sante	291	17,7	252	14,5	543	16
Tout le monde	930	56,6	914	52,5	1844	54,5
Autres (Banquier, chauffeurs, Journaliste, Taximan)	15	0,9	58	3,3	73	2,2
<b>Groupe socio-économique le plus susceptible de contracter le covid_19</b>						
Riche	435	26,5	539	31	974	28,8
Classe moyenne	10	0,6	10	0,6	20	0,6
Pauvres	43	2,6	114	6,5	157	4,6
Tout le monde	1133	68,9	988	56,7	2121	62,7
<b>Perception du risque de contamination dans le lieu de travail</b>						
Très élevé	545	33,2	317	18,2	862	25,5
Elevé	513	31,2	518	29,8	1031	30,5
Plus ou moins élevé	215	13,1	453	26,0	668	19,7
Faible	149	9,1	248	14,2	397	11,7
NSP	222	13,5	205	11,8	427	12,6

**Perception du risque de contaminations à domicile**

Très élevé	81	4,9	35	2	116	3,4
Elevé	111	6,8	62	3,6	173	5,1
Plus ou moins élevé	172	10,5	304	17,5	476	14,1
Faible	1219	74,1	1273	73,1	2492	73,6
NSP	61	3,7	67	3,8	128	3,8

**Perception du risque de contaminations dans les lieux publics**

Très élevé	603	36,7	595	34,2	1198	35,4
Elevé	884	53,8	906	52	1790	52,9
Plus ou moins élevé	58	3,5	134	7,7	192	5,7
Faible	46	2,8	50	2,9	96	2,8
NSP	53	3,2	56	3,2	109	3,2

**Perception sur le groupe d'âge le plus susceptible de mourir du Covid-19**

Adultes	11	0,7	36	2,1	47	1,4
Enfants	13	0,8	15	0,9	28	0,8
Jeunes	5	0,3	23	1,3	28	0,8
Personnes Agées	1027	62,5	1162	66,7	2189	64,7
Tout le monde	556	33,8	397	22,8	953	28,2
Ne sait pas	32	1,9	108	6,2	140	4,1

**Covid19 et Ebola, Perception sur la Maladie plus contagieuse**

Ebola	1472	89,5	1571	90,2	3043	89,9
Covid19	59	3,6	63	3,6	122	3,6
Egalité	80	4,9	40	2,3	120	3,5
NSP	33	2	67	3,8	100	3

**Covid19 et Ebola, Perception sur la Maladie plus mortelles**

Ebola	1286	78,2	1336	76,7	2622	77,5
Covid19	264	16,1	187	10,7	451	13,3
Egalité	68	4,1	63	3,6	131	3,9
NSP	26	1,6	155	8,9	181	5,3

Tableau 13 : Avis sur les dispositions prises par l'Etat pendant cette période d'urgence sanitaire

Mesures	Conakry		Intérieur du pays		Total	
	Nombre N=1644	%	Nombre N=1741	%	Nombre N=3385	Nombre N=1644
<b>Fermeture des mosquées et Eglises dans le pays</b>						
D'accord	1149	39,8	1121	64,4	2270	67,1%
Plus ou moins d'accord	164	10,0	212	12,2	376	11,1
Pas d'accord	208	12,7	207	11,9	415	12,3
Pas d'avis	24	1,5	15	0,9	39	1,2
<b>Réduction du nombre de passagers par moto ou Véhicule</b>						
D'accord	1326	80,6	1509	86,7	2835	83,7
Plus ou moins d'accord	213	13,0	135	7,8	348	10,3
Pas d'accord	94	5,7	88	5,1	182	5,4
Pas d'avis	11	0,7	9	0,5	20	0,6
<b>Interdiction du sortir de la capitale</b>						
D'accord	1384	84,2	1494	85,8	2878	85,0
Pas d'accord	117	7,1	137	7,8	254	7,5
Pas d'avis	17	1	9	0,5	26	0,8
<b>Fermeture des écoles dans le pays</b>						
D'accord	1471	89,5	1468	84,3	2939	86,8
Plus ou moins d'accord	72	4,4	99	5,7	171	5,1
Pas d'accord	99	5,4	163	9,4	152	7,4
Pas d'avis	12	0,7	11	0,6	23	0,7
<b>Satisfaction sur les moyens de riposte contre le Covid-19 dans le lieu de travail</b>						
Satisfait	824	50,2	826	47,5	1650	48,8
Peu satisfait	393	23,9	516	29,6	909	26,9
Pas du tout satisfait	312	19,0	193	11,1	505	14,9
Pas d'avis	115	7,0	206	11,8	321	9,5
<b>Niveau de satisfaction sur les moyens de riposte contre le covid_19 dans le pays</b>						
Satisfait	807	41,1	834	47,9	1641	48,3
Peu satisfait	390	23,7	415	23,8	805	23,8
Pas du tout satisfait	326	19,8	267	15,3	593	17,5
Pas d'avis	121	7,4	225	12,9	346	10,2

	Conakry		Intérieur		Total	
Caractéristiques	No.		%		No.	
	N=79		n=117		N=197	
Structure						
Clinique/polyclinique	19	24,05	10	8,47	29	14,72
CS privé non lucratif	5	6,33	5	4,24	10	5,08
CS public	26	32,91	23	19,49	49	24,87
DCS	5	6,33	0	0	5	2,54
DPS	0	0	11	9,32	11	5,58
DRS	0	0	9	7.63	9	4,57
Hôpital	22	27,85	59	50	81	41,12
Ministère de la santé	2	2,53	1	0,85	3	1,52
Avez reçu des kit et équipements de protection						
Non	36	45,57	90	76,27	126	63,96
Oui	43	54,43	28	23,73	71	36,04
Présence de kit de lavage des mains dans la structure						
Non	1	1,27	4	3,39	5	2,54
Oui	78	98,73	114	96,61	192	97,46
Présence de comité de gestion de la pandémie						
Non	48	60,76	67	56,78	115	58,38
Oui	31	39,24	51	43,22	82	41,62



**Tableau 15** : Institut impliquées dans la riposte contre le COVI-19 dans les structures enquêtées

<b>Institutions impliquée</b>	<b>Conakry</b>		<b>Intérieur</b>		<b>Total</b>	
	<b>No=79</b>	<b>%</b>	<b>No=117</b>	<b>%</b>	<b>No=197</b>	<b>%</b>
<b>ANSS</b>	68	86,1	100	84,7	168	85,3
<b>INSP</b>	23	29,1	24	20,3	47	23,9
<b>OMS</b>	58	73,4	87	73,7	145	73,6
<b>Min Santé</b>	63	79,7	103	87,3	166	84,3
<b>CEA-PCMT</b>	19	24,1	11	9,3	30	15,2
<b>CERFIG</b>	15	19	14	11,9	29	14,7
<b>Primature</b>	13	16,5	23	19,5	36	18,3
<b>Présidence</b>	22	27,8	24	20,3	46	23,4
<b>ENABEL</b>	10	12,7	14	11,9	24	12,2

Tableau 16 : Préparation des structures de santé face à la pandémie du COVID-19 en Guinée.

Variable	Conakry (n=79)		Intérieur (118)		Total (N=197)	
	No	%	No	%	No	%
<b>Avez-vous reçu des directives ou des instructions relatives la prévention et la pandémie</b>						
Non	24	30,4	19	16,1	43	21,8
Non applicable	2	2,5	0	0	2	1
Oui	53	67,1	99	83,9	152	77,2
<b>Système de tri des patients suspects de Covid19 à la rentrée mis en place</b>						
Non	28	35,4	44	37,3	72	36,5
Oui	51	64,6	74	62,7	125	63,5
<b>Personnel formé au diagnostic du COVID19</b>						
Non	63	79,7	87	73,7	150	76,1
Oui	16	20,3	31	26,3	47	23,9
<b>Kits de prélèvement et réactifs du COVID19</b>						
Non	69	87,3	111	94,1	180	91,4
Oui	10	12,7	7	5,9	17	8,6
<b>Capacité de réaliser le test du Covid19</b>						
Non	73	92,4	112	94,9	185	93,9
Oui	6	7,6	6	5,1	12	6,1
<b>Moyens de transport des échantillons du COVID19</b>						
Non	69	87,3	97	82,2	166	84,3
Oui	10	12,7	21	17,8	31	15,7
<b>Votre structure/district/région dispose source d'eau</b>						
Non	7	8,9	13	11	20	10,2
Oui	72	91,1	105	89	177	89,8
<b>Connaissance sur guide de gestion des épidémies</b>						
Non	55	71,43	64	55,65	119	61,98
Oui	24	28,57	54	44,35	78	38,02

Tableau 17 : Formation des prestataires, Niveau de Préparation et de Riposte du Covid-19

Formation/Préparation/Riposte	Conakry		Intérieur		Total	
	Nombre N=475	%	Nombre N=583	%	Nombre 1058	%
<b>Orientation ou formation en PCI au cours des six derniers mois</b>						
Oui	77	16,2	90	15,4	167	15,8
Non	390	83,8	493	84,6	891	84,2
<b>Ayant reçu des Epi au cours du dernier mois</b>						
Oui	156	32,80	153	26,2	309	29,2
Non	319	67,2	430	73,8	749	70,8
<b>Ayant une dotation suffisante en Gants</b>						
Oui	94	19,8	135	23,2	229	21,6
Non	381	80,2	448	76,8	829	78,4
<b>Dotation suffisante en bavette pour un mois</b>						
Oui une toute les 3 heures	28	5,90	27	4,6	55	5,2
Oui une seule pour toute la journée	102	21,50	107	18,4	209	19,8
Non	349	72,60	449	77,0	794	75,0
<b>Dotation suffisante en Savon ou solution hydro-alcoolique pour un mois</b>						
Oui	89	18,7	100	17,2	189	17,9
Non	386	81,3	483	82,8	869	82,1
<b>Ayant des thermo flash fonctionnel</b>						
Oui pour chaque bureau	41	8,6	41	7,0	82	7,8
Oui pour chaque service	91	19,2	94	16,1	185	17,5
Oui un seul pour la structure	218	45,9	133	22,8	351	33,2
Non	125	26,3	315	54,0	440	41,6
<b>Existence de gel hydro alcoolique dans le bureau de consultation</b>						
Oui	294	61,9	272	46,7	566	53,5
Non	181	38,1	311	53,3	492	46,5
<b>Ayant entendu Parler du Guide de Prise en charge</b>						
Oui	100	21,1	184	31,6	284	26,8

Non	375	78,9	399	68,4	774	73,2
<b>Sources d'information</b>						
Supérieurs	203	42,7	274	47,0	477	45,1
Médias	415	87,4	534	91,6	949	89,7
Amin/membres de famille	69	14,5	64	11,0	133	12,6
Employer	16	3,4	14	2,4	30	2,8
Professionnel	122	25,7	143	24,5	265	25,0
Internet	276	58,1	344	59,0	620	58,6
Autres	13	2,7	8	1,4	21	2,0

**La structure fourni des informations sur les mesures préventives du Covid-19**

Oui	353	74,3	455	78,0	808	76,4
Non	122	25,7	128	22,0	250	23,6

**Ayant reçu une formation (prévention et prise en charge du Covid-19)**

Ou	36	7,6	60	10,3	96	9,1
Non	439	92,4	523	89,7	962	90,9

**Ayant reçu des nouvelles directives pour la prévention du covid-19**

Oui	95	20,0	126	21,6	221	20,9
Non	380	80,0	457	78,4	837	79,1

**Disponibilité de matériel de communication au niveau de la structure**

Oui	269	56,6	155	26,6	424	40,1
Non	206	43,4	428	73,4	634	59,9

**Riposte**

**Disponibilité d'un espace aménagé pour isolement des cas suspects**

Oui	113	23,8	153	26,2	266	25,1
Non	362	76,2	430	73,8	792	74,9

**Niveau de satisfaction sur les moyens de riposte contre le covid-19 dans le service**

Satisfait	145	30,6	162	27,7	307	29,0
Peu satisfait	182	38,3	265	45,5	447	42,2
Pas du tout satisfait	141	29,7	148	25,4	289	27,3
Pas d'avis	7	1,5	8	1,4	15	1,4

**Niveau de satisfaction sur les moyens de riposte contre le covid-19 dans le pays**

Satisfait	119	25,1	170	29,2	289	27,3
Peu satisfait	174	36,6	215	36,9	389	36,8
Pas du tout satisfait	176	37,1	178	30,5	354	33,5
Pas d'avis	6	1,3	20	3,4	26	2,5

**Estimation du niveau de stresse**

Comme habitude	41	8,6	54	9,3	95	9,0
un peu supérieur à l'habitude	222	46,7	251	43,1	473	44,7
Assez superviseur à l'habitude	212	44,6	278	47,7	490	46,3

**Perception sur Valorisation du rôle du personnel par la population**

Pas du tout	41	8,6	71	12,2	112	10,6
Très peu	77	16,2	128	22,0	205	19,4
Plus ou moins	162	34,1	195	33,4	357	33,7
Beaucoup	161	33,9	164	28,1	325	30,7
Pas sûr /Ne sait pas	34	7,2	25	4,3	59	5,6

---

### XIII. REFERENCES

1. WHO | World Health Organization. Coronavirus [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 20]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/coronavirus>
2. Dr Margaret Chan D-G of the WHO. WHO | Report by the Director-General to the Special Session of the Executive Board on Ebola [Internet]. WHO. World Health Organization; 2015 [cited 2019 Aug 16]. Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/2015/executive-board-ebola/en/>
3. Centers for Disease Control and Prevention. Ebola Virus Disease Distribution Map: Cases of Ebola Virus Disease in Africa Since 1976 [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 16]. Available from: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/history/distribution-map.html>
4. Weiss P, Murdoch DR. Comment Clinical course and mortality risk of severe COVID-19. 2020 [cited 2020 Mar 20]; Available from: <https://doi.org/10.1016/S0140-6736>
5. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 20];395(10223):497–506. Available from: <https://isaric.tghn.org/protocols/>
6. WHO | World Health Organization. Coronavirus (COVID-19) events as they happen [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 20]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>
7. WHO | World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019 nCoV) [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 23]. Available from: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
8. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, Khan M, Kerwan A, Al-Jabir A, et al. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). Vol. 76, International Journal of Surgery. Elsevier Ltd; 2020. p. 71–6.
9. Mahase E. Covid-19: WHO declares pandemic because of “alarming levels” of spread, severity, and inaction. BMJ [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 20];368:m986. Available from: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1036.long>
10. WHO | World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 62 [Internet]. 2020 Mar [cited 2020 Mar 23]. Available from: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200322-sitrep-62-covid-19.pdf?sfvrsn=f7764c46\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200322-sitrep-62-covid-19.pdf?sfvrsn=f7764c46_2)
11. WHO | World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 26 [Internet]. 2020 Feb [cited 2020 Mar 21]. Available from: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200215-sitrep-26-covid-19.pdf?sfvrsn=a4cc6787\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200215-sitrep-26-covid-19.pdf?sfvrsn=a4cc6787_2)

12. Santé A| AN de SSM de la. Rapport de Situation\_Coronavirus COVID-19. Conakry; 2020.
13. Santé M de la S et OM de la. Rapport de la situation épidémiologique de la maladie à virus Ebola en Guinée du 01 Janvier 2016. Guinée, Conakry; 2016.
14. WHO | World Health Organization. Ebola | History of Ebola in Democratic Republic of the Congo [Internet]. WHO. World Health Organization; 2018 [cited 2020 Mar 23]. Available from: <http://www9.who.int/ebola/historical-outbreaks-drc/en/>
15. WHO | World Health Organization. Mali confirms its first case of Ebola [Internet]. WHO. World Health Organization; 2015 [cited 2020 Mar 23]. Available from: <https://www.who.int/mediacentre/news/ebola/24-october-2014/en/>
16. Hedt-Gauthier BL, Jeufack HM, Neufeld NH, Alem A, Sauer S, Odhiambo J, et al. Stuck in the middle: A systematic review of authorship in collaborative health research in Africa, 2014-2016 [Internet]. Vol. 4, BMJ Global Health. 2019 [cited 2020 Mar 23]. p. 1853. Available from: <http://gh.bmj.com/>
17. Huo X, Shi G, Li X, Lai X, Deng L, Xu F, et al. Knowledge and attitudes about Ebola vaccine among the general population in Sierra Leone. Vaccine [Internet]. 2016;34(15):1767–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.02.046>
18. Alfaki MM, Salih AMM, Elhuda DAL, Egail MS. Knowledge, attitude and practice of health care providers toward Ebola virus disease in hotspots in Khartoum and White Nile states, Sudan, 2014. Am J Infect Control [Internet]. 2016;44(1):20–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2015.07.035>
19. Sidibé S, Camara BS, Delamou A, Touré A, Bouedouno P, Samake AT, et al. Knowledge, attitudes