



HAL
open science

De la préparation à la riposte aux épidémies : surveillance et santé communautaire après Ebola en Guinée

Eva Barranca

► **To cite this version:**

Eva Barranca. De la préparation à la riposte aux épidémies : surveillance et santé communautaire après Ebola en Guinée. Médecine humaine et pathologie. Université de Montpellier, 2022. Français. NNT : 2022UMONT057 . tel-04089998

HAL Id: tel-04089998

<https://theses.hal.science/tel-04089998v1>

Submitted on 5 May 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

En Santé Publique

École doctorale CBS2

Unité de recherche TransVIHMi (UMI 233)

De la préparation à la riposte aux épidémies : Surveillance et santé communautaire après Ebola en Guinée

Présentée par Eva BARRANCA

Le 16 décembre 2022

Sous la direction d'Alice DESCLAUX et Abdoulaye TOURE

Devant le jury composé de

Dr Anne-Marie MOULIN, Directrice de recherche émérite, CNRS

Pr Nicolas MEDA, Professeur, Université Joseph Ki-Zerbo de Ouagadougou

Pr Alice DESCLAUX, Directrice de recherche, IRD

Pr Abdoulaye TOURE, Professeur, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Pr Tamara GILES-VERNICK, Directrice de recherche, Institut Pasteur Paris

Pr Alioune CAMARA, Professeur, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Pr Georges Alfred KI-ZERBO, Professeur, Université Joseph Ki-Zerbo de Ouagadougou

Présidente du jury

Rapporteur

Directrice

Co-encadrant

Examinatrice

Examineur

Examineur



UNIVERSITÉ
DE MONTPELLIER

REMERCIEMENTS

Ce travail a été réalisé à l'aide d'une allocation doctorale de l'Université de Montpellier, que je remercie vivement. J'adresse également ma sincère gratitude au Pr. Éric Delaporte et au Pr. Abdoulaye Touré pour m'avoir fait confiance en m'accordant la possibilité d'effectuer ce doctorat dans le cadre du projet « *EboHealth : un modèle "One Health" pour comprendre et prévenir les risques d'émergence* », qu'ils ont co-dirigé. Un grand merci à eux également pour leur accueil au sein de l'unité TransVIHMi à Montpellier, et au CERFIG à Conakry.

Je remercie particulièrement mes directeurs de thèse, qui ont accompagné ce travail avec bienveillance. Un immense merci au Pr. Alice Desclaux, pour ses relectures et écoutes attentives, ses commentaires toujours constructifs, et le temps qu'elle consacre au suivi de ses doctorants (nous avons une chance rare !).

Un grand merci également, et à nouveau, au Pr. Abdoulaye Touré, qui a été parmi les premières personnes à m'avoir accueillie en Guinée, à un moment où ce travail n'était pas encore à l'ordre du jour. Malgré son emploi du temps et ses responsabilités il a accepté de co-diriger cette thèse, et je l'en remercie vivement.

Je suis très reconnaissante envers Pr. Alioune Camara, Pr. Tamara Giles-Vernick, Pr. Georges Alfred Ki-Zerbo, Pr. Nicolas Meda et Dr. Anne-Marie Moulin, qui ont accepté de participer au jury de cette thèse. Merci pour l'intérêt que vous accordez à ce travail, j'en suis très honorée. J'adresse des remerciements particuliers aux rapporteurs (Pr. Nicolas Meda et Dr. Anne-Marie Moulin) qui ont lu le manuscrit avec attention et émis des commentaires pertinents visant à l'améliorer.

J'adresse également mes sincères remerciements au Pr. Georges Alfred Ki-Zerbo, Pr. Muriel Figuié, et Pr. Philippe Van de Perre pour leurs conseils et leur bienveillance lors des comités de thèse que nous avons tenus de manière annuelle.

Je tiens par ailleurs à remercier toute l'équipe de l'unité de recherche TransVIHMi pour l'accueil qui m'a été réservé durant les périodes de séjour à Montpellier, et ce, depuis cinq ans déjà. Une dédicace spéciale à Bernard Taverne, sans qui je n'aurais pu connaître ma première expérience de recherche en Guinée au sein du projet PostEboGui. Un grand merci également à Alpha Kabinet Keïta, pour nos échanges dès mon arrivée en Guinée, ainsi qu'à Nicole Vidal pour notre cohabitation ! Merci également à Pascale Hancart-Petit, Mouhamet Diop, Emilie Bizot, Rafaël Thorel, Almudena Mari Saez et Louis Glénat pour leur soutien et leur écoute ! Une profonde gratitude aux gestionnaires qui ont toujours répondu présentes et qui ont facilité l'organisation administrative de mon doctorat : Coralie Sigounios, Julie Pujet, Sophie Laplaze, et plus récemment Pauline Devavry et Karéline Pilot.

Que toute l'équipe du CERFIG soit ici également remerciée : les chasseurs de chauves-souris (merci de m'avoir fait une place parmi vous alors que le Covid-19 nous poussait à revoir nos programmes), les chauffeurs, l'équipe du laboratoire, l'équipe de la direction, de la logistique et de la comptabilité... Et aux collègues anthropologues, bien sûr : un merci spécial à Frédéric Le Marcis, Fanny Attas et Benjamin Frérot pour nos nombreux échanges ! Courage à ceux qui prennent aussi le chemin de la thèse ! Une

pensée émue à Maitre Bah et Diogo qui sont partis alors que ce travail était en cours. Je vous souhaite de reposer en paix.

Une dédicace spéciale à mon binôme Moriba Maomy durant la mission collective à Gouécké, et au Pr. Moustapha Keïta Diop qui nous a accompagnés à N'Zérékoré. Des salutations à tous les collègues de cette super équipe. Un merci particulier à Almudena Mari-Saez qui a été notre guide et notre conseillère durant cette mission !

J'adresse également ma profonde gratitude à l'ensemble de l'équipe de PostEboGui, le projet qui m'aura fait découvrir ce beau pays qu'est la Guinée. Un merci tout particulier à mon frère Alimou et mon oncle Cécé, vous faites partie de ma famille désormais. Un très grand merci également à Alsény Baldé, et Maou Sakouvogui, sans qui ma mission à PostEboGui n'aurait pas été la même, et avec qui j'ai aussi énormément appris.

De vifs remerciements à toutes les personnes qui ont accepté de participer à ces enquêtes menées à Conakry, Macenta, Sérédou, Gouécké et N'Zérékoré. *Wonouwali, womama, kamama.*

Toute ma gratitude à mes ami-e-s rencontrés çà et là en Guinée : Michel, Maud, Moïse, Amadou, Bangoura, Matthew, Emilie, Valérie... J'ai beaucoup appris à vos côtés, lors de nos longues discussions sur le pays, nos différences et nos similarités, et vous avez joué un rôle très important dans ma construction professionnelle et personnelle.

A quelques kilomètres de la Guinée, un grand merci à l'ensemble de ma famille, tout particulièrement à ma mère, Franck, mes frères, et Thibault, car vous avez été en « première ligne » face à mes (trop nombreux) doutes, mes changements d'humeur, et car vous avez toujours été bienveillants. Merci (et bravo pour votre patience) ! Merci à ma grand-mère, mes tantes, mon oncle et mes cousins, ainsi qu'à mon père et Florence pour leurs encouragements. Une pensée particulière à ceux qui ne sont plus là, j'espère que vous serez fiers de là où vous êtes.

Une profonde reconnaissance à Nico (et Isa bien sûr), Corinne & Jérôme, et Nina, qui ont contribué à mon envie de découvrir ce pays d'Afrique en me transmettant leur amour du continent depuis longtemps !

Et puis bien évidemment un grand merci aux ami-e-s, qui m'ont suivie et encouragée de près ou de loin. Une dédicace spéciale à ceux qui réalisent aussi des thèses, souvent dans des conditions bien plus précaires, courage et force à vous ! Un merci tout spécial à Caro sans qui mon expérience en Guinée n'aurait sans doute jamais eu lieu (je t'en serai toujours reconnaissante !). Merci enfin à Mona, Lou, ma mère et Thibault pour les relectures finales !

RESUME

Les politiques de préparation aux épidémies menées aux niveaux international et national supposent qu'en anticipant la survenue d'épidémies et en s'y préparant, il est possible de lutter plus efficacement contre ces menaces. La surveillance de santé publique est reconnue comme un pilier de la préparation, et au niveau local il est recommandé d'améliorer les capacités de détection des émergences à travers la « surveillance à base communautaire », réalisée par et au plus près des populations. En Guinée, le recours aux agents communautaires est promu pour la réalisation de la surveillance et d'autres interventions de santé publique depuis que le pays a connu sa première épidémie d'Ebola entre 2013 et 2016. Il existe encore peu d'études publiées au niveau international qui analysent la mise en œuvre de ces stratégies. Cette thèse vise à identifier les facteurs qui entravent ou favorisent les interventions de santé publique à base communautaire, concernant notamment les acteurs communautaires et leur insertion dans le système de santé.

Dans une approche qui articule la santé publique et l'anthropologie, la méthode employée repose sur des observations à Conakry et dans la région de N'Zérékoré, et des entretiens concernant la préparation aux épidémies et la santé communautaire menés auprès d'agents communautaires, de professionnels de santé et d'acteurs institutionnels. Ces données ont été complétées par des enquêtes de terrain menées en contexte de riposte à l'épidémie d'Ebola survenue en 2021, ainsi que dans le cadre de la lutte contre le Covid-19.

L'enquête de terrain, présentée après une contextualisation historique des interventions actuelles de la préparation aux épidémies, montre que la surveillance à base communautaire n'est pas encore totalement déployée en Guinée. Comme les autres interventions de surveillance et de santé communautaire menées au niveau local, la réalisation de la surveillance à base communautaire est entravée par le statut précaire des agents communautaires, qui sont encore peu intégrés dans le système de santé. Quand ils s'engagent, comme d'autres professionnels de santé, dans la riposte aux épidémies, ces agents communautaires exercent toujours dans des conditions défavorables malgré leur implication en « première ligne ». C'est notamment le cas des agents désignés pour réaliser le suivi des cas contacts lors de l'épidémie d'Ebola de 2021. Dans ce contexte, les acteurs communautaires font néanmoins preuve d'initiatives, et tentent d'améliorer les relations souvent difficiles entre les populations et le système de santé. Par ailleurs, une enquête spécifique menée auprès de patients et de professionnels propose un cadre éthiquement acceptable pour l'annonce de diagnostic ou de résultats biologiques dans le cadre de la réalisation de la surveillance.

Cette thèse s'inscrit dans les travaux sur la préparation aux épidémies, encore peu nombreux à être basés sur des enquêtes de terrain, notamment dans les pays du Sud. Nos résultats pourront guider les institutions de niveaux national, régional et global, pour élaborer des politiques et interventions de surveillance et de santé communautaire plus acceptables pour les acteurs de première ligne et les populations concernées.

Mots-clés : Préparation aux épidémies ; Surveillance de santé publique ; Surveillance à base communautaire ; Ebola ; Santé communautaire ; Guinée

ABSTRACT

International and national preparedness policies assume that by anticipating and preparing for epidemics, these threats can be more effectively addressed. Public health surveillance is recognised as a pillar of preparedness, and at the local level it is recommended to improve the capacity to detect outbreaks through "community-based surveillance", carried out by populations. In Guinea, relying on community health workers has been promoted for carrying out surveillance and other public health interventions since the country experienced its first Ebola outbreak between 2013 and 2016. There are still few internationally published studies that analyse the implementation of these strategies. This thesis aims to identify the factors that hinder or favour community-based public health interventions, particularly concerning community actors and their insertion in the health system.

In an approach that articulates public health and anthropology, the method used is based on observations in Conakry and the N'Zérékoré region, and interviews on epidemic preparedness and community health conducted with community health workers, health professionals and institutional actors. These data were supplemented by field surveys carried out in the context of the response to the Ebola epidemic that occurred in 2021, as well as in the context of the fight against Covid-19.

The field survey, presented after a historical contextualisation of current epidemic preparedness interventions, shows that community-based surveillance is not yet fully deployed in Guinea. Like other surveillance and community health interventions carried out at the local level, the implementation of community-based surveillance is hampered by the precarious status of community health workers, who are still poorly integrated into the health system. When they are involved, like other health professionals, in the response to epidemics, these community actors still work in unfavourable conditions despite their involvement in the "front line". This is notably the case of the agents designated to carry out the follow-up of contact cases during the Ebola epidemic of 2021. In this context, community actors are nonetheless showing initiative, and are trying to improve the often difficult relationship between populations and the health system. In addition, a specific survey conducted among patients and professionals offers an ethically acceptable framework for the announcement of diagnosis or biological results in the context of surveillance.

This thesis is part of the work on epidemic preparedness, which is rarely based on field surveys, especially in the South. Our results can guide institutions at the national, regional and global levels to develop surveillance and community health policies and interventions that are more acceptable to frontline actors and the populations concerned.

Keywords: Preparedness; Public health surveillance; Community-based surveillance; Ebola; Community health; Guinea

CONVENTIONS D'ECRITURE

Anonymat

Dans un souci de respect de l'anonymat des interlocuteurs, les noms de ces derniers ont été remplacés par des pseudonymes fictifs, qui ont été choisis pour refléter leur genre et leur appartenance ethnique.

Dénomination ethnique

Les noms des ethnies sont tantôt les dénominations vernaculaires (comme pour « Mania »), tantôt les dénominations usuelles et vernaculaires (comme pour « Toma » ou « Soussou »). Les dénominations ethniques relevant du registre vernaculaire sont en italique (tel que « *Forestier* »).

Noms des lieux

Les noms des différents lieux sont ceux employés usuellement par l'administration territoriale (et ce, depuis la colonisation). Ils ne correspondent ainsi pas toujours aux dénominations employées dans le langage courant au niveau local (comme pour N'Zérékoré, qui se prononce en réalité « Zaly Koré » ou « Zaly Kolé » ou encore simplement « Zaly »).

Citations

Les citations provenant d'extraits d'entretiens, de journaux de terrain, ou de références bibliographiques sont présentées en italique. Elles sont précédées et suivies de guillemets « français » lorsque les citations sont en français, et de guillemets doubles "anglais" lorsque le texte est en langue anglaise.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AC : Agent communautaire
AFD : Agence française de développement
AMI : Assistance médicale indigène
AMREF : Association pour la médecine et la recherche en Afrique
ANAFIC : Agence nationale de financement des collectivités
ANSS : Agence nationale de sécurité sanitaire
ASC : Agent de santé communautaire
AOF : Afrique Occidentale Française
ATS : Agents techniques de santé
CDC : Center for disease control
CEDEAO : Communauté économique des Etats d'Afrique de l'Ouest
CEC : Centre d'encadrement communautaire
CERFIG : Centre de recherche et de formation en infectiologie de Guinée
CT-EPI : Centre de traitement des épidémies
CNOSG : Conseil national des organisations de la société civile guinéenne
COSAH : Comité de santé et d'hygiène
COU : Centre d'opération d'urgence
CPN : Consultation prénatale
CRS : *Catholic Relief Services*
CTE : Centres de traitement Ebola
CTPS : Comité technique préfectoral de la santé
CVV : Comités de veille villageois
DCS : Direction communale de la santé
DNSCMT : Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle
DPS : Direction préfectorale de la santé
DRS : Direction régionale de la santé
DSVCo : Direction de la santé de la ville de Conakry
EDS : Enterrement digne et sécurisé
EPARE : Equipes préfectorales d'alerte et de réponse aux épidémies
EPI : Equipement de protection individuelle
ERARE : Equipe régionales d'alerte et de réponse aux épidémies
ESSC : Ecole de soins de santé communautaire
FAO : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FETP : *Frontline Field Epidemiology Training*
FHV : Fièvre hémorragique virale
FIDH : Fédération internationale pour les droits humains
GAVI : *Global Alliance for Vaccines*
GIZ : Agence de coopération allemande pour le développement (*Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit*)
GNF : Franc guinéen
GOARN : Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (*Global Outbreak Alert and Response Network*)
IB : Initiative de Bamako

IMC : *International Medical Corps*
INSP : Institut national de santé publique
IRD : Institut de recherche pour le développement
JHPIEGO : *Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics*
MINUAUCE : Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola
MoSo : Mobilisateurs sociaux
MPE : Maladie à potentiel épidémiques
MSF : Médecins sans frontières
MVE : Maladie à virus Ebola
OCCGE : Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies
ODD : Objectifs de développement durable
OMC : Organisation mondiale du commerce
OMD : Objectifs millénaires pour le développement
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONU : Organisation des Nations Unies
OOAS : Organisation ouest-africaine de la santé
PAM : Programme alimentaire mondial
PASA2 : Programme d'appui au renforcement du système de santé
PCI : Prévention et contrôle de l'infection
PCS : Point de contrôle sanitaire
PEV/SSP/ME : Programme élargi de vaccination/Soins de santé primaires/Médicaments Essentiels
PFA : Paralyse flasque aigüe
PNACC : Programme national d'appui aux Communes de convergence
PNDS : Plan national de développement sanitaire
PRL : Pouvoirs révolutionnaires locaux
RDC : République Démocratique du Congo
RECO : Relais communautaires
RKI : *Robert Koch Institute*
RPG : Rassemblement du peuple de Guinée
RTI : *Research Triangle Institute*
SA-CEINT : Surveillance active en ceinture
SBC : Surveillance à base communautaire
SIMR : Surveillance intégrée de la maladie et riposte
SRAS : Syndrome respiratoire aigu sévère
SSP : Soins de santé primaires
UNFPA : Fonds des Nations unies pour la population (*United Nations Fund for Population Activities*)
UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance (*United Nations International Children's Emergency Fund*)
UNIPAC : *UNICEF Procurement and Assembly Centre*
USAID : *United States Agency for international development*
STEP : *Surveillance training for Ebola preparedness*
TDR : Tests de diagnostic rapide

TABLE DES MATIERES

Remerciements	2
Résumé	4
Abstract.....	5
Conventions d'écriture.....	6
Liste des sigles et acronymes.....	7
Table des matières	9
Introduction.....	12
Première partie : Questions de recherche et méthodologie.....	14
Chapitre 1 : Approches et objectifs.....	14
1.1 Cadre théorique et disciplinaire.....	14
1.2 Problématique et objectifs de la thèse.....	23
Chapitre 2 : Méthodologie.....	30
2.1 Cadre institutionnel et dispositions éthiques.....	30
2.2 Collecte et analyse des données.....	30
2.3 Difficultés méthodologiques et réflexivité	44
Résultats	48
Deuxième partie : Historique et actualités de la santé communautaire et de la surveillance des maladies en Guinée.....	48
Chapitre 3 : La lutte contre les maladies infectieuses et les prémices de la santé communautaire, de la période coloniale aux soins de santé primaires.....	49
3.1 La lutte contre les maladies et la surveillance sanitaire à l'époque coloniale	49
3.2 Le système de santé de l'indépendance aux années 1980	62
3.3 Les Soins de santé primaires et le tournant libéral.....	68
Conclusion	79
Chapitre 4 : Le système de santé à l'épreuve de la première épidémie d'Ebola	81
4.1 Un système de santé en difficulté	81
4.2 L'institutionnalisation de la santé communautaire	98
4.3 La lente mise en place d'un système de surveillance sanitaire effectif.....	106
Conclusion	114
Troisième partie : Santé et surveillance communautaires dans la préparation aux épidémies	115
Chapitre 5 : Un système de santé communautaire qui présente des avancées mais qui demeure fragile	116

5.1 L'exercice de la santé communautaire dans la Commune de convergence de Sengbedou (Macenta)	116
5.2 Etat des lieux dans des communes non couvertes par la Politique nationale de santé communautaire.....	133
5.3 Les limites de ce modèle de santé communautaire	142
Conclusion	152
Chapitre 6 : La surveillance à base communautaire, limites d'une stratégie encore peu appliquée	153
6.1 La réalisation de la SBC hors contexte épidémique	153
6.2 La SBC dans la riposte aux épidémies de Covid-19 et d'Ebola-2021	167
6.3 Des freins plus larges à la mise en œuvre et la pérennité de la SBC	186
Conclusion	195
Quatrième partie : Déterminants des interventions de mobilisation sociale et de surveillance en contexte de riposte épidémique	197
Chapitre 7 : L'engagement communautaire durant la deuxième épidémie d'Ebola	198
7.1 Un intérêt sans cesse renouvelé pour les stratégies d'engagement communautaire	198
7.2 Place et rôles des acteurs communautaires dans la riposte à la deuxième épidémie d'Ebola	200
7.3 L'inégalité de traitement entre acteurs communautaires et institutionnels	204
7.4 Des acteurs communautaires volontaires qui proposent des solutions.....	220
7.5 Une riposte qui banalise le traitement réservé aux acteurs communautaires	232
Conclusion	237
Chapitre 8 : Pratiques du suivi des cas contacts pendant la deuxième épidémie d'Ebola	238
8.1 Le suivi des cas contacts durant l'épidémie d'Ebola de 2021	238
8.2 Un protocole similaire mais des disparités selon les sites d'étude.....	258
8.3 Un dispositif qui ne s'adapte pas toujours aux agents de suivi et aux cas contacts	262
8.4 La position ambiguë des agents de suivi	265
8.5 Des problèmes récurrents en termes d'approche.....	269
Conclusion	278
Chapitre 9 : Enjeux éthiques liés à la communication de résultats pour la MVE et le Covid-19	279
9.1 L'éthique de la surveillance de santé publique et de l'annonce de résultats individuels.....	280
9.2 La question de l'annonce des résultats d'enquêtes de surveillance	289
9.3 Analyses à propos de l'éthique de l'annonce et du partage des résultats	308
Conclusion	314
Cinquième partie : Discussion générale	315
Chapitre 10 : Limites et perspectives.....	315
10.1 Limites de la thèse	315

10.2 Perspectives de recherche	317
Chapitre 11 : Pour une conciliation des objectifs de sécurité et de couverture sanitaires en Guinée, et au-delà	319
11.1 L'implémentation de la préparation aux épidémies : des avancées progressives en Guinée	319
11.2 Pour une préparation aux épidémies plus intégrée qui renforce le système de santé	321
11.3 La prise en compte des déterminants sociaux et éthiques dans la préparation et la riposte aux épidémies	324
11.4 La reconnaissance des apports, des rôles et des besoins des acteurs communautaires du système de santé	327
11.5 L'approche « Une seule santé » pour la prévention des épidémies, de la Guinée à l'échelle globale	331
Recommandations	333
Conclusion	335
Annexes.....	336
Annexe 1 : Chronogramme des enquêtes réalisées et lieux d'étude (Octobre 2019 - Juin 2021)	336
Annexe 2 : Profils des interlocuteurs rencontrés	337
Annexe 3 : Les grandes dates politiques de la Guinée depuis l'Indépendance	343
Annexe 4 : Les dates importantes de la première épidémie d'Ebola en Guinée.....	344
Annexe 5 : Quelques repères chronologiques à propos de l'épidémie de Covid-19 en Guinée	345
Annexe 6 : Chronologie de la deuxième épidémie d'Ebola	346
Annexe 7 : Présentation des différents clusters de la deuxième épidémie d'Ebola	347
Annexe 8 : Les 17 lignes de conduite définies par l'OMS à propos de l'éthique de la surveillance de santé publique.....	348
Bibliographie.....	349
Table des illustrations	383
Glossaire	386

INTRODUCTION

Au courant du 19^e siècle, la théorie des germes bouleverse la médecine en introduisant l'idée que de minuscules organismes peuvent causer des maladies et porter ainsi atteinte à la santé des êtres humains (Caduff, 2015). Près de deux siècles plus tard, la déclaration des premiers cas en Chine d'un virus qui prendra le nom de SARS-Cov-2, est venue rappeler qu'un pathogène pouvait avoir d'importantes conséquences sanitaires, mais aussi économiques, sociales ou politiques, et ce, au niveau des Etats, comme à l'échelle internationale.

Lorsque le Directeur de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) déclare le Covid-19 (du nom donné à la pathologie causée par ce nouveau virus) comme urgence de santé publique de portée internationale le 31 janvier 2020, il annonce que l'une des priorités de la lutte contre le virus est la coopération entre les pays du monde afin que les Etats les plus pauvres, notamment en Afrique Subsaharienne, puissent riposter efficacement (Kapata et al., 2020). Dès lors, plusieurs pays de la région africaine se préparent à la survenue de « cas importés » de Covid-19, en renforçant principalement leurs capacités de surveillance aux frontières (Senghore et al., 2020). Ces interventions s'inscrivent dans la continuité des stratégies de préparation aux épidémies initiées depuis une vingtaine d'années sur le continent de manière disparate, et plus particulièrement depuis la première épidémie d'Ebola pour le cas de la Guinée (I. Camara, Touré, et al., 2020).

C'est effectivement après l'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE) qui a principalement touché la Guinée, le Libéria et la Sierra Léone entre 2013 et 2016¹, que les autorités sanitaires nationales et leurs partenaires ont commencé à mettre en place des interventions visant à améliorer la préparation nationale aux futures urgences sanitaires. Au niveau international, la préparation aux épidémies (ou *preparedness*) gagnait du terrain en tant que domaine de la santé publique (Lurie, 2007) et comme paradigme particulier de la gestion des menaces épidémiques (David & Le Dévédec, 2019).

Depuis lors, en Guinée, le modèle de la préparation repose principalement sur deux dimensions : le renforcement des capacités nationales en matière de surveillance de santé publique - la surveillance étant l'un des piliers de la préparation aux épidémies (Figuié, 2016), et l'amélioration de la couverture sanitaire en renforçant le système de santé selon une approche « communautaire », c'est-à-dire décentralisée et au plus près des populations. L'approche communautaire est encouragée depuis longtemps dans les pays aux ressources limitées afin de pallier aux difficultés structurelles qu'ils connaissent. Les interventions menées dans le cadre de cette approche reposent souvent sur le déploiement d'agents locaux, chargés par exemple de mener des activités de promotion de la santé (WHO, 2018b). Il est également recommandé que ces agents, souvent désignés comme « agents communautaires », procèdent à la surveillance des maladies à potentiel épidémique (MPE) au sein des populations afin d'améliorer la détection précoce des épidémies, dans des pays où les systèmes de santé sont affaiblis (OMS, 2014b).

Qu'en est-il aujourd'hui des interventions menées depuis cette première épidémie d'Ebola en Guinée ? On peut se demander si l'expérience du pays en matière de riposte à la MVE, et les orientations suivies

¹ L'épidémie a été officiellement déclarée par les autorités guinéennes en mars 2014, mais selon les investigations qui ont été menées par la suite il est très probable qu'elle ait commencé en décembre 2013 (Marí Saéz et al., 2015).

depuis cette première épidémie ont abouti à une meilleure préparation face aux menaces infectieuses. Pour ce faire, une analyse fine des stratégies de préparation aux épidémies, et de leur implémentation au niveau local apparaît nécessaire, afin d'étudier « *la préparation par le bas* » (*“preparedness from below”*, MacGregor et al., 2022 : 2). Il semble pertinent de questionner les premiers responsables de la préparation au niveau local, à savoir les agents communautaires qui sont chargés de la détection et de la notification précoce des cas de MPE ainsi que d'autres interventions de santé communautaire. Cela permettrait de comprendre ce que signifie pour ces agents d'être impliqués dans les interventions de surveillance et de santé communautaire, et quelles sont les conditions mises à leur disposition pour les réaliser. En parallèle à la question de la préparation, l'occurrence de l'épidémie de Covid-19, dont les premiers cas ont été déclarés sur le territoire au mois de mars 2020, ainsi que d'une deuxième épidémie d'Ebola survenue entre février et juin 2021, permet de questionner les effets de la riposte à ces épidémies sur diverses dimensions sociales.

Nous proposons dans cette thèse d'étudier les effets sociaux et éthiques des interventions de surveillance et de santé communautaire dans la préparation et de la riposte aux épidémies en Guinée, en les analysant depuis plusieurs niveaux, du local au global au travers d'enquêtes menées entre 2019 et 2021 dans la région de Conakry et de N'Zérékoré. Nous développerons pour ce faire un plan en cinq parties.

La première partie sera consacrée à la contextualisation du sujet, des questions de recherche et du cadre disciplinaire, conceptuel et méthodologique de ce travail qui repose sur une approche associant santé publique et anthropologie, deux disciplines particulièrement pertinentes pour l'analyse des épidémies en tant que phénomènes sociaux (Fassin, 2021). Dans une deuxième partie, nous poursuivrons, en introduisant le sujet de manière historique. Il s'agira plus précisément de décrire les politiques et stratégies de santé communautaire et de lutte contre les maladies infectieuses menées en Guinée depuis la période coloniale, et d'interroger le rôle particulier joué par l'épidémie d'Ebola de 2013-2016. Puis nous nous intéresserons dans une troisième partie aux applications des interventions de santé communautaire et de surveillance sur le « terrain », dans des localités de la région forestière de la Guinée. Les enjeux de ces deux types d'intervention seront ensuite abordés en contexte de riposte épidémique dans la quatrième partie. Nous étudierons de plus près la question de l'implication d'acteurs locaux au sein de la riposte à l'épidémie d'Ebola déclarée en 2021, au titre de l'engagement communautaire et du suivi des cas contacts. Avant d'aborder les implications des enquêtes de séroprévalence réalisées auprès des populations dans la riposte aux épidémies de Covid-19 et d'Ebola.

Le SARS-Cov-2, le virus Ebola, et avant eux d'autres pathogènes, rappellent que dans un monde interconnecté les agents infectieux représentent des menaces locales et globales. Bien qu'elle fasse l'objet de nombreux travaux universitaires mettant en avant ses limites, la préparation aux épidémies est une approche encore peu questionnée et remise en question dans les sphères institutionnelles (David & Le Dévédec, 2019). A travers la discussion des résultats d'enquêtes présentés dans ce travail, nous proposerons dans la cinquième partie une réflexion sur le modèle actuel de préparation aux épidémies en Guinée, et des propositions pour le rendre plus équitable, plus juste, et par là plus efficace.

PREMIERE PARTIE : QUESTIONS DE RECHERCHE ET METHODOLOGIE

Dans cette première partie nous exposerons les objectifs de ce travail, et la méthodologie élaborée.

Pour ce faire, le premier chapitre sera consacré à la description du cadre théorique, et de l'ancrage disciplinaire de cette thèse, qui associe les approches de la santé publique et de l'anthropologie. Nous développerons par la suite la problématique et les questions de recherche.

Dans le second chapitre, nous détaillerons les enquêtes effectuées et les méthodes employées, en veillant à présenter les difficultés rencontrées dans leur réalisation.

CHAPITRE 1 : APPROCHES ET OBJECTIFS

Ce premier chapitre introduit notre travail en précisant ses approches, ses objectifs et les méthodes employées. Nous présenterons pour ce faire le cadre conceptuel, l'approche disciplinaire adoptée, ainsi que la problématique et les objectifs de la thèse.

1.1 Cadre théorique et disciplinaire

Avant de présenter plus en détail les questions de recherche qui ont motivé ce travail, puis la méthodologie employée, il convient de situer l'inscription théorique et disciplinaire de cette thèse. Pour ce faire, nous présenterons d'abord quelques notions et concepts clés, puis nos questions de recherche.

1.1.1 Quelques notions clés

Présentons pour commencer quelques concepts importants employés dans la thèse, et dont les définitions sont souvent complexes et polysémiques. Il s'agit ici d'une introduction à ces notions qui seront davantage abordées dans les différents chapitres.

a) Communauté, santé communautaire, promotion de la santé et engagement communautaire

Dans le langage courant le terme de « communauté » est employé pour évoquer des éléments parfois très différents, et on parle par exemple de la « communauté scientifique », de la « communauté internationale », ou encore des « communautés autochtones ». En santé publique et en anthropologie le terme « communauté » a aussi plusieurs définitions. Pour l'OMS, il désigne des groupes sociaux dont les membres sont liés par différentes caractéristiques, qu'elles soient géographiques, sociales ou sanitaires : *"It is often difficult to define a community, because geographical area is not the only salient characteristic. Shared traditions and values and a common identity may be important defining factors. Health conditions may also help define a community"* (WHO, 2017 : 33). Les

membres d'une communauté peuvent également être liés par « *une identité, des craintes et des intérêts communs* » (OMS, 2021 : 2).

Ce terme fait toutefois débat en anthropologie, et il est préconisé d'éviter d'y recourir car il est souvent difficile de définir par essence ce qui constitue une communauté (Kamuya et al., 2013), et car la définition d'une communauté peut être réductrice (Simpson & McDonald, 2017 ; Somparé, 2020). Ainsi, dans cette thèse nous parlerons de différentes « communautés », tout en gardant à l'esprit qu'elles ne sont pas homogènes, et qu'elles peuvent notamment être marquées par des relations de pouvoir internes, ainsi que des inégalités et différences entre leurs membres (Le Marcis et al., 2019 ; MacQueen et al., 2001 ; Wilkinson et al., 2017).

Nous emploierons également fréquemment le terme de « santé communautaire » qui fait référence à un modèle de santé publique formalisé dans les années 1970, et plus particulièrement lors de la Conférence d'Alma-Ata (1978), qui a donné naissance aux Soins de santé primaires. Le terme de « santé communautaire » apparaît réellement à cette époque, bien que ce modèle soit né d'expériences plus anciennes, développées notamment dans les pays socialistes (Mull, 1990). Dans cette perspective la santé est dite « communautaire » car elle correspond à une volonté de déployer le système de santé au plus près des populations (ou communautés), à travers un modèle décentralisé. La « santé communautaire » est donc une approche de santé publique, qui entend prendre en compte les besoins des populations (Haines et al., 2007). Aujourd'hui, le modèle et les approches de santé communautaire se sont complexifiés, et font notamment collaborer plusieurs travailleurs de santé non-professionnels (Haines, 2007), couramment désignés pour le cas de la Guinée comme « agents » ou « relais » communautaires. L'approche communautaire en santé publique intègre des services de santé promotionnels, de surveillance, de prévention, des soins curatifs et ré-adaptatifs destinés aux populations et organisés par des ressortissants de celles-ci sous la supervision du personnel de santé (*Politique nationale de santé communautaire, 2017*).

La promotion de la santé a été formalisée lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, organisée à Ottawa le 21 novembre 1986, dans la dynamique du mouvement « Santé pour tous en 2000 ». Il en a découlé une charte (Charte d'Ottawa) qui définit la promotion de la santé comme le fait d'offrir des possibilités et des moyens aux populations pour qu'elles soient actrices de leur santé : « *La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer* » (OMS, 1986). Dans cette optique, la santé n'est pas seulement abordée sous l'angle sanitaire, mais concerne tous les aspects de la vie des individus qui constituent la « *bonne santé* » : « *La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie. Divers facteurs - politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques - peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé* » (OMS, 1986). Dans la Charte d'Ottawa, il est également indiqué que la recherche de l'équité est un objectif principal de la promotion de la santé (puisque cette Charte s'inscrit pour rappel dans le mouvement « Santé pour tous en l'an 2000 », et à la suite de la Conférence d'Alma-Ata) : « *L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé* » (OMS, 1986). Afin que la promotion de la santé devienne réalité, les pays membres de l'OMS ont indiqué qu'elle devait constituer une priorité (et une responsabilité) des décideurs, et prendre également la forme de lois, de réglementations, d'instances (OMS, 1986). Il est également préconisé que les

interventions de promotion de la santé soient adaptées à leurs contextes d'implémentation, et qu'elles doivent ainsi être élaborées par et avec les populations : « *Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques [...] La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions* ».

Dans ce sens, l'engagement communautaire est un moyen, une approche découlant de la promotion de la santé, puisqu'il est défini, comme son nom l'indique, par l'engagement des populations, notamment dans la lutte contre les épidémies (WHO, 2016). L'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest a joué un rôle important dans la promotion de l'engagement communautaire en contexte épidémique (WHO, 2017c). On parle également de mobilisation sociale ou de participation communautaire. L'engagement communautaire ne se limite pas à la santé publique, et c'est notamment un concept clé dans les politiques de développement (Olivier de Sardan, 2021).

b) Surveillance à base communautaire

La « surveillance à base communautaire », objet important de ce travail, est définie par l'OMS comme un « *processus actif de participation communautaire dans la détection, la notification, la réponse et le suivi relatifs aux événements de santé dans la communauté* » (OMS, 2014b : 3). Cette approche est plébiscitée depuis les années 2000 car il est reconnu que la surveillance de santé publique est plus acceptable et effective lorsque les populations locales sont impliquées (Guerra et al., 2019). Elle a été particulièrement vulgarisée en Afrique subsaharienne après la survenue de l'épidémie d'Ebola de 2013-2016 (FICR, 2017).

c) Santé globale

Le terme de « santé globale » (traduit de « *global health* ») est utilisé depuis les années 2000 (Garay et al., 2013). Ses définitions sont elles aussi diverses, et sources de débats, notamment à propos de ses relations avec les concepts antérieurs de « santé internationale » et « santé mondiale » (Garay et al., 2013 ; Koplan et al., 2009). Depuis, l'utilisation du terme s'est imposée dans les milieux académiques et institutionnels, sur l'ensemble du globe (Brown et al., 2012). La santé globale peut être définie de diverses manières, car elle a différentes caractéristiques. En conjuguant les approches de santé publique et d'anthropologie, nous définissons la santé globale comme :

- ❖ Un « *référentiel global* » de « *représentations et pratiques* », pour reprendre les termes de Didier Fassin (Fassin, 2001 : 5). Les organisations de la santé globale mettent en place des stratégies ou interventions qui sont supposées être efficaces partout, mais qui sont fortement inspirées des normes occidentales (en matière d'économie par exemple), malgré le vocable de « global » et son ambition d'universalité (Fassin, 2001). Les modèles de riposte aux épidémies (Attas, 2022), ou l'importance accordée aux données (Adams, 2013) sont de bons exemples de ce référentiel ;
- ❖ Un ensemble de plus en plus complexe d'acteurs aux profils et intérêts divers : depuis les années 2000, ONG, organisations internationales, laboratoires pharmaceutiques, ou encore

fondations philanthropiques (dont celle, très connue, de Bill et Melinda Gates) officient dans le cadre de la santé globale (Buissonnière, 2012 ; Kerouedan, 2013) ;

- ❖ Une forme particulière d'interventions sur le continent africain, où les acteurs et les stratégies menées sont marquées par le contexte postcolonial (Giles-Vernick & Webb, 2013) ;
- ❖ Des interventions particulièrement centrées sur la question sécuritaire, mais aussi humanitaire (Lakoff, 2017), comme nous le verrons plus en détail. Pour cela, elle nécessite une coopération internationale, et les enjeux principaux de la santé globale sont donc transnationaux (Atlani-Duault & Vidal, 2013), notamment en matière de surveillance et de préparation aux épidémies (CDC, 2012) ;
- ❖ La santé globale est également un objectif, qui ambitionne d'améliorer le bien-être et la santé des populations au niveau mondial, au travers d'interventions menées dans divers domaines de la société, et selon une approche pluridisciplinaire (Koplan et al., 2009).

d) Préparation aux épidémies

Ce travail porte en grande partie sur les enjeux de la préparation aux épidémies (ou « *preparedness* »), et il s'inscrit dans un projet qui vise lui-même à améliorer les capacités de préparation de la Guinée (EboHealth). Mais la notion de préparation aux épidémies est elle aussi complexe et présente diverses caractéristiques.

Pour l'OMS, la préparation aux épidémies s'inscrit dans la préparation aux urgences, qui est définie ainsi : « *La préparation aux situations d'urgence s'entend des connaissances et capacités développées par les gouvernements, les organisations spécialisées dans l'intervention et le redressement, les communautés et les personnes afin de prendre les mesures de prévention, d'intervention et de redressement qui s'imposent face aux conséquences de catastrophes probables, imminentes ou en cours* » (OMS, 2021a : 30).

Elle est intégrée à la notion de sécurité sanitaire globale (*Global health security*), qui désigne les moyens permettant de protéger le monde des menaces infectieuses, principalement à travers le respect des recommandations du RSI (WHO, 2018a). L'objectif principal du RSI est de : « *prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique* » (OMS, 2005 : vii-viii). La préparation aux épidémies entend répondre à ces objectifs, en améliorant notamment les capacités de détection des épidémies (à travers une surveillance continue des pathogènes), et de riposte à celles-ci (grâce au renforcement des systèmes de santé) (WHO, 2018a, 2021).

Il est recommandé qu'à l'échelle d'un pays la préparation aux épidémies soit réalisée à tous les niveaux de l'échelle sanitaire, du niveau local (ou « communautaire ») jusqu'aux institutions nationales, en respectant plusieurs principes (comme l'engagement des populations concernées) (WHO, 2017a). La préparation aux épidémies s'inscrit dans le cadre plus large de la préparation aux urgences (« *emergency preparedness* »), qui inclue aux côtés des épidémies tous les risques naturels, technologiques ou sociétaux qui peuvent impacter la santé humaine (WHO, 2017a). Peu importe la nature des risques encourus, il est reconnu qu'il est plus efficace (sur un plan opérationnel et économique) de se préparer à leur survenue que d'y faire face sans préparation préalable (WHO,

2017a). L'OMS, dans le cadre du RSI, recommande ainsi que chaque pays évalue ses propres capacités de préparations aux épidémies et autres urgences (WHO, 2021).

La préparation aux épidémies est un sujet central de la santé globale depuis les années 2000, au point qu'elle est devenue un nouveau domaine de la santé publique (Lurie, 2007). Puisqu'elle est liée à la santé globale, la préparation aux épidémies est elle aussi caractérisée par une multitude d'acteurs aux intérêts divers (Erikson, 2019). Le sujet de la préparation aux épidémies a particulièrement investi le continent africain depuis l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest (Jacobsen et al., 2016 ; Moon et al., 2015). En sciences sociales, la préparation aux épidémies a fait l'objet de nombreux travaux qui en critiquent les applications (Caduff, 2015 ; Lakoff, 2017).

Dans le cadre de la préparation aux épidémies, une attention particulière est accordée aux virus dits « émergents ou réémergents », qui concernent des pathogènes qui n'ont jamais été détectés ou qui sont déjà connus de longue date mais qui touchent de nouvelles populations qui n'y ont jamais été confrontées (WHO, 2018a). Aujourd'hui, 70 % de ces virus émergents ou réémergents sont d'origine zoonotique (WHO, 2018a), et il est recommandé depuis 2007 que soient surveillées la santé humaine, animale et environnementale pour détecter toutes menaces, dans le cadre de l'approche « Une seule santé » (ou *One health*) (Gibbs, 2014). L'approche « Une seule santé » est devenue, comme la préparation aux épidémies, un incontournable des politiques de santé publique aujourd'hui, associant une diversité d'acteurs et d'interventions (Figué & Peyre, 2013). La plupart des maladies émergentes sont causées par des virus ou bactéries, et les maladies parasitaires concentrent moins l'attention désormais ; à ce titre, elles sont considérées comme négligées (Morand, 2016).

e) Surveillance de santé publique

L'un des outils de la préparation aux épidémies est la surveillance. Afin de la démarquer des nombreux sens que recouvre le terme de « surveillance », nous parlerons dans cette thèse de « surveillance de santé publique » lorsque nous évoquerons la « surveillance » (si le terme est employé dans une autre de ses acceptions cela sera spécifié).

L'OMS définit la surveillance de santé publique comme : « *la collecte, l'analyse et l'interprétation permanentes et systématiques des données sur la santé. Elle comprend la diffusion en temps opportun de l'information auprès de ceux qui en ont besoin pour agir. La surveillance est également essentielle pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des pratiques de santé publique* » (OMS, 2014b : 2). Dans le cadre du RSI il est recommandé que tous les Etats du monde mettent en place une forme de surveillance telle que définie par l'OMS (OMS, 2005). Si la forme que prend cette surveillance peut varier d'un pays ou d'une région à l'autre, la finalité de la surveillance doit toujours servir des intérêts de santé publique (WHO, 2017b).

En sciences sociales, la surveillance au sens large est un objet d'étude ancien, qui a donné naissance à un champ d'études spécifique (nommé « *Surveillance studies* » dans le monde académique anglophone). L'ouvrage *Surveiller et punir* de Michel Foucault (Foucault, 1975) est considéré comme fondateur dans ce domaine, car c'est après celui-ci que : « *la surveillance est devenue un objet de recherche digne d'intérêt* » (Castagnino, 2018 : 10). Alors que les recherches sur la surveillance ont traditionnellement porté sur les formes de surveillance imposées ou subies (milieu carcéral, surveillance d'Etat), il est reconnu depuis récemment que la surveillance peut aussi être choisie, notamment avec l'avènement des modèles de surveillance participative (Castagnino, 2018), qui ont peu à peu investi le domaine sanitaire (Pagliari & Vijaykumar, 2016 ; Wójcik et al., 2014).

Depuis 2001, la surveillance (tous domaines confondus) laisse voir trois dimensions qui s'amplifient : il y a de plus en plus de pratiques et d'objets liés à la surveillance, qui s'accompagnent là encore d'une pluralité d'acteurs. Ce ne sont plus seulement les gouvernements qui sont détenteurs des moyens de surveillance, mais aussi les firmes privées (notamment dans le stockage des données) (Mattelart, 2008). Les pratiques et outils de la surveillance se mondialisent, et investissent davantage le domaine sécuritaire (Salter, 2010).

Dans le domaine sanitaire, la surveillance est aussi caractérisée par une importance de plus en plus grande accordée aux nouvelles technologies, qui permettent une surveillance en temps réel et au niveau mondial. Ce qui a pu être constaté avec la pandémie de Covid-19 et l'utilisation massive des drones ou autres caméras thermiques, et la disponibilité d'un nombre important de données de surveillance de santé publique (Engelmann, 2020). Lorsqu'elle est exercée sur les êtres humains, la surveillance de santé publique engendre depuis longtemps des discussions d'ordre éthique, ce qui nécessite d'analyser et de questionner ses pratiques (WHO, 2017b ; Calain, 2007 ; Klingler et al., 2017 ; Puybureau, 2020). En parallèle à cet effet de globalisation, la surveillance se rapproche également des populations locales qui sont désormais encouragées à y participer activement au titre de la surveillance à base communautaire qui a été définie plus haut.

f) Éthique médicale, éthique de la recherche, éthique et épidémies, et éthique de la surveillance

Au cours de ce travail il sera aussi question d'éthique, et il apparaît donc nécessaire de définir ce que nous entendons par éthique, qui est une notion, elle aussi, assez vaste. L'éthique médicale, développée dans les années 1970, et la bioéthique, formalisée dans les années 1980, ont donné lieu à des réglementations visant à réguler la pratique médicale en contexte de recherche (Desclaux & Badji, 2015). L'un des documents fondateurs de l'éthique de la recherche est le « rapport Belmont », du nom de son principal auteur, édité en 1974 (Commission nationale pour la Protection des sujets humains dans le cadre de la recherche biomédicale et behavioriste, 1974), et qui repose sur trois principes que toute recherche médicale se doit de respecter :

- ❖ Le respect de la personne (qui comprend notamment le respect de l'autonomie de la personne, et de sa protection) ;
- ❖ La bienfaisance (qui implique de ne pas endommager le bien-être des individus, ou de toujours s'assurer que les dommages causés sont inférieurs aux bénéfiques, et non l'inverse) ;
- ❖ Et la justice (qui sous-entend de s'assurer du partage équitable des bénéfiques de la recherche, ou encore de porter une attention particulière aux populations considérées comme vulnérables).

L'éthique de la recherche a été formalisée en Afrique de l'Ouest à partir des années 2000, avec la création de comités d'éthique chargés de veiller à l'application des principes éthiques en contextes de recherche (Desclaux & Badji, 2015), tel que le CNER (Comité national d'éthique pour la recherche en santé) en Guinée.

Au-delà de la recherche, l'éthique médicale concerne la pratique biomédicale au sens large, et notamment la relation thérapeutique entre soignant et soigné. L'ouvrage *Principles of Biomedical Ethics* de Tom L. Beauchamp et James F. Childress, et dont la huitième édition est parue en 2019, expose les quatre principes devant régir toutes pratiques biomédicales (Beauchamp & Childress, 2019). Ceux-ci se rapprochent de ceux relevés dans le rapport Belmont, à savoir : le respect de

l'autonomie du patient, les devoirs de bienfaisance et de justice, ainsi que le principe de non-malfaisance (le fait de ne pas nuire).

En parallèle à ces documents fondateurs de l'éthique biomédicale, l'OMS a établi des guides qui ont également nourri ce travail de thèse. Le premier (WHO, 2016) expose quatre principes essentiels pour la gestion des épidémies, que sont :

- ❖ L'impératif de justice en contexte épidémique : qui repose notamment sur l'équité de l'accès aux ressources, sur le fait d'éviter les situations exposant des populations à la discrimination et l'exploitation, ou encore l'engagement communautaire (qui suppose que les communautés soient impliquées dans la gestion des épidémies), qui est donc une nécessité éthique aux yeux de l'OMS ;
- ❖ La bienfaisance : qui nécessite de veiller au bien-être des populations, ce qui dans le contexte de la santé publique implique par exemple de répondre aux besoins humanitaires basiques, comme l'accès à la sécurité, à un abri, à l'alimentation : *"In the public health context, the principle of beneficence underlies society's obligation to meet the basic needs of individuals and communities, particularly humanitarian needs such as nourishment, shelter, good health, and security."* (WHO, 2016 : 8) ;
- ❖ Le respect des personnes : qui repose sur le fait de considérer et traiter toute personne avec respect et dignité ;
- ❖ La solidarité : qui suppose que la gestion d'une épidémie doit reposer sur une action collective contre une menace commune, que ce soit à l'échelle d'un village, ou d'une nation ; ou sur le fait d'éviter de porter une plus lourde atteinte aux personnes les plus vulnérables.

Un autre document de l'OMS indique qu'en contexte de riposte, les principes d'équité et de solidarité sont essentiels (WHO, 2018a).

En 2017, l'OMS a développé un guide relatif aux questions éthiques de la surveillance de santé publique (WHO, 2017b), qui reposent lui aussi sur quatre principes phares :

- ❖ Le bien commun : les retombées de la surveillance doivent être collectives, et ne pas servir des intérêts privés ;
- ❖ L'équité : la surveillance doit permettre de révéler les inégalités sociales, en particulier les problèmes particuliers aux populations vulnérables, pour pouvoir les prendre en compte ;
- ❖ Le respect des personnes : qui sous-entend notamment que les données individuelles et collectives doivent être protégées ;
- ❖ La bonne gouvernance : qui n'est pas un principe standard de l'éthique, mais qui repose sur le fait que les populations doivent être informées des risques, bénéfices et résultats de la surveillance.

Nous voyons que ces divers documents présentent des principes similaires, qui forment ce qui sera considéré comme « éthique » dans cette thèse.

1.1.2 Une approche articulant santé publique et anthropologie

Cette thèse associe les approches de la santé publique et de l'anthropologie. Elle est soutenue sous le titre de la première discipline qui lui donne son cadre conceptuel et institutionnel, ainsi que sa finalité (articulant connaissances et opérationnalité), mais les méthodes d'enquête employées relèvent davantage de l'anthropologie. Dans cette thèse l'anthropologie est considérée comme un

outil de la santé publique permettant de questionner l'application au niveau local des interventions sanitaires (plus particulièrement des interventions de santé communautaire et de surveillance).

La santé publique et l'anthropologie ne sont pas étrangères, et elles sont souvent employées de concert dans l'analyse des phénomènes sanitaires, et ce depuis de nombreuses années (Dozon & Fassin, 2001 ; Hours, 2001). La première est : « *un savoir, et un savoir-faire, une méthode et un état d'esprit* » (Dozon & Fassin, 2001 : 8). C'est aussi une discipline scientifique qui est supposée guider les décisions politiques en matière de santé - alors qu'à l'inverse le caractère appliqué de l'anthropologie fait débat au sein de la discipline (Nichter, 2018). La santé publique est donc un domaine de l'action politique, et elle est-même politique : « *la santé publique est politique en ce qu'elle engage l'ensemble des domaines sociétaux et vise à s'attaquer aux fondements des inégalités* » (Cambon et al., 2022 : 6). Elle forme aussi un objet (les politiques de santé publique) que l'anthropologie permet d'étudier avec un certain regard critique.

Dans cette thèse, nous cherchons à explorer les effets des stratégies de santé communautaire et de surveillance à différents niveaux de la pyramide sanitaire, en accordant une attention particulière au niveau local. Les méthodes anthropologiques sont apparues intéressantes sur ce point, notamment la méthode ethnographique qui repose sur une immersion dans des mondes sociaux, auprès de personnes. Elle permet de porter l'attention sur des « acteurs sociaux » (au sens d'individus inclus dans un système social) : « *En favorisant l'observation participante et les entretiens qualitatifs, la méthode ethnographique permet de se familiariser avec les pratiques et les convictions des divers acteurs sociaux et de leur donner voix lors de travaux académiques et de recherches institutionnelles et multidisciplinaires* » (St-Denis et al., 2015). Au travers de son attention au niveau individuel, local, elle permet d'interroger des phénomènes sociaux dans leur globalité, notamment les interventions de santé publique.

En santé publique, il est par exemple reconnu que les dispositifs mis en place doivent être adaptés à leurs contextes d'implémentation. A cet effet, le recours à l'ethnographie peut permettre de questionner l'adaptation des interventions et leur éventuelle appropriation par les populations (Desclaux et al, 2022). Cette approche peut permettre de révéler les facteurs sociaux favorables ou limitants à l'implémentation des stratégies. Ces facteurs sociaux peuvent être de diverses natures : il peut s'agir de facteurs « culturels » (au sens où les représentations et pratiques locales peuvent jouer un rôle sur le succès des interventions si celles-ci y sont adaptées ou non) ; mais aussi de facteurs économiques, ou encore politiques, le contexte social (dans son ensemble) pouvant avoir un rôle déterminant sur l'application des stratégies. Il faut ainsi veiller à ne pas limiter l'analyse aux seules explications culturalistes (Dozon & Fassin, 2001).

En cela l'ethnographie est différente des enquêtes par questionnaires réalisées auprès d'échantillons conséquents de personnes qui sont fréquemment utilisées en santé publique. Mais si l'anthropologie est moins soucieuse du nombre de personnes interrogées, elle n'en est pas moins gage de qualité :

“Anthropological fieldwork [...] can vividly capture and draw attention to these efforts and to the real persons whose imperiled lives they impact. For anthropologists, these people accounts - stories that are often hidden from view, obscured by more abstract and bureaucratic considerations of public policy - are the very fabric of alternative social theorizing” (Biehl et Petryna, 2013 : 2-3).

L'anthropologie, car elle est « *une manière de regarder le monde autrement [...] un exercice de désaccoutumance intellectuelle* » (Fassin, 2021 : 16), permet de porter un regard critique sur les interventions menées dans le cadre de la santé publique. En cela elle peut constituer une

« *anthropologie politique de la santé* » (Dozon & Fassin, 2001 : 350), car « *la santé est sans cesse un enjeu politique* » (Fassin, 1992 : 265). Les anthropologues ne se limitent pas aux récits individuels de citoyens, et ils s'intéressent aussi aux institutions où se décident les interventions de la santé globale (Crane, 2010).

Le lien entre anthropologie et santé publique est sans doute particulièrement admis dans l'analyse des épidémies. Cet intérêt pour les approches interdisciplinaires a notamment été soutenu par des chercheurs en santé publique, sociologie et anthropologie, dans un article paru dans *The Lancet* en mai 2022 :

"A multidisciplinary approach is required to understand, address, and recover from pandemics, and social scientific disciplines are central to this. Specialists in anthropology, human geography, and sociology, among other disciplines, generate, interpret, and problematise data about the social world, often directly supporting decision making for public health policies. Importantly, social scientists also challenge and critique policy practices which are essential for its refinement"(Pickersgill et al., 2022 : 1).

Le recours aux anthropologues est particulièrement encouragé dans la riposte aux épidémies de fièvres hémorragiques virales (FHV) depuis le début des années 2000 (Leach & Hewlett, 2010), ainsi que dans la lutte contre d'autres types de virus (Sams et al., 2017), et les sciences humaines et sociales, dont l'anthropologie, se sont d'ailleurs particulièrement investies dans le cadre de la pandémie de Covid-19 (Bansard & Bonnaire, 2021 ; Terral & Gaille, 2021).

En contexte de riposte épidémique, l'anthropologie peut permettre de renseigner les effets des interventions de riposte sur les populations, et proposer des stratégies acceptables (H. Brown et al., 2015 ; Desclaux & Anoko, 2017). Pendant la première épidémie d'Ebola, les anthropologues mobilisés ont permis de donner un autre regard sur les réactions populaires qui étaient considérées comme des formes de résistance (Sams et al., 2017 ; Somparé, 2020). Ils ont parfois été considérés comme des « *médiateurs culturels* » (Desclaux & Anoko, 2017 : 479), nécessaires intermédiaires entre les populations et le dispositif de riposte. Mais leur rôle ne se limite pas (et ne doit pas se limiter) à cette fonction, et les travaux anthropologiques permettent aussi de documenter les effets des épidémies sur divers aspects de la vie sociale et de la santé publique (Desclaux & Anoko, 2017). L'analyse anthropologique permet d'interroger le contexte dans lequel une épidémie intervient, et de mesurer l'impact de celui-ci sur la riposte. Elle permet aussi de mettre en lumière à un niveau plus microsocial, les adaptations locales, l'inventivité des populations face à une menace virale (Leach, 2019). En contexte épidémique, comme dans d'autres contextes sanitaires, l'anthropologie, comme la santé publique, permet donc de faire entendre des voix qui le sont rarement : « *L'un des rôles-clés de l'anthropologue est d'explorer l'expérience et le point de vue d'acteurs sociaux, dans leur propre logique, pour documenter des pans de l'expérience humaine, et "porter la voix" de ceux dont le statut social ne leur permet pas d'être entendus* » (Desclaux & Anoko, 2017 : 482). Ainsi, la santé publique et l'anthropologie permettent de révéler des inégalités, des logiques et facteurs sociaux sous-jacents aux questions de santé, en prenant du recul vis-à-vis de la vision purement biomédicale de la santé (Fassin, 2021).

Enfin, le rôle des anthropologues est également encouragé dans le cadre de la préparation aux épidémies, et il y a un appel à intégrer les sciences sociales dans l'analyse des interventions de préparation, dans le but notamment de questionner les effets de ces interventions sur les populations (Graham et al., 2018 ; MacGregor et al., 2022 ; Ridde et al., 2022). Dans ce sens, la préparation aux épidémies doit être considérée comme un phénomène social (Bjørkdahl & Carlsen, 2019). Dans cette thèse, nous étudierons les enjeux et les effets de la préparation aux épidémies en Guinée, à différentes

échelles, mais particulièrement au niveau local et notamment à propos des stratégies de surveillance. Ce travail se détache en cela des travaux en sociologie et anthropologie sur la surveillance (du champ académique nommé « *surveillance studies* »), qui interroge souvent les enjeux intrinsèques à celle-ci, sans nécessairement les contextualiser.

1.2 Problématique et objectifs de la thèse

Afin de présenter les objectifs spécifiques de notre travail, nous présenterons dans la prochaine section les questions de recherche qui l'ont motivé.

1.2.1 Justification du sujet et questions de recherche

La préparation aux épidémies est un domaine central de la santé publique depuis le début des années 2000 (Lurie, 2007), bien que des stratégies d'anticipation ont été documentées dans le temps long de l'histoire (Moulin, 2020). De profonds changements sont effectivement intervenus dans ce domaine durant les deux dernières décennies, en témoigne par exemple la création du GOARN (*Global Outbreak Alert and Response Network* - Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie) en 2000². La surveillance de santé publique, parce qu'elle permet notamment de détecter l'occurrence des épidémies est considérée comme l'un des piliers de la préparation aux épidémies (Zylberman, 2016). En cela, elle est au centre d'enjeux nationaux et internationaux (Calain, 2007a).

Malgré la création du GOARN, les épidémies de SRAS (Syndrome respiratoire aigu sévère) et de grippe aviaire qui ont eu lieu entre 2002 et 2005³, ont mis l'accent sur la nécessité de renforcer la coopération internationale en matière de préparation et de riposte épidémique. Les Etats membres de l'OMS se sont alors accordés pour réviser le RSI (qui fournit un cadre réglementaire visant à améliorer la détection et la réponse aux épidémies), qui avait été adopté pour la première fois en 1969 et déjà révisé à plusieurs reprises (OMS, 2005). La version adoptée en 2005 a surtout deux nouveautés : elle donne à l'OMS la possibilité (et l'obligation lorsque cela est nécessaire) de déclarer un évènement comme urgence de santé publique de portée internationale ; et elle oblige tous les pays membres à déclarer à l'OMS tout évènement inhabituel et pouvant avoir des conséquences sur la santé publique (OMS, 2005). Si auparavant les Etats devaient déclarer des maladies identifiées comme prioritaires et à notification obligatoire, avec l'apparition de plus en plus fréquente de nouveaux virus (ou de nouvelles souches) considérés comme émergents et ré-émergents, il est recommandé que la surveillance de santé publique soit moins spécifique (M. St. Louis, 2012). En appliquant le RSI, les Etats doivent ainsi avoir la capacité de détecter toute « *pathologie humaine ou affection, quelle qu'en soit l'origine ou la source, ayant, ou susceptible d'avoir, des effets nocifs importants pour l'être humain* » (OMS, 2005 : viii). Avec le RSI la préparation et la riposte aux épidémies relèvent donc à la fois d'une responsabilité nationale et internationale.

En Guinée, c'est avec l'épidémie d'Ebola de 2013-2016, que les défauts d'application des recommandations du RSI ont été mis en lumière. Comme pour les deux autres pays touchés, cette épidémie a effectivement mis en avant la nécessité de renforcer les capacités nationales de détection

² Ce réseau créé par l'OMS rassemble des acteurs non gouvernementaux de différents types (ONG, agences des Nations Unies, laboratoires pharmaceutiques privés, ou encore instituts de recherche) et a pour ambition d'améliorer la détection et la riposte aux épidémies au niveau international (Calain, 2007a).

³ L'épidémie de SRAS, causée par le virus SARS-Cov-1 s'est déroulée entre 2002 et 2004, et celle de grippe aviaire, causée par le virus A H5N1 entre 2004 et 2005.

et de riposte, et de pallier aux nombreuses faiblesses d'un système de santé particulièrement en difficulté (Moon et al., 2015 ; Munoz et al., 2015 ; OMS, 2019a). Cela a donné lieu à de nouveaux partenariats, ou au renforcement de partenariats anciens, entre les autorités sanitaires et des organisations internationales telles que le CDC (Center for disease control), l'UNICEF (Fonds des Nations unies pour l'enfance) ou l'OMS. Cette épidémie a effectivement entraîné un renouveau de l'intérêt pour la coopération mondiale en matière d'épidémies, la réactivité de l'OMS ayant été jugée trop tardive (Bourrier, 2019). Au niveau continental, Ebola a impulsé la création en janvier 2017 d'une nouvelle institution sanitaire, le CDC africain (également nommé Africa CDC) chargé notamment du renforcement de la surveillance sanitaire dans tous les pays d'Afrique (Nkengasong et al., 2017).

Quelles ont donc été les stratégies adoptées au cours de l'épidémie, et à sa suite, pour renforcer les capacités de la Guinée en matière de préparation aux menaces sanitaires ?

Les autorités de santé ont opté pour un modèle alliant une amélioration des capacités nationales de surveillance, et un renforcement plus global du système sanitaire (afin de le rendre plus réactif et résilient en cas d'épidémie⁴), se conformant ainsi aux recommandations de l'OMS en matière de préparation aux urgences (WHO, 2017a). Sous l'égide de l'Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSS) créée en 2016, le système national de surveillance, jusqu'ici peu conforme aux préconisations du RSI, a été profondément remanié et renforcé (S. Keïta, 2021). Le Ministère de la santé a également élaboré une nouvelle Politique nationale de santé communautaire (PNSC) en 2017 (*Politique Nationale de Santé communautaire*, 2017), dont l'objectif principal est d'améliorer la couverture sanitaire des populations en accordant une attention particulière au niveau dit « communautaire », conformément au Plan national de développement sanitaire (PNDS) publié en 2015 (*Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2024*, 2015). Le Ministère de la santé a également impulsé la création d'une plateforme nationale multisectorielle « One health »⁵ en 2017.

Ainsi, si la préparation aux épidémies représente un enjeu global de grande ampleur, c'est depuis l'épidémie d'Ebola qu'elle est devenue une priorité nationale en Guinée. Mais qu'en est-il de ces ambitions aujourd'hui ?

Au premier abord, il semble important de questionner davantage l'historique de la mise en place des stratégies actuelles de préparation aux épidémies. Dans l'histoire du pays, particulièrement mouvementée sur le plan social, quelles étaient les interventions majeures menées lors de l'occurrence d'épidémies ? Ces mesures étaient-elles acceptées par les populations ? En contextualisant de manière historique les interventions et politiques actuelles, il sera nécessaire d'adopter un regard critique et de prendre du recul avec les discours et documents officiels qui « attestent que, de tous les services sociaux de base, celui de la santé figure parmi les priorités des autorités politiques, aussi bien sous la colonisation que durant la période postcoloniale » (S. Diallo, 2021 : 18), des discours qui ont été remis en question avec l'épidémie d'Ebola (2013-2016). La question du renforcement du système de santé à travers la santé communautaire est antérieure à l'épidémie d'Ebola, et la Guinée a été considérée comme un pays modèle en la matière avec la politique des Soins

⁴ Les systèmes de santé sont considérés comme résilients lorsqu'ils sont capables de se relever après les crises (OMS, 2021a). Le terme de « résilience » est particulièrement utilisé en santé publique ces dernières années (Alam et al., 2021 ; OMS Guinée, 2018 ; Sagan et al., 2022), mais aussi dans d'autres disciplines, comme la psychologie.

⁵ En Guinée, et dans les autres pays touchés, il a été recommandé d'améliorer les capacités de surveillance selon l'approche « une seule santé » (*One Health*) qui porte une attention commune à la santé humaine, animale et environnementale (Jacobsen et al., 2016).

de santé primaires (SSP) mise en place dès la fin des années 1980 (S. Diallo, 2021). Cette expérience antérieure a-t-elle facilité la mise en œuvre d'une nouvelle politique nationale de santé communautaire ? Les leçons des SSP, qui ont peu à peu périclité (Comolet, 2000), ont-elles été prises en compte dans l'élaboration de la nouvelle PSNC ? Cette nouvelle politique de santé communautaire a-t-elle les fondements nécessaires pour ne pas devenir un énième « programme vertical » (Milleliri, 2014 : 341) ? Pour y répondre, il est nécessaire de questionner la réalisation concrète de la préparation aux épidémies à différents niveaux du système de soins.

Le modèle choisi par les autorités sanitaires dans le cadre de la préparation aux épidémies repose donc en grande partie sur le renforcement des capacités de surveillance de santé publique, ce qui représente différents enjeux opérationnels, économiques ou encore politiques. La mise en place des systèmes de surveillance continue est en effet particulièrement complexe et coûteuse, ce qui constitue un défi d'autant plus important pour les pays aux ressources limitées (Wilson et al., 2010). Dans ces pays, des difficultés structurelles (relatives par exemple au réseau routier), ou des défauts de coordination entre les différentes sources de la surveillance, peuvent également être des freins à son exercice (Calain, 2007b). Le contexte post-colonial qui est marqué par des relations internationales particulières peut également avoir des répercussions sur l'exercice de la surveillance (Sa'di, 2012), et plus globalement sur la mise en place de tous types de politiques publiques, les pays anciennement colonisés ayant souvent une forme de dépendance économique aux pays du Nord (Olivier de Sardan, 2021). Les stratégies adoptées en Guinée dans le cadre du renforcement de la surveillance permettent-elles de dépasser ces différents défis ?

L'épidémie d'Ebola étant passée inaperçue pendant au moins trois mois, les autorités sanitaires nationales et leurs partenaires ont accordé une attention particulière à la surveillance à base communautaire (SBC) afin de pouvoir détecter les cas au plus près des populations. Cette forme de surveillance est définie par des experts de l'OMS comme : « *la détection et la notification continues d'évènements signifiants pour la santé publique, au sein d'une communauté et par des membres de celle-ci* » (*“community-based surveillance is the systematic detection and reporting of events of public health significance within a community by community members”*, Technical Contributors To The June WHO Meeting, 2019 : 1). La SBC a ainsi été utilisée lors de la première épidémie d'Ebola, et des agents et autres acteurs communautaires ont été impliqués dans la détection des cas suspects de MVE au sein des populations (Migliani, Keita, Diallo, Mesfin, et al., 2016). Au sortir de l'épidémie, il a été recommandé que la SBC soit toujours employée comme stratégie de préparation, afin de renforcer les capacités de détection précoce des urgences sanitaires (OMS, 2014b). Cette forme de surveillance a-t-elle perduré ? Comment est-elle réalisée aujourd'hui, et par quels moyens ?

Depuis l'épidémie d'Ebola, ce sont les agents communautaires déployés dans le cadre de la PSNC qui sont invités à surveiller et détecter l'apparition de tout évènement pouvant avoir des conséquences pour la santé publique (*Politique Nationale de Santé communautaire*, 2017). Ces agents, qui sont Relais communautaires (RECO) ou Agents de santé communautaire (ASC), ont d'autres missions à réaliser au sein des populations, principalement axées sur la promotion de la santé (*Politique Nationale de Santé communautaire*, 2017). En parallèle, les agents de santé déployés dans les structures sanitaires du pays sont aussi supposés réaliser une forme de surveillance, et donner l'alerte en cas de suspicion de MPE.

On peut se questionner sur les représentations des divers agents impliqués (professionnels de santé ou agents communautaires⁶) à propos de la surveillance. Comment appréhendent-ils sa réalisation ? Dans d'autres pays africains (Burkina-Faso, Ghana) n'ayant pas connu d'épidémies d'Ebola, des agents de santé se montraient particulièrement craintifs à propos de leur implication dans la surveillance de cette pathologie, d'autant que certains manquaient de formation et d'équipements de protection (Nyarko et al., 2015 ; Østergaard, 2015). Qu'en est-il en Guinée, depuis que le pays s'est engagé dans le renforcement des capacités de surveillance ? Quels sont les moyens mis à la disposition des acteurs mobilisés ? Ces agents sont-ils en mesure de faire face aux difficultés inhérentes à la réalisation de la surveillance et des autres interventions ?

Au niveau local, la réalisation de la surveillance comme des autres stratégies de santé communautaire, peut être confrontée à des facteurs sociaux qui peuvent la favoriser ou l'entraver, notamment :

- ❖ Le degré d'intégration de l'agent communautaire au sein du système de santé : Les agents communautaires sont-ils considérés comme des sources pertinentes dans la surveillance, alors qu'il y a parfois une différenciation entre « *profanes* » et « *experts* » dans les systèmes de surveillance, où les premiers sont moins valorisés et écoutés que les seconds (Figuié, 2016 : 84) ? Dans d'autres pays africains, il a été recommandé que la formation des acteurs locaux soit adéquate, qu'ils soient supervisés de manière continue, et qu'ils aient une place concrète au sein du système de santé pour qu'ils puissent réaliser efficacement la SBC (Burton et al., 2011 ; Clara et al., 2020 ; N'Guessan et al., 2019 ; Stone et al., 2016).
- ❖ Le niveau d'intégration de l'agent communautaire au sein de la population qu'il couvre (et de laquelle il est supposé être issu). A cela s'ajoute le niveau de confiance de l'agent et des habitants vis-à-vis du système de soins, une confiance dont on a vu qu'elle était très affaiblie lors de l'épidémie d'Ebola (Niang, 2014 ; Somparé, 2020).
- ❖ Les conditions matérielles qui sont à disposition de l'agent communautaire pour réaliser la surveillance et les autres stratégies de santé communautaire dont il a la charge : Le travail des agents communautaires de santé peut être directement influencé par leurs conditions d'exercice, notamment en termes de rémunération (Dil et al., 2012; E. F. Maes & Zimicki, 2000; K. Maes, 2015; Schaaf et al., 2020) ; ces conditions matérielles pouvant jouer un rôle important sur leur niveau de motivation (Dil et al., 2012 ; Maes, 2015 ; Schaaf et al., 2020 ; Wahid et al., 2020). Ailleurs, il est indiqué que leur rémunération doit permettre de les fidéliser, pour ne pas les détourner de leurs missions (E. F. Maes & Zimicki, 2000).
- ❖ Les perceptions locales des symptômes et du risque, elles-mêmes pouvant être influencées par : l'expérience des épidémies antérieures ; la formation de l'agent à la reconnaissance des symptômes ; ou encore par le fait que certaines pathologies, et notamment les fièvres hémorragiques virales (FHV), peuvent présenter des symptômes non spécifiques, qui peuvent ainsi être confondus avec d'autres maladies courantes comme le paludisme. La MVE, comme le Covid-19, entraîne par exemple des formes asymptomatiques ou pauci-symptomatiques, qu'il est donc d'autant plus difficile de détecter sur le plan clinique en l'absence de confirmation en laboratoire (M. S. K. Diallo et al., 2019 ; Mbala et al., 2017).

⁶ Comme nous le verrons, plusieurs types d'agents communautaires sont mobilisés en Guinée en dehors des RECO et ASC de la PNSC. Lorsque ces agents communautaires seront cités comme catégorie d'ensemble regroupant ces divers profils, ils seront nommés « agents communautaires ».

La réalisation de la surveillance peut également être soumise à des déterminants d'ordre éthique. La notification d'un cas de maladie à potentiel épidémique (MPE) peut par exemple être complexifiée :

- ❖ Lorsque celle-ci peut entraîner des formes de stigmatisation de la personne ou de la famille concernée : la MVE (Desclaux, Sow, et al., 2017), ou le VIH/sida (Ky-Zerbo et al., 2014) ont notamment été présentées comme des maladies stigmatisantes pour les personnes qui en sont atteintes, et parfois également pour leurs proches.
- ❖ Lorsqu'elle peut entraîner un arrêt de l'activité professionnelle et affaiblir la sécurité économique d'un ménage - ce qui est par exemple souligné à propos de la surveillance du bétail dans le cadre des stratégies « Une seule santé », lorsque les animaux constituent la principale source économique des familles (Goutard et al., 2015).
- ❖ La surveillance peut également être vécue comme une intrusion dans la vie privée (WHO, 2017b).

Les questionnements d'ordre éthique sont encore peu pris en compte dans les guides et plans de préparation aux épidémies, et il semble donc important de les étudier (Smith & Silva, 2015 ; Thompson et al., 2006). Les enjeux éthiques de la surveillance ont toutefois fait l'objet d'un guide international édité par l'OMS en 2017, dont l'élaboration a d'ailleurs été impulsée par l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, et par le fait que le RSI offrait un cadre légal mais aucune recommandation éthique vis-à-vis de la gestion des épidémies (WHO, 2017b). Ce guide fait ainsi le point sur les divers enjeux posés par la surveillance de santé publique (en termes de confidentialité, de restriction des libertés en contexte de riposte, par exemple), mais il ne donne pas de recommandations spécifiques à propos de la mise en place de la surveillance au niveau communautaire des systèmes de soins (WHO, 2017b).

De même, alors que la SBC est souvent présentée comme une stratégie essentielle pour les pays aux ressources limitées dans la préparation aux épidémies, son efficacité est encore peu évaluée et des enquêtes de terrain apparaissent donc nécessaires (Ratnayake et al., 2016). Plus généralement, la contribution des acteurs communautaires à la préparation aux épidémies est un sujet encore peu étudié (Boyce & Katz, 2019), et mérite ainsi une attention particulière.

Par ailleurs, existe-t-il en Guinée d'autres déterminants d'ordre sociaux et éthiques qui constituent un frein ou favorisent la mise en œuvre des interventions de préparation aux épidémies ?

Les agents communautaires déployés sur le territoire guinéen ont plusieurs missions en dehors de la réalisation de la SBC, relevant principalement de la promotion de la santé ou d'autres interventions de santé communautaire. Comment ces interventions sont appréhendées et menées par les agents communautaires ? Les ambitions de décentralisation des soins et des services de santé souhaitées par les autorités sanitaires et leurs partenaires sont-elles atteintes ? Comment les objectifs d'amélioration de la couverture et de la sécurité sanitaires s'articulent sur le terrain, alors que la seconde prime souvent sur la première dans l'architecture de la santé globale (Lakoff, 2017 ; Packard, 2016 ; Šehović & Govender, 2021) ? L'épidémie d'Ebola a par exemple bénéficié d'une attention internationale, mais c'est lorsque la menace a été considérée plus sérieuse pour les pays occidentaux que la mobilisation mondiale s'est considérablement amplifiée (Farmer, 2021 ; Hofman & Au, 2017a). Dans ce contexte, la préparation et la riposte globale aux épidémies renseignent sur « *l'inégalité des vies humaines* » (Fassin, 2015 : 464), puisque les pathologies ne concentrent pas la même attention selon les pays où elles sévissent, et la menace qu'elles représentent au niveau international. Il convient ainsi de questionner la préparation aux épidémies en termes de justice et d'équité sociale. Au titre de la santé dite communautaire, les besoins des populations sont-ils par exemple pris en compte ?

La Guinée, comme la très grande majorité des pays du monde, est touchée par la pandémie de Covid-19 depuis le mois de mars 2020. Elle a également été victime d'une deuxième épidémie d'Ebola entre les mois de février et de juin 2021. Ces deux épidémies permettent d'élargir le champ de notre approche au-delà de la préparation pour considérer la riposte aux épidémies, et questionner les enjeux socioéthiques de surveillance et de santé communautaire qui y sont liés. Les enquêtes en contexte de riposte sont essentielles pour en documenter les déterminants et les effets, et à terme améliorer la préparation et la réponse aux futures menaces (Olivier de Sardan et al., 2020). Dans le contexte des épidémies intervenues depuis 2020 en Guinée, quel a été l'impact, et l'éventuelle empreinte, de la première épidémie d'Ebola sur les stratégies de riposte ? Des acteurs locaux ont-ils été impliqués dans la riposte pour conduire des interventions de lutte au niveau local ? Lors de la première épidémie d'Ebola, les stratégies d'engagement communautaire ont été jugées inadaptées et insuffisantes (Laverack & Manoncourt, 2016 ; Le Marcis et al., 2019). Qu'en était-il lors des épidémies de 2020 et 2021 ? Si des acteurs locaux ont été impliqués, quelles étaient leurs missions, et les conditions mises à leur disposition pour les réaliser ? Pour analyser ces aspects et dépasser les lieux communs à propos des stratégies de mobilisation qui sont de plus en plus plébiscitées par les organisations sanitaires internationales, il est nécessaire de mener des enquêtes de terrain au plus près de ces agents (Maes, 2015 ; Wilkinson et al., 2017). En outre, la participation des populations est jugée importante en contexte de riposte (OMS, 2021d). A-t-elle donc été effective au cours de ces deux épidémies ? Il convient de s'intéresser plus finement aux stratégies mises en place par les populations dans la lutte contre les épidémies, ou d'autres événements sanitaires (MacGregor et al., 2022).

En contexte de riposte épidémique la surveillance en population peut se décliner sous diverses stratégies : la SBC, pour détecter les cas en population ; la surveillance des personnes contacts, lorsque des cas sont confirmés ; et la réalisation d'enquêtes de séroprévalence pour renseigner sur la prévalence réelle de la pathologie dans une population. On peut ainsi se questionner sur ces interventions dans le cadre de la riposte à l'épidémie de Covid-19 et d'Ebola-2021. La SBC, premièrement, a-t-elle été employée comme outil de la riposte à ces épidémies ?

Lors de la première épidémie d'Ebola, l'identification des cas contacts était difficile en raison de la méfiance des populations vis-à-vis de la riposte (Desclaux, Diop, et al., 2017). Cette situation s'est-elle répétée lors de l'épidémie de 2021 ? Des solutions ont-elles été proposées pour remédier aux difficultés rencontrées ? Dans ce cadre, les agents impliqués ont-ils eu un soutien institutionnel, et une formation adéquate ?

En raison des défauts de surveillance constatés lors de la première épidémie d'Ebola, et de l'absence de spécificité des premiers signes cliniques du Covid-19, il a été recommandé de conduire des enquêtes de surveillance sérologique auprès des survivants déclarés et de leurs proches pour Ebola (M. S. K. Diallo, Ayouba, et al., 2021a ; Halfmann et al., 2019), et en population pour le SARS-Cov-2 (Etard et al., 2020 ; Winter & Hegde, 2020), ces difficultés pouvant entraîner une sous-notification des cas. Ces enquêtes de séroprévalence posent des questions spécifiques dans des contextes où les pathogènes sont nouveaux, et pour lesquels les connaissances scientifiques ne sont pas stabilisées, notamment à propos de l'interprétation des résultats des tests sérologiques (Mugunga et al., 2021 ; Nkuba Ndaye et al., 2021). Si l'annonce de ces résultats aux participants aux enquêtes n'est pas obligatoire - les résultats d'enquêtes de surveillance ne répondant pas aux mêmes obligations que les autres domaines de la recherche médicale (Anane-Sarpong, Wangmo, Sankoh, et al., 2018) - on peut se questionner sur leurs implications dans un pays comme la Guinée où la participation des personnes à ces enquêtes peut être entravée par une certaine défiance vis-à-vis du monde médical. L'OMS recommande d'anticiper et de prendre en compte les problèmes d'ordre éthique pouvant subvenir lors de stratégies

de surveillance (WHO, 2017b), ce que nous pourrions explorer pour le cas des enquêtes de séroprévalence du SARS-Cov-2 et d’Ebola. D’une manière plus générale, les agents impliqués dans la réalisation des stratégies de surveillance identifient-ils des problèmes, et trouvent-ils des solutions pour y remédier, comme le recommande l’OMS ?

Le renforcement de la surveillance de santé publique au niveau national et la mise en œuvre de la nouvelle PNSC sont donc récents en Guinée, mais leur implémentation ayant déjà débuté, ils constituent des objets pertinents pour une enquête de santé publique et d’anthropologie visant à en identifier les divers déterminants. D’autant que les facteurs sociaux et éthiques de la surveillance de santé publique et des interventions de préparation aux épidémies sont étudiées dans les pays du Nord, mais dans une moindre mesure dans les pays du Sud, et qu’il y a ainsi un intérêt particulier à en renseigner les conséquences et réalisations au niveau local (Calain, 2007b ; Frankfurter, 2019, 2021 ; MacGregor et al., 2022). En s’intéressant aux interventions réalisées dans le cadre de la préparation et de la riposte aux épidémies en Guinée, il sera possible de renseigner les enjeux sociaux, économiques, éthiques ou encore politiques intervenant à plusieurs niveaux de la pyramide sanitaire. L’attention au niveau local apparaît primordiale pour questionner les effets des stratégies mises en place sur les populations et les agents qui sont impliqués, alors qu’il est recommandé que celles-ci soient acceptables pour être efficaces (Calain, 2007a ; Roger, 2016 ; WHO, Regional office for Africa, 2014).

1.2.2 Objectifs de la thèse

L’objectif principal de ce travail est d’identifier et analyser les déterminants sociaux de la mise en œuvre de la préparation et de la riposte aux épidémies dans le cadre de la santé communautaire en Guinée.

Pour ce faire, nous entendons répondre aux objectifs spécifiques suivants :

- ❖ Sous-objectif 1 : Contextualiser les approches actuelles en matière de préparation et de riposte aux épidémies en Guinée pour établir un historique actualisé ;
- ❖ Sous-objectif 2 : Identifier les facteurs éthiques et sociaux favorables ou défavorables à la mise en œuvre des interventions de santé communautaire comme stratégies de préparation et de riposte aux épidémies au niveau local ;
- ❖ Sous-objectif 3 : Connaître les effets socioéthiques des interventions de surveillance de santé publique menées en contexte de préparation et de riposte aux épidémies (aux niveaux collectif et individuel), particulièrement :
 - La surveillance à base communautaire
 - La surveillance (suivi) des personnes contacts (épidémie de MVE-2021)
 - Les enquêtes de surveillance sérologique (épidémies de MVE et Covid-19).

CHAPITRE 2 : METHODOLOGIE

Après avoir présenté la contexte théorique et disciplinaire de ce travail, nous allons dans ce deuxième chapitre détailler les éléments de méthodes. Nous exposerons ainsi le contexte institutionnel dans lequel la thèse s'est déroulée, puis la description des enquêtes réalisées et leurs particularités méthodologiques. La dernière partie sera dédiée aux difficultés rencontrées, et aux biais de l'enquête.

2.1 Cadre institutionnel et dispositions éthiques

Le projet EboHealth (« Ebola : un modèle "One Health" pour comprendre et prévenir les risques d'émergence », dir. Pr. Éric Delaporte et Pr. Abdoulaye Touré) dans le cadre duquel cette thèse a été réalisée, est un projet de recherche pluridisciplinaire visant à améliorer les connaissances sur le virus Ebola, et renforcer la préparation aux épidémies en Guinée, dans une perspective « Une seule santé » (articulant santé humaine, animale et environnementale). Il est basé sur une approche pluridisciplinaire, avec un important volet en sciences sociales, mais également des enquêtes de séroprévalence, et des études d'écologie et d'épidémiologie. Le projet a été coordonné par les équipes du CERFIG (Centre de recherche et de formation en infectiologie de Guinée) et de l'unité de recherche TransVIHMi (UMI 233 : Université de Montpellier ; Institut de recherche pour le développement - IRD ; Institut national de la santé et de la recherche médicale - INSERM), sur financement de MUSE (Montpellier Université d'excellence)⁷.

Le projet EboHealth a obtenu l'accord du CNER (Comité national d'éthique pour la recherche en santé) de Guinée le 28 octobre 2019 (Accord n°100/CNER/19). Toutes les dispositions éthiques ont par ailleurs été respectées :

- ❖ La réalisation de cette enquête a toujours fait l'objet d'une attention aux principes de l'éthique de la recherche, et au respect de l'intégrité scientifique ;
- ❖ Les entretiens et observations ont été menés avec l'accord des personnes concernées, qui ont été informées des objectifs de la recherche dans le cadre du consentement éclairé ;
- ❖ Les entretiens, lorsqu'ils ont été enregistrés, l'ont toujours été avec l'accord des personnes ; y compris lorsque ceux-ci ont été réalisés à distance par téléphone ;
- ❖ Les entretiens et observations ont été anonymisés afin de respecter le principe de confidentialité. Un pseudonyme a ainsi été attribué à chaque interlocuteur, en restant fidèle au genre et à l'appartenance ethnique de la personne. Dans le texte, les informations identifiantes ont été évitées.

2.2 Collecte et analyse des données

Durant ces trois années de thèse, deux séjours de terrain en Guinée (pour une durée totale d'un an sur place) ont été effectués, et se sont ajoutés aux deux années passées dans le pays dans le

⁷ J'ai bénéficié d'un contrat doctoral de trois ans pour réaliser ce travail, sur financement de l'Université de Montpellier (MUSE). Durant ces trois années j'ai été accueillie au sein de l'unité de recherche TransVIHMi, ainsi qu'au CERFIG lors de mes séjours en Guinée.

cadre d'une expérience antérieure⁸. Ces précédents séjours ont facilité la réalisation des quatre enquêtes de terrain qui ont constitué ce travail.

Ce travail de doctorat a débuté en octobre 2019, et un premier séjour de terrain a été réalisé dans la foulée, du début du mois de novembre 2019 à la mi-avril 2020. Ce premier séjour a été consacré à la réalisation des enquêtes 1, 2 et 3. Entre la mi-avril 2020 et décembre 2020, la troisième enquête a été poursuivie à distance depuis la France. Par la suite, un deuxième séjour de terrain a été effectué en Guinée, entre décembre 2020 et juin 2021. Durant ce séjour, les enquêtes 1 et 2 ont été poursuivies, et la quatrième enquête a été conduite. Les thèmes, périodes de réalisation, méthodes employées et lieux de ces enquêtes sont schématisés dans le tableau 1, ainsi que dans l'annexe 1.

Tableau 1 : Récapitulatif des enquêtes menées, des méthodes employées et des sites d'étude

Enquête	Période(s)	Méthodes	Sites
1 - Historique des politiques nationales en matière de santé communautaire et de surveillance des maladies	Janvier-Février 2020 ; Juin 2021	Entretiens semi-directifs - Discussions informelles Consultation d'archives Documentation et bibliographie	Conakry
2 - Pratiques de santé et de surveillance communautaires dans la préfecture de Macenta	Mars-Avril 2020 ; Décembre 2020-Juin 2021	Observations Entretiens semi-directifs - Discussions informelles	Préfecture de Macenta (Macenta-centre ; Sengbedou ; Sérédou)
3 - Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2)	Novembre 2019 - Février 2020 ; Avril 2020-Janvier 2021	Entretiens semi-directifs individuels et collectifs	Montpellier Conakry
4 - Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021	Mars 2020 - Juin 2021	Observations Entretiens semi-directifs - Discussions informelles	Conakry Gouécké N'Zérékoré Sérédou - Macenta

Au cours de ces quatre enquêtes, ce sont principalement des observations et des entretiens qui ont été réalisés, et un total de 80 interlocuteurs ont été rencontrés. Les pseudonymes et principales caractéristiques de ces personnes sont présentés à l'annexe 2, qui mentionne également les enquêtes pour lesquelles ils ont été sollicités, ainsi que des commentaires sur la méthode employée (certains entretiens ayant été menés avec des collègues).

Durant ces trois années passées en Guinée (dont une dans le cadre du doctorat), des observations de la vie courante (telles qu'au marché ou dans les transports collectifs), et des rencontres avec des personnes aux profils divers, ont également contribué aux connaissances sur le pays et son histoire, bien qu'elles ne soient pas détaillées ici.

2.2.1 Les enquêtes

⁸ Avant d'entamer cette thèse, j'ai été chargée de recherche au sein du projet PostEboGui « [Re]vivre après Ebola en Guinée », mené par l'unité TransVIHMI, et les équipes du CERFIG. Dans le cadre de ce projet, deux séjours de dix mois avaient été réalisés en Guinée (entre 2017 et 2019).

Nous allons maintenant décrire chacune des quatre enquêtes réalisées, en présentant leurs objectifs et leurs particularités méthodologiques. Pour toutes, les méthodes employées relèvent de méthodologies classiques en anthropologie, en accordant une attention particulière à l'approche ethnographique. Pour rappel, comme cela a été exposé dans le premier chapitre, l'anthropologie à travers l'ethnographie privilégie l'immersion auprès d'acteurs sociaux, dans l'objectif notamment de questionner leurs pratiques et leurs représentations :

« L'enquête de type anthropologique se veut au plus près des situations naturelles des sujets – vie quotidienne, conversations –, dans une situation d'interaction prolongée entre le chercheur en personne et les populations locales, afin de produire des connaissances in situ, contextualisées, transversales, visant à rendre compte du « point de vue de l'acteur », des représentations ordinaires, des pratiques usuelles et de leurs significations » (Olivier de Sardan, 1995 : 74).

Les méthodes des sciences sociales, et de l'anthropologie en particulier, ne sont pas figées (Desclaux et al., 2022). Dans ce travail, ce sont les observations participantes et les entretiens qui ont été privilégiés. Nous avons également eu recours à la consultation d'archives et de documentation bibliographique.

a) Enquête 1 : Historique et actualités des politiques nationales en matière de santé communautaire et de surveillance des maladies

Cette première enquête a été entamée lors du premier séjour et complétée en juin 2021 lors du deuxième terrain. L'objectif de celle-ci était de contextualiser les sujets abordés dans le cadre de la thèse, et plus précisément l'historique des stratégies et orientations politiques nationales en termes de santé communautaire et de surveillance des maladies depuis la période coloniale. Plusieurs méthodes ont été employées, et l'enquête a été réalisée à Conakry.

➤ *Les entretiens*

Des entretiens ont été menés auprès de sept acteurs du système de soin (un médecin et deux infirmiers, ayant connu la période de la politique des Soins de santé primaires déployée à la fin des années 1980), ainsi que trois fonctionnaires du Ministère de la santé travaillant au sein de deux organes du Ministère de la santé : la DNSCMT (Division nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle ; entité responsable de la mise en place de la PNSC), et l'ANSS. Un septième interlocuteur exerçait au sein du PNACC (Programme national d'appui aux communes de convergence), qui est un organe du Ministère de l'administration du territoire.

Ces personnes ont été contactées par interconnaissances, certaines ayant déjà été rencontrées lors d'une expérience antérieure de recherche en Guinée. Excepté pour deux personnes qui ont été conviées au CERFIG (et qui ont ainsi reçu des frais de dédommagement pour leur transport), les autres interlocuteurs ont été rencontrés sur leurs lieux de travail.

Ces personnes ont été sollicitées en raison de leur expertise personnelle et professionnelle vis-à-vis de l'historique des politiques sanitaires en Guinée. Afin de guider un peu les réponses, des recherches bibliographiques avaient été menées en amont sur l'historique du système de santé. La grille d'entretien élaborée, portait principalement sur :

❖ L'historique du système de santé en général ;

- ❖ L'historique plus précis des politiques de santé communautaire : sur la politique des SSP mise en place à la fin des années 1980 (son fonctionnement ; ses réussites et défailances) ; ainsi que sur la continuité de cette politique et les réalisations ultérieures ;
- ❖ L'organisation de la nouvelle PNSC établie en 2017 (les raisons de son élaboration ; ses objectifs ; son fonctionnement ; les avancées de sa mise en œuvre, etc) ;
- ❖ Le fonctionnement détaillé du système de surveillance des maladies au niveau national (historique ; organisation actuelle ; fonctionnement particulier de la SBC, etc) ;
- ❖ Les particularités institutionnelles du système de santé actuel (rôles, attributions des différentes institutions).

Les entretiens ont tous été enregistrés avec l'accord des participants, excepté l'un d'eux qui a davantage pris la forme d'une discussion informelle. Ils n'ont pas été réalisés à l'aide d'un tiers, et ont tous été conduits en français.

Les entretiens menés avec ces sept personnes se sont révélés assez riches pour couvrir cet historique, qui a été complété par des observations, et la consultation de sources bibliographiques et d'archives.

➤ *Les observations*

En parallèle à ces entretiens des observations ont été réalisées lors de deux évènements. Il s'agissait :

- ❖ Du premier forum international pour le financement durable de la sécurité sanitaire en Guinée, qui était organisé par l'ANSS, avec l'appui de l'OIM (Organisation internationale pour les migrations), de l'OMS, et du SNU (Système des Nations Unies). Il s'est tenu les 15 et 16 janvier 2020 à l'Hôtel Noom de Conakry ;
- ❖ De la réunion de la plateforme technique multisectorielle de la santé communautaire qui a eu lieu les 21 et 22 février 2020 dans un autre hôtel de la capitale. Cette réunion était organisée par la DNSCMT, et regroupait les acteurs de la DNSCMT et d'autres services du Ministère de la santé, ainsi que les organisations nationales et internationales partenaires dans la mise en œuvre des projets de santé communautaire. L'objectif de cette rencontre était de dresser un bilan de l'avancement de la PNSC, ainsi que des autres programmes et projets menés en santé communautaire.

Ces observations ont donné lieu à la rédaction de notes sur le vif, qui ont ensuite été compilées dans des comptes-rendus retranscrits.

➤ *La documentation et les ressources bibliographiques*

Afin de guider les entretiens, et de compléter les informations recueillies lors des échanges avec les acteurs sanitaires et les observations, des recherches et lectures bibliographiques ont été réalisées sur le sujet. Ces recherches portaient principalement sur les politiques menées en matière de santé communautaire, ainsi que sur les agents communautaires (notamment à propos de l'historique de leur déploiement, en Guinée et ailleurs), et sur le système de surveillance en Guinée (qui a fait l'objet de peu d'études avant l'apparition d'Ebola).

Par ailleurs, des interlocuteurs de l'ANSS et de la DNSCMT ont partagé des documents institutionnels qui n'étaient pas accessibles sur internet, et qui ont constitué des données intéressantes pour cette enquête.

➤ *La consultation d'archives*

Les données recueillies lors du premier séjour de terrain ont été complétées en juin 2021 lors d'une matinée consacrée à la consultation de documents aux Archives nationales de Guinée (situées à Conakry). Avec l'accord des employés des Archives, les documents jugés pertinents pour cette enquête ont été photographiés afin de pouvoir les consulter plus attentivement ensuite. Certains passages de ces documents ont été retranscrits dans le texte final de la thèse, et leurs références précises sont toujours mentionnées en notes de bas de page. Ces archives datent principalement de la période coloniale, car peu de documents ont été conservés par la suite (excepté dans des archives privées), ce qui est relevé par Safiatou Diallo dans son ouvrage sur l'histoire du système de santé en Guinée (S. Diallo, 2021).

Les résultats de cette première enquête font l'objet des chapitres 3 et 4 de la thèse.

b) Enquête 2 : Pratiques de santé et de surveillance communautaires dans la préfecture de Macenta

La deuxième enquête est la première qui a été réalisée à l'intérieur du pays, dans la préfecture de Macenta. Le choix de cette préfecture a été motivé par deux facteurs :

- ❖ Le fait qu'elle ait été l'une des premières préfectures touchées par l'épidémie d'Ebola en 2013-2016, et qu'il semblait ainsi intéressant d'y travailler sur les mesures actuelles de surveillance et de détection précoce des épidémies ;
- ❖ Ainsi que pour des facilités d'accès au terrain et de mise en relation sur place grâce à des connaissances rencontrées lors de précédents séjours dans la préfecture ; et car une équipe d'écologues du CERFIG (qui travaillaient dans le projet EboSursy, mené par le CIRAD) y réalisaient alors des missions régulières depuis plus d'un an : grâce à eux il a été plus facile d'effectuer un séjour dans un village (Palia).

Cette enquête a été menée en mars 2020, et poursuivie lors du deuxième séjour en avril et mai 2021. Comme pour la première, la méthode employée reposait surtout sur des entretiens et des observations. Elle a été réalisée à Macenta, dans trois localités de la préfecture (Macenta-centre, Sengbedou-centre, Palia).

➤ *Les entretiens*

Pour cette enquête, des entretiens ont été menés avec trois acteurs institutionnels, dont un travaillait à l'Hôpital préfectoral et deux au sein de la Direction préfectorale de la santé (DPS) de Macenta. Ces trois personnes ont été rencontrées sur leurs lieux de travail. Ces échanges ont porté principalement sur :

- ❖ Les interventions menées au niveau préfectoral dans le cadre de la préparation aux épidémies (ainsi que sur les stratégies de riposte en période épidémique) ;
- ❖ Les expériences de ces acteurs dans la lutte contre l'épidémie d'Ebola (2013-2016) ;

- ❖ Les stratégies de santé communautaire et de surveillance des maladies dans la préfecture.

Des entretiens ont également été réalisés auprès d'acteurs de la sous-préfecture de Sengbedou, et de la commune urbaine de Bowa. La sous-préfecture de Sengbedou a été choisie comme lieu d'enquête car elle est la seule sous-préfecture de Macenta couverte par la PNSC. A Sengbedou, ce sont le chef-lieu de la sous-préfecture (Sengbedou-centre) et deux villages qui ont été visités : Palia (durant une semaine) et Sangolomai (une journée).

La commune de Bowa est un quartier de la ville de Macenta. Cette localité a été sélectionnée comme élément de comparaison, s'agissant d'une commune dans laquelle les missions des agents communautaires ne font pas l'objet d'un contrat officiel (elle n'est pas couverte par la PNSC), et d'une commune urbaine (et non rurale comme Sengbedou).

Les acteurs rencontrés dans ces deux localités étaient des professionnels de santé et des agents communautaires, dont certains étaient RECO et d'autres non (que nous nommerons « AC », en référence aux agents communautaires non RECO). Etant donné que le centre de santé est la structure qui est le pilier de la PNSC au niveau local, il était pertinent d'interroger des membres du personnel des centres de santé auxquels étaient rattachés les RECO et AC rencontrés. Quatre professionnels de santé titulaires et cadres dans les centres de santé de Sengbedou et Bowa, et du poste de santé de Sangolomai (le village le plus proche de Palia) ont ainsi été sollicités pour des échanges qui ont porté sur :

- ❖ L'intégration, le statut, les missions des RECO ou AC au sein du centre de santé ;
- ❖ Les activités du centre/poste de santé en matière de préparation aux épidémies (expériences de notification de cas suspects de MPE ; système de surveillance) ;
- ❖ Les interventions courantes du centre/poste de santé (motifs des consultations ; fonctionnement de la structure ; profil du personnel ; difficultés et réussites, etc) ;
- ❖ Leurs impressions quant à la riposte aux épidémies de Covid-19 et de MVE (en période épidémique).

Ces professionnels de santé ont été contactés par le biais d'acteurs de la DPS de Macenta.

Entre Bowa, Sengbedou-centre et Palia, sept agents communautaires ont également été rencontrés. Trois d'entre eux étaient RECO (dont deux exerçaient à Sengbedou-centre et un dans le village de Palia), et les autres étaient agents communautaires rattachés au centre de santé de Bowa. A Palia, le RECO a été sollicité par l'entremise de l'équipe d'EboSursy, et dans les autres localités les AC et RECO ont été contactés par le biais des directeurs de centres de santé (qui sont leurs supérieurs hiérarchiques).

Les entretiens réalisés avec ces acteurs communautaires ont concerné principalement :

- ❖ Les conditions dans lesquelles ils ont été recrutés ou sélectionnés ; les formations reçues ; leurs missions officielles en tant que RECO ou AC ;
- ❖ Leurs expériences dans la notification de maladies sous surveillance et la réalisation de la SBC : formations ; expériences lors d'épidémies antérieures ; expériences de notification dans le cadre de la préparation aux épidémies ; protocole à suivre en cas de détection d'un cas suspect de MPE, etc ;
- ❖ Les conditions matérielles nécessaires et disponibles pour la réalisation de leurs tâches (outils mis à leur disposition ; salaire ou prime) ;

- ❖ Leur intégration au sein du centre de santé et du système de santé au sens large (supervision ; contacts avec les supérieurs hiérarchiques) ;
- ❖ Leurs ressentis vis-à-vis des activités et de la politique de santé communautaire (interventions adaptées ou non ; réussites et difficultés perçues) ;
- ❖ Leurs relations avec les populations.

Une grande partie de ces entretiens n'ont pas été enregistrés, et il s'agissait davantage de discussions informelles (ayant toutefois abouti à des prises de notes, avec l'accord des interlocuteurs). Lorsque le contexte était plus favorable à la réalisation d'entretiens plus longs, notamment lors des échanges avec les RECO et AC, ils ont été enregistrés avec leur accord. Ces entretiens ont tous été menés en français.

Certains des acteurs rencontrés lors du premier séjour de terrain ont été revus en mai 2021, au cours du deuxième séjour. A cette occasion, l'ancien RECO de Palia (qui avait démissionné entre temps) a été rencontré à Sérédou (une autre sous-préfecture de Macenta) où il résidait et tenait désormais une pharmacie et un lieu de soins non officiel (dans laquelle des observations ont été réalisées, mais n'ont pas été exploitées dans le cadre de la thèse). Lors de cette deuxième rencontre les échanges ont porté en grande partie sur les raisons qui ont poussé le RECO à quitter ses fonctions, et ses nouvelles activités.

➤ *Les observations*

Cette enquête a également donné lieu à des observations lors d'un évènement organisé par la DPS de Macenta : le Comité technique préfectoral de la santé (CTPS) de Macenta, organisé du 11 au 13 mars 2020. Il s'agit d'une réunion biannuelle qui regroupe tous les acteurs du système de santé au niveau préfectoral (les chefs des structures sanitaires, les acteurs de la DPS ou des ONG intervenant dans la préfecture), et durant laquelle de nombreuses présentations ont été faites. Cet évènement a permis d'avoir un portrait global des actualités et des défis des questions sanitaires dans la préfecture.

Des observations ont également été menées lors des visites aux centres de santé de Sengbedou et de Bowa, et au poste de santé de Sangolomai. Ainsi que lors du séjour au village de Palia : notamment au cours de consultations médicales réalisées par le RECO, de la réalisation des CPN (consultations prénatales) et de la vaccination des enfants dans le village ; et lors de scènes de la vie courante.

Les résultats de cette deuxième enquête sont principalement exploités dans les chapitres 5 et 6.

c) Enquête 3 : Enjeux éthiques de l'annonce de résultats sérologiques (Ebola et SARS-Cov-2)

La troisième enquête s'est déroulée en deux étapes, car elle a concerné premièrement les enquêtes de séroprévalence réalisées pendant la première épidémie d'Ebola, et les enjeux de l'annonce de leurs résultats au niveau individuel, puis elle a été élargie à ces mêmes enjeux dans le cadre d'enquêtes de surveillance sérologique réalisées dans le contexte de la riposte au Covid-19. Ces deux parties de l'enquête seront présentées distinctement.

➤ *L'étude sur les résultats sérologiques Ebola*

Cette première partie de l'enquête a eu lieu entre novembre 2019 et février 2020. Elle visait à explorer les enjeux éthiques de résultats d'enquêtes sérologiques menées après la première épidémie

d'Ebola auprès de personnes déclarées guéries, et de personnes ayant été en contact rapprochés avec des cas confirmés lors de l'épidémie. Les résultats qui ont retenu particulièrement l'attention de cette enquête étaient les ceux qui présentaient une contradiction avec le vécu des personnes (comme cela sera abordé plus en détail dans le chapitre concerné). L'objectif de cette enquête était de faire état des effets (négatifs ou positifs) que pourraient avoir l'annonce de ces résultats aux personnes concernées, et elle a ainsi pris la forme d'une enquête d'opinion réalisée auprès d'acteurs aux profils divers.

Comme il s'agissait de recueillir les avis ou opinions d'un échantillon diversifié de personnes, cette enquête n'a été menée qu'au moyen d'entretiens. Entre les mois d'octobre 2019 et février 2020, 24 personnes ont ainsi été interrogées, exclusivement à Conakry. Ces interlocuteurs ont été choisis car ils avaient une expérience relative : à Ebola (personnes déclarées guéries de la MVE, professionnels de santé auparavant engagés dans la riposte) ; à l'annonce médicale (tels que des médecins et autres professionnels de santé) ; ou à l'éthique (en particulier des membres du CNERS). Près de la moitié (11 personnes) étaient des survivants déclarés de la MVE (qui n'étaient pas concernés par les résultats contradictoires), dont quatre étaient également professionnels de santé (trois infirmiers et un médecin). Il y avait parmi ces 24 personnes, cinq autres médecins, ainsi qu'un pharmacien, deux psychiatres, deux épidémiologistes, une anthropologue, un biologiste, et un cas contact séropositif informé de son résultat. Quatre interlocuteurs étaient membres du CNERS, huit avaient travaillé dans des recherches cliniques sur la MVE, et deux avaient exercé dans des CTE au cours de l'épidémie.

Ces interlocuteurs ont été contactés par différents moyens : au sein du réseau professionnel proche ou par relations interposées pour les professionnels du système de santé ; et par le biais de l'ancien médiateur du projet PostEboGui pour les personnes déclarées guéries de la MVE⁹. Certains enquêtés ont été rencontrés à leur domicile ou sur leur lieu de travail, et d'autres au CERFIG, selon leurs convenances personnelles. Les personnes interrogées qui étaient auparavant incluses dans la cohorte PostEboGui ont été remboursées de leur frais de transport pour leur participation à l'entretien lorsqu'elles se sont déplacées, en accord avec l'ancienne politique du projet.

Dix participants ont été interrogés en entretiens de groupe (*focus group*). Nous avons ainsi organisé, avec l'ancien médiateur du projet PostEboGui, deux groupes qui ont rassemblé chacun trois personnes guéries de la MVE. Le recours à cette méthode a été motivé par la volonté de créer un espace d'échanges et de discussions entre différentes personnes ayant une expérience similaire par rapport à Ebola, mais pouvant avoir des opinions différentes vis-à-vis de l'annonce de ces résultats. Deux personnes anciennement dans l'équipe du projet PostEboGui ont également été interrogées en binôme, ainsi qu'une personne guérie et son contact séropositif. Le reste des personnes interrogées (14) ont été rencontrées individuellement.

Durant les entretiens avec les personnes guéries l'ancien médiateur a toujours été présent. Celui-ci entretient de très bonnes relations avec les anciens patients de la cohorte, et il était particulièrement intéressé par le déroulement et les résultats de cette enquête d'opinion (le sujet ayant fait débat dans l'équipe du projet PostEboGui). Sa participation aux entretiens avait ainsi plusieurs avantages, puisqu'elle lui donnait la possibilité d'une part de s'investir dans cette recherche qui l'intéressait, et permettait que les personnes soient plus à l'aise grâce à sa présence. Nous avons co-construit la grille

⁹ L'ancien médiateur est la seule personne à avoir les numéros de téléphone des anciens participants au projet, puisque les dossiers archivés étaient anonymisés pour des raisons de confidentialité dans le cadre des dispositions éthiques de ce projet de recherche.

d'entretien de cette enquête, et sa participation était libre lors des entretiens (il pouvait intervenir lorsqu'il le souhaitait).

Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants. Les principaux thèmes de la grille d'entretien étaient les suivants :

- ❖ Observations générales sur les pratiques d'annonce médicale en Guinée (communication patient/médecin ; annonce de diagnostic/résultats ; expériences des praticiens/patients) ;
- ❖ Expériences et formations des professionnels de santé sur l'annonce de résultats/diagnostic ;
- ❖ Avis sur la pertinence et les modalités d'annonces de diagnostic présumées difficiles : Maladie grave sans traitement ; Maladie grave avec traitement ; Annonce contredisant un diagnostic antérieur ;
- ❖ Opinions sur l'annonce aux personnes présumées guéries d'Ebola séronégatives et aux cas contacts séropositifs¹⁰ : pertinence de l'annonce ; modalités de l'annonce ; effets potentiels de l'annonce.

La trame de la grille d'entretien a été en partie adaptée à chaque interlocuteur, selon le profil de la personne interrogée.

➤ *L'enquête sur les études de séroprévalence pour le SARS-Cov-2*

Dans un deuxième temps, les objectifs de cette troisième enquête ont été élargis à la riposte à la pandémie de Covid-19 et aux études de surveillance sérologiques qui allaient être réalisées en population à Conakry (Etard et al., 2020). La déclaration de la pandémie ayant raccourci le premier séjour de terrain en Guinée, cette enquête a été réalisée à distance entre les mois d'avril et décembre 2020. L'objectif initial était de réfléchir à une démarche à adopter face à l'occurrence éventuelle de résultats sérologiques contradictoires (comme cela avait été le cas pour la MVE), et d'interroger des personnes expertes sur leurs opinions quant à l'annonce de ces résultats. Plus globalement, il était question de leur demander leurs avis quant à l'annonce de résultats virologiques (visant à détecter une infection active) ou sérologiques du SARS-Cov-2, de n'importe quelle nature (indéterminé, négatif, positif). Comme pour la première partie de l'enquête, celle-ci a été réalisée au moyen d'entretiens.

Au total, 13 personnes ont été interrogées au cours de cette enquête, dont dix à distance (par téléphone) et trois en face à face (deux à Montpellier, un à Conakry). Parmi ces 13 personnes, six n'avaient pas été entrevues dans la première enquête, et elles ont été sollicitées car elles étaient engagées dans la riposte au Covid-19, ou car elles avaient été testées en tant que cas suspects. Il y avait parmi eux deux médecins impliqués dans la prise en charge des cas de Covid-19, deux virologues, deux épidémiologistes, un biologiste, un expert d'une grande institution de la santé globale, un expert impliqué dans un projet menant des enquêtes de séroprévalence à Conakry, ainsi que trois personnes testées positives et hospitalisées en CT-EPI, et une personne testée négative au début de l'épidémie. Là encore, le réseau personnel et les expériences professionnelles antérieures ont facilité la prise de contact avec les interlocuteurs. Il était toutefois moins évident de solliciter des personnes à distance, et un certain nombre de personnes contactées n'ont pas répondu.

¹⁰ A propos des résultats de sérologie contradictoire pour la MVE, nous n'avons pas indiqué aux interlocuteurs que de tels résultats avaient eu lieu dans le cadre du projet PostEboGui (cette information étant jugée sensible) mais dans un projet mené en Sierra Léone qui avait obtenu des résultats similaires : voir Halfmann et al., 2019).

Une nouvelle grille d'entretien a été élaborée pour la deuxième partie de cette enquête. Elle a été modifiée au fur et à mesure de la parution de données scientifiques sur la sérologie de ce virus et l'interprétation de ces résultats, qui était au départ peu stabilisée. Un travail de documentation était réalisé en parallèle, en particulier sur le catalogue de ressources scientifiques *PubMed* ; et au moyen d'une veille scientifique réalisée sur le site internet de la revue *The Lancet*. Dans sa version finale, la grille d'entretien portait principalement sur ces points :

- ❖ Organisation du processus de tests virologiques de Covid-19 (de la réalisation des tests, à l'analyse aux laboratoires, jusqu'au rendu des résultats : attention particulière aux modalités d'annonce d'un diagnostic positif ou négatif) ;
- ❖ Fonctionnement des investigations, et plus globalement de la surveillance autour des cas suspects et confirmés de Covid-19 ;
- ❖ Expériences de prise en charge des cas confirmés ;
- ❖ Impressions générales sur la riposte et l'épidémie de Covid-19 en Guinée ;
- ❖ Avis sur l'annonce des résultats d'enquêtes de séroprévalence, et modalités d'annonce prévues par les organisations réalisant ces enquêtes.

Ainsi, les informations récoltées lors des entretiens ne concernaient pas que l'annonce des résultats mais aussi la prise en charge des cas confirmés, le fonctionnement global de la riposte, et l'organisation des équipes chargées d'investiguer les cas positifs. Les données qui concernaient la riposte à l'épidémie de Covid-19 en Guinée ont été exploitées dans la quatrième enquête.

Les résultats de cette troisième enquête sont présentés dans le neuvième chapitre.

d) Enquête 4 : Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021

Comme l'enquête précédente, la quatrième enquête est divisée en deux volets : un premier qui a concerné les stratégies de surveillance et de santé communautaire dans le cadre de la riposte au Covid-19, et un second sur ces mêmes sujets dans le contexte de l'épidémie d'Ebola survenue en 2021. Ces deux volets seront présentés l'un après l'autre.

➤ *L'enquête sur la riposte au Covid-19*

Cette enquête a été motivée par la déclaration de l'épidémie de Covid-19 en Guinée en mars 2020. Elle a été réalisée au moyen d'observations, d'entretiens et d'une veille médiatique et scientifique.

Les observations ont été menées au tout début de l'épidémie (entre mi-mars et mi-avril 2020), avant que le retour du premier séjour de terrain ne soit anticipé ; et lors du deuxième séjour (entre décembre 2020 et juin 2021). Entre ces deux périodes, des « observations » à distance ont continué à être menées grâce au visionnage des conférences de presse hebdomadaires de l'ANSS (qui étaient retransmises sur la page Facebook de l'agence). A partir de décembre 2020 et jusqu'à la fin du deuxième séjour, des observations ont ensuite été réalisées lors de nombreuses réunions épidémiologiques organisées de manière hebdomadaire par l'ANSS (où interviennent aussi des représentants d'autres organisations sanitaires). Ces réunions ont également permis d'échanger de manière informelle avec des acteurs sur certains aspects de la riposte.

Des entretiens ont également été menés auprès de deux personnes (qui avaient été rencontrées au cours de la première enquête) :

- ❖ Un cadre rencontré à la DNSCMT, avec lequel les échanges ont principalement porté sur : les interventions menées dans le cadre de l'épidémie par la DNSCMT, et plus particulièrement les missions confiées aux agents communautaires ; ainsi que sur les actualités de la PNSC) ;
- ❖ Un expert de l'ANSS, interrogé sur : les interventions menées par l'ANSS dans le cadre de la riposte à l'épidémie, et plus spécifiquement les activités liées à la SBC.

Une veille médiatique a également débuté dès la déclaration de l'épidémie pour recenser et conserver les actualités liées à l'épidémie. Elle était menée sur trois quotidiens guinéens accessibles en ligne, de divers bords politiques : *Médiaguinée* (d'une obédience plutôt proche du pouvoir), *Guinée matin* (un journal relativement neutre) et *Guinée news* (davantage un média de l'opposition). Cette veille a été poursuivie jusqu'à la fin de la rédaction, mais sans la rigueur du départ qui consistait à recueillir et recenser dans un logiciel bibliographique (Zotero) et dans un fichier Excel servant de chronogramme tous les articles liés à la riposte à l'épidémie. Durant les derniers mois de ce travail cette veille visait davantage à rester informée des actualités sanitaires et politiques du pays.

En parallèle, une veille scientifique a été réalisée, comme cela a été évoqué plus haut. Les sites internet de la revue *The Lancet*, et de l'OMS, étaient régulièrement consultés afin de repérer les articles pertinents paraissant sur les questions de surveillance et de réponse communautaire à l'épidémie.

➤ *L'enquête à propos de la riposte à l'épidémie d'Ebola de 2021*

Comme cela a été mentionné plus haut, une deuxième épidémie d'Ebola a été déclarée en Guinée le 14 février 2021, au cours du deuxième séjour de terrain. Cet événement inattendu a engendré de nouveaux objets de recherche, et dès la première semaine une enquête sur les stratégies de surveillance a débuté à Conakry (car l'un des premiers cas avait été testé, confirmé et pris en charge dans la capitale), après l'obtention de l'accord de la Direction communale de la santé de la ville de Conakry (DSVCO). Par interconnaissance, un agent affecté au suivi des cas contacts dans une commune de la capitale a rapidement été rencontré, et l'enquête s'est orientée autour de sa mission.

Au mois d'avril, l'enquête sur la riposte à l'épidémie a été poursuivie dans la région épicentre, plus précisément à Gouéké et N'Zérékoré, lors d'une mission collective ayant regroupé treize chercheurs juniors (donc cinq étaient des étudiants originaires de la région de N'Zérékoré) et séniors. La méthodologie adoptée était particulière puisqu'il est plutôt rare pour des anthropologues de mener des recherches collectives. Cette équipe était composée d'agents du CERFIG, de l'IRD et du RKI (*Robert Koch Institute*). Elle était intégrée à la Cellule d'analyse de la riposte, qui rassemblait des acteurs provenant de diverses institutions nationales et internationales : ANSS, OMS, UNICEF, Croix- Rouge, OIM¹¹. Cette mission a bénéficié du soutien financier de l'UNICEF, et de Terre des Hommes, une ONG ayant impliqué des RECO dans la riposte. Nous avons formé quatre équipes, chacune ayant un sujet d'étude particulier¹². Mes collègues (Moriba Maomy, étudiant en anthropologie, et Pr. Moustapha

¹¹ L'objectif de cette Cellule était de mettre en lien plusieurs disciplines (au premier rang desquelles figurait l'épidémiologie et l'anthropologie) pour enquêter sur les effets de la riposte à l'épidémie sur les populations, ainsi que sur les facteurs d'aggravation ou de réussite de celle-ci.

¹² Une équipe a travaillé sur l'origine de l'épidémie, une autre a étudié les effets de l'épidémie sur les itinéraires de soin à Gouéké, et une troisième était chargée de mener une enquête auprès des personnes ayant survécu à

Keïta Diop, Professeur en anthropologie à l'Université Sonfonia de Conakry) et moi-même avons enquêté auprès des acteurs communautaires de l'épidémie (impliqués dans le cadre de l'engagement communautaire), ainsi que sur le suivi des cas contacts (afin de poursuivre l'enquête commencée à Conakry). Cette enquête a duré près d'un mois, et durant les deux premières semaines nous étions basés à Gouécké avec les autres équipes, puis nous sommes allés à N'Zérékoré durant les dix derniers jours¹³. A Gouécké, nous logions dans une maison commune avec les membres des autres équipes, et nous organisions des réunions collectives tous les soirs afin d'échanger sur nos observations de la journée.

L'enquête menée entre ces trois localités (Conakry, Gouécké, N'Zérékoré) était basée sur des entretiens et des observations. Ainsi, à Conakry, des entretiens ont été menés auprès de cinq cas contacts et leur agent de suivi, et auprès de deux experts de la riposte (l'un officiant dans une institution sanitaire internationale, l'autre à l'ANSS).

A Gouécké et N'Zérékoré, 23 interlocuteurs ont été rencontrés pour des entretiens. Il s'agissait de : huit RECO ; onze agents de santé affectés au suivi des cas contacts ou à la tenue des points de contrôle sanitaire (PCS), et deux de leurs superviseurs directs ; ainsi que deux leaders communautaires. Nous avons également échangé de manière informelle avec d'autres acteurs, dont six experts mobilisés par des institutions internationales. Ces interlocuteurs ont été rencontrés par des moyens différents : les RECO ont principalement été contactés par le biais de l'ONG qui les a mobilisés ; les experts de la riposte ont été abordés au cours de visites à la DRS de N'Zérékoré, ou lors d'évènements ; et certaines personnes ont été rencontrées grâce à nos collègues qui nous ont mis en relation avec elles, ou par interconnaissances (Moriba Maomy ayant des connaissances dans ces deux localités). Lors des entretiens menés en binôme, lorsque les interlocuteurs étaient plus à l'aise avec le fait de s'exprimer en langues locales (*kpelle*¹⁴, principalement), Moriba effectuait une traduction simultanée. Nous avons principalement rencontré ces personnes dans des lieux de leur choix (sur leurs lieux de travail, à leur domicile ou à des endroits neutres). A la fin des entretiens nous avons parfois donné une rétribution financière aux personnes rencontrées, principalement les RECO, mais sans que cela ne fasse l'objet d'une formalité (l'échange d'argent étant fréquent dans cette région, cela constituait un acte courant).

Les échanges avec les acteurs communautaires ont concerné :

- ❖ Leur profil : leur activité professionnelle habituelle ; les éventuelles expériences antérieures dans le domaine de la mobilisation sociale ;
- ❖ Leurs motivations à s'engager dans la riposte ; et les conditions dans lesquelles ils ont été impliqués ;
- ❖ Les conditions matérielles de la réalisation de leurs tâches au sein de la riposte (salaire ou prime ; moyens matériels) ; les réussites ou difficultés de celles-ci ;
- ❖ Leurs impressions vis-à-vis de l'épidémie, de la lutte contre celle-ci ; plus précisément leurs impressions quant à la mobilisation sociale.

la première épidémie dans la région, afin de réaliser une ethnographie de leur quotidien depuis cette expérience. Pour plus d'informations voir : (Le Marcis & Mari-Saez, 2021)

¹³ A Gouécké, nous avons travaillé en binôme avec Moriba Maomy, puis nous avons ensuite été rejoints à N'Zérékoré par Pr. Moustapha Keïta Diop. Certains entretiens ont été menés à deux, et d'autres seule. Je précise d'ailleurs que dans les résultats présentés au sein de cette thèse, je ne mentionne que les entretiens et observations que j'ai personnellement réalisés.

¹⁴ La langue *kpelle* est parlée par l'ethnie des Guerzés (aussi, elle est parfois désignée comme « guerzé »).

Les entretiens avec les agents de suivi et les cas contacts ont repris les éléments susmentionnés de la grille élaborée pour les acteurs communautaires, auxquels ont été ajoutées des questions sur :

- ❖ Le fonctionnement du suivi des cas contacts au quotidien (déroulement des visites ; relations entre agents de suivi et cas contacts) ;
- ❖ Les formations et impressions des agents de suivi à propos de la réalisation de leur mission ;
- ❖ Les conditions et les effets de l'isolement des cas contacts (impacts sur la vie professionnelle/ sociale ; mesures de protection mises en place ; éventuelles expériences en tant que cas suspect).

Au cours des discussions avec les experts, ce sont principalement leurs missions au sein du dispositif et leurs représentations vis-à-vis de la riposte à l'épidémie (en termes de réussites, d'échecs, ou de difficultés) qui ont été abordées, ainsi que leurs représentations vis-à-vis de l'implication d'acteurs communautaires dans la riposte.

En parallèle à ces entretiens, des observations ont pu être réalisées au cours de plusieurs réunions institutionnelles, ainsi qu'au cours des échanges avec les différents acteurs, plus précisément lors de :

- ❖ Diverses réunions des commissions laboratoire et surveillance de la riposte à la MVE ; et lors de plusieurs réunions épidémiologiques hebdomadaires de l'ANSS ;
- ❖ La réunion de coordination des DCS de Conakry le 23 février 2021 ;
- ❖ La formation des agents de suivi des cas contacts de MVE le 23 février 2021 ;
- ❖ La vaccination des cas contacts de MVE d'une commune de Conakry le 25 février 2021 ;
- ❖ Deux tournées de suivi des cas contacts d'une commune de Conakry (25 et 27 février 2021) ;
- ❖ La messe de Pâques dans un temple de Gouécké (4 avril 2021) ;
- ❖ La vaccination des cas contacts à N'Zérékoré (5 avril 2021) ;
- ❖ Une séance de sensibilisation des leaders communautaires à Gouécké (6 avril 2021) ;
- ❖ D'observations à un point de contrôle sanitaire à Gouécké (12 avril 2021) ;
- ❖ D'observations à la DRS et à l'Ecole de soins de santé communautaire (ESSC) de N'Zérékoré (17 avril 2021) ;
- ❖ Du suivi des cas contacts à N'Zérékoré (20 avril 2021).

Il est souvent reproché à l'anthropologie de pas réagir « à chaud » (Fassin, 2021 : 20), notamment pendant les épidémies, car elle nécessite un certain recul (et donc du temps) pour développer une analyse critique des phénomènes qu'elle étudie (Desclaux & Anoko, 2017). Cette quatrième enquête a permis de concilier ces deux approches de l'anthropologie (celle de l'urgence, et l'autre du temps long), puisque nous avons mené une enquête « à chaud » - dont nous avons d'ailleurs présenté les résultats préliminaires lors d'une réunion à la DRS de N'Zérékoré à la fin de notre mission. Par la suite, un rapport final de la mission a été rédigé et publié (Le Marcis & Mari-Saez, 2021). Les résultats présentés dans cette thèse ont pu bénéficier d'une analyse plus longue, qui a permis d'affiner les premières pistes de réflexion. Ils sont principalement exposés dans les chapitres 7 et 8 de la thèse.

2.2.2 Traitement et analyse des données

Les entretiens et observations réalisés au cours de ces différentes enquêtes ont été retranscrits dans des fichiers informatiques. Dans le cas des entretiens enregistrés, la retranscription a été fidèle aux propos des interlocuteurs. Au cours de l'enquête 3, quatre entretiens collectifs ont été réalisés. Dans ce cas, les entretiens ont été retranscrits en entier, puis individualisés, ce qui a donné lieu à plusieurs retranscriptions (une retranscription fidèle à l'entretien collectif, et une retranscription individualisée par interlocuteur).

Certains entretiens qui n'ont pas été enregistrés ont été résumés sous forme de comptes-rendus rapidement après leur réalisation. Ces comptes-rendus étaient basés la plupart du temps sur des notes prises pendant les échanges dans un petit carnet. Certaines situations d'observations ou d'entretiens n'ont pas permis une prise de notes simultanée, pour des raisons matérielles (lors de déplacements à moto par exemple), ou car cela n'était pas souhaitable et aurait pu perturber les interlocuteurs, parfois déjà un peu mal à l'aise (par exemple lors des premières visites de suivi chez des personnes identifiées comme cas contacts de MVE). Dans de pareils cas, la prise de notes a eu lieu le plus tôt possible après les interactions (sur téléphone ou dans un carnet). Par la suite, ces notes ont servi de bases pour rédiger des comptes-rendus détaillés, en veillant à ce qu'ils soient le plus fidèles possible aux observations réalisées. Après retranscription, tous les documents ont été anonymisés, nettoyés (relecture fine) et compilés dans des rapports de données (un par enquête).

L'analyse des données a été réalisée au moyen d'un codage thématique des fichiers texte (observations et entretiens) à l'aide de l'application en ligne Dedoose¹⁵. Celle-ci permet, grâce à un système de création de codes (que l'on peut aussi nommer thèmes), auxquels peuvent être attribués des sous-codes (sous-thèmes), de procéder lors de la lecture à l'attribution de codes (ou thèmes, donc) à une citation particulière (en sachant qu'une citation peut comporter autant de caractères, phrases ou lignes que possible, et qu'une citation peut être attribuée à divers codes). Le codage thématique des observations et entretiens a été réalisé de manière répétée : une première fois pour établir une liste de thèmes et sous-thèmes principaux ; suivi d'une seconde et d'une troisième fois pour relire et affiner le codage effectué. Avec Dedoose, il est ensuite possible d'exporter les codes et leurs citations dans un fichier texte, et de cette manière un rapport de codage a été élaboré pour chacune des enquêtes.

Le codage thématique permet un premier niveau d'analyse en faisant ressortir les thèmes principaux d'une enquête. Pour affiner cette analyse de « premier degré », les données ont ensuite été « confrontées » (selon l'expression couramment employée) à la littérature scientifique. Tout au long de l'élaboration de ce travail, une veille bibliographique a été réalisée (certains thèmes ayant fait l'objet d'une veille régulière, et d'autres ayant été ajoutés au fur et à mesure des enquêtes). Afin de faciliter la gestion et l'utilisation des références bibliographiques le logiciel Zotero a été utilisé. Les recherches bibliographiques ont été réalisées en français et en anglais, sur des catalogues spécialisés en santé (*PubMed*), en sciences humaines et sociales (*Cairn*), et sur des outils de recherche plus généraux (*Web of science* ; *Google Scholar*). Par ailleurs, les revues spécialisées suivantes ont été régulièrement consultées : *Global public health* ; *Santé publique* ; *The Lancet* ; *Developing world bioethics* ; *Somatosphere* ; *Social science and medicine* ; *Anthropologie et santé* ; *Journal of community health* ; *Medical Anthropology Quarterly*.

¹⁵ Pour davantage d'informations voir : <https://www.dedoose.com/home/features> ; ou encore (Salmona et al., 2019).

2.2.3 Valorisation de la thèse

A partir des données de ce travail de doctorat, des communications ont été réalisées, et deux articles sont en cours de soumission.

Avant la première enquête de terrain, le projet doctoral a été exposé lors d'une communication à la journée d'études « Anthropologie et épidémies émergentes. Après la recherche : Partager, Transmettre, Connecter, Approfondir » (IRD, RAEE - Réseau d'anthropologie des épidémies émergentes) le 18 septembre 2019 à Montpellier. Cette communication s'intitulait « La surveillance communautaire des maladies en Guinée, quelle éthique ? ».

La première enquête a donné lieu à une communication dans le cadre du séminaire Sciences sociales de Guinée (3SG) le 2 juin 2021 au Centre international de recherche et de documentation de Conakry, qui était intitulée « Des soins de santé primaires à Ebola : historique et actualités de la santé communautaire en Guinée ».

La quatrième enquête a fait l'objet d'un article en cours de corrections et de soumission, ainsi que d'une présentation au cours de l'atelier doctoral Santé, Sciences, Globalisation de l'Ecole des Hautes Etudes en sciences sociales, à Paris le 15 mars 2022 sur le thème « L'engagement communautaire et la riposte aux épidémies : réflexions sur la réponse à la deuxième épidémie d'Ebola en Guinée (Février-Juin 2021) ». Cette enquête a également été présentée lors d'une intervention au Master 2 Eco-épidémiologie de l'Université de Montpellier le 15 octobre 2021. Une partie de ces résultats ont également fait l'objet d'une deuxième intervention au sein de ce même Master le 15 novembre 2022.

Enfin, un article a été rédigé à propos des résultats de l'enquête 3. Il est en cours de révision¹⁶, et s'intitule « Quand la sérologie contredit le vécu de la maladie : Ethique, recherche et annonce à propos d'Ebola en Guinée ».

2.3 Difficultés méthodologiques et réflexivité

Cette dernière partie est consacrée à la présentation des difficultés qui ont pu être rencontrées lors du déroulement des enquêtes, qu'il s'agisse d'éléments externes ou internes à celles-ci. Des réflexions sur la posture adoptée sont exposées en conclusion.

2.3.1 Des évènements qui ont bousculé la réalisation des enquêtes

Comme cela a été évoqué dans la description des enquêtes, l'actualité sanitaire a parfois constitué un frein au bon déroulement de celles-ci. Il en a été de même de l'actualité politique.

Lors du premier séjour de terrain (novembre 2019 - avril 2020), le départ pour la région forestière a été retardé à deux reprises en raison d'un mouvement social d'ampleur nationale¹⁷ qui rendait les

¹⁶ Lors de la finalisation de la version de soutenance du manuscrit de thèse (décembre 2022), il venait d'être accepté par la revue *Santé publique* suite au processus de révision.

¹⁷ Ce mouvement était porté par le Front national de défense de la constitution, et faisait suite à la proposition du Président d'alors (Alpha Condé) de procéder à un changement de constitution, dans le but plus ou moins assumé, de pouvoir à terme se présenter pour un troisième mandat (Châtelot, 2020). Le départ en région forestière était également retardé par le calendrier électoral et le fait que les élections législatives ont été reportées à plusieurs reprises à cette période. Je me permets de préciser que ce climat sociopolitique tendu a parfois affecté mon moral et ma motivation, tant mes proches et moi-même étions préoccupés par la situation et les décès enregistrés à chaque manifestation.

voyages à l'intérieur du pays plus risqués. Entre novembre 2019 et le début du mois de mars 2020, l'enquête s'est donc déroulée exclusivement à Conakry. Mais là aussi il n'était pas toujours évident de se déplacer, et par mesure de sécurité il était conseillé de rester chez soi les jours de manifestations (qui avaient lieu une à deux fois par semaine dans la capitale). Ces journées « confinées » ont été consacrées à d'autres tâches (notamment aux lectures bibliographiques).

Lors du premier séjour à Macenta, les élections législatives couplées à un référendum constitutionnel, qui étaient organisées le 22 mars 2020 (et qui étaient donc très contestées), ont conduit à un départ anticipé du village de Palia (après une semaine sur place) la veille des élections, selon les préconisations du RECO qui craignaient des débordements. Ces élections ont été suivies par la déclaration de l'état d'urgence sanitaire le 26 mars 2020, après que le pays ait déclaré le premier cas de Covid-19 le 13 mars 2020. A la suite de cette déclaration, le calendrier prévu a été bousculé. La poursuite des enquêtes à Macenta s'avérait plus compliquée en raison de l'épidémie¹⁸. L'état d'urgence sanitaire a ensuite entraîné une restriction stricte des déplacements à l'intérieur du pays, et la poursuite du séjour à Macenta s'est avérée impossible. A la suite du retour anticipé à Conakry (le 28 mars 2020), un retour en France a également été décidé, là aussi de manière anticipée (mi-avril 2020).

Ces départs anticipés de Macenta, puis de la Guinée, ont empêché la réalisation d'observations programmées (par exemple lors de la réunion mensuelle regroupant tous les RECO de la sous-préfecture de Sengbedou qui devait avoir lieu le 28 mars 2020 ; ainsi que lors de la formation des nouveaux RECO et ASC dans les communes de Coyah, Dubréka et Forécariah qui était prévue au courant du premier semestre 2020¹⁹). Néanmoins, comme cela a été évoqué plus haut, des entretiens ont été réalisés à distance afin de poursuivre le « terrain » lors du séjour en France, et de poursuivre la collecte des données.

Au cours du deuxième séjour de terrain (décembre 2020 - juin 2021), c'est la déclaration de l'épidémie de MVE le 14 février 2021 qui a bousculé le planning des enquêtes. Afin de pouvoir effectuer des comparaisons entre une préfecture de l'intérieur du pays (Macenta) et la capitale, il était notamment prévu de réaliser une enquête dans la commune de Dixinn auprès d'agents communautaires. Les démarches avaient ainsi été lancées (l'accord des responsables de la Direction communale de la santé - DCS - avaient notamment été obtenu), et il était prévu qu'une enquête soit menée sur la mise en œuvre prochaine d'un programme de SBC du Covid-19 dans la commune. Mais la déclaration de l'épidémie d'Ebola a repoussé le lancement de ce projet (qui n'avait finalement pas encore débuté en juin 2021), et a finalement entraîné la conduite d'une enquête sur le suivi des cas contacts de MVE à Conakry (enquête 4), puis de l'enquête de terrain menée à Gouécké et N'Zérékoré.

Au cours de l'enquête sur le suivi des cas contacts de MVE à Conakry, des observations et entretiens prévus ont également dû être annulés en raison d'une infection par le Covid-19. Après l'isolement requis, les cas contacts de MVE qui avaient été rencontrés auparavant étaient eux aussi sortis du suivi et il n'était donc plus possible d'observer les visites de leur agent de suivi. Quatre de ces cas contacts et l'agent de suivi ont néanmoins été revus par la suite pour des entretiens approfondis.

¹⁸ Les habitants d'un village de la commune urbaine de Macenta dans lequel je devais me rendre avec un AC ont par exemple refusé ma venue, craignant que je ne puisse les contaminer en raison de mon origine européenne.

¹⁹ Cette formation a été annulée en raison de l'état d'urgence, et il n'aurait donc de toute façon pas été possible d'y assister si mon séjour en Guinée avait été prolongé.

2.3.2 La surveillance à base communautaire, un sujet difficile à saisir

Outre les aspects sanitaires et politiques, il a été parfois difficile de suivre les activités prévisionnelles du projet doctoral et d'EboHealth, en particulier sur l'étude de la SBC. Cette forme de surveillance devait effectivement être au centre de ce travail, mais elle s'est avérée assez difficile à étudier pour deux raisons. Les acteurs institutionnels rencontrés lors du premier séjour de terrain ont émis premièrement des doutes sur la réalité de sa réalisation, ce qui a été déstabilisant et qui apparaissait en contradiction avec ce qui était présumé (la SBC semblait être active sur tout le territoire). Il est apparu qu'il y aurait plus de chances de pouvoir l'étudier dans les communes couvertes par la PNSC qui prévoit depuis 2017 que la SBC soit réalisée par les RECO déployés dans ces localités (*Politique Nationale de Santé communautaire, 2017*). C'est la raison pour laquelle la sous-préfecture de Sengbedou a été choisie à Macenta. Mais là encore il a été difficile d'enquêter sur la SBC, et ce, en grande partie car elle est complexe à observer, ce qui constitue la deuxième difficulté.

En effet, contrairement à des pratiques courantes qui peuvent plus facilement faire l'objet d'observations (comme la réalisation d'accouchements, ou de séances de vaccination), la SBC quand elle vise la détection précoce des épidémies en population est peu palpable puisque l'émergence d'épidémies ou d'événements douteux n'est pas fréquente. Durant ces enquêtes, il n'a pas été possible d'assister à la détection d'un cas de MPE, et les acteurs rencontrés n'avaient que peu d'expériences à relater sur ce sujet, en raison là encore du caractère exceptionnel de cette forme de surveillance. La réalisation de la surveillance en population a été bien plus aisée à observer dans le cadre du suivi des cas contacts identifiés lors de l'épidémie de MVE puisqu'il s'agit d'une intervention qui a lieu dans un cadre précis (dans un lieu et à une période déterminés).

2.3.3 Réflexivité sur la posture

Abordons pour finir la question de la posture adoptée lors de la réalisation de ces enquêtes, et des biais ou difficultés qui peuvent être induits.

Comme cela a été présenté dans la description des enquêtes, la sélection des interlocuteurs a été souvent facilitée par la constitution antérieure d'un réseau professionnel et amical, et des possibilités de mise en relation qui en découlaient. Néanmoins, à Bowa, Sengbedou et Gouécké, la plupart des AC et RECO ont été contactés par l'intermédiaire de leurs responsables hiérarchiques rencontrés en amont. Si ces modalités de mise en contact répondent aux conventions institutionnelles pour la réalisation d'enquêtes en Guinée, elles pouvaient également représenter un biais puisque ces agents ont pu être gênés par la présumée relation qui existait entre leurs supérieurs et moi-même. Mais cela a pu être atténué par les rencontres répétées avec certains de ces acteurs communautaires, et la confiance mutuelle qui s'est instaurée.

De même, certains enquêtés, et particulièrement les acteurs se trouvant à l'échelle la plus basse du système de santé (les AC, RECO et des agents de suivi des cas contacts ordinairement stagiaires en centres de santé) ont pu penser que l'enquête visait à évaluer la qualité de leur travail, à travers une sorte de supervision. Bien que ce doctorat visait en partie à questionner l'efficacité des interventions de surveillance et de santé communautaire, il ne s'agissait toutefois pas de juger de leurs capacités ou de leurs connaissances individuelles, mais davantage d'aborder ces éléments de manière systémique. Il est probable que cela n'ait pas toujours été compris, malgré les explications et la présentation préalable de l'enquête, d'autant que celle-ci était menée par une enquêtrice blanche, qui plus est universitaire, et qui pouvait d'autant plus être perçue comme « évaluatrice ». Cette posture

particulière a pu constituer un biais dans la mesure où ces interlocuteurs ont peut-être parfois « sur-joué » leurs rôles, qu'ils se sont par exemple davantage appliqués que d'ordinaire dans la réalisation de leurs tâches. Ceci constitue sans doute un biais fréquent dans la réalisation d'observations et d'entretiens auprès d'individus. Les entretiens plus approfondis avec ces acteurs, et les échanges répétés (lorsque cela a été possible) ont permis d'atténuer ce biais, en abordant davantage certains sujets avec eux.

Enfin, il est certain que davantage d'efforts auraient pu être fournis dans l'apprentissage des langues locales, puisque malgré la bonne volonté du départ, et les rudiments de *soussou* appris dès 2017 (avant la thèse donc), il a été difficile par manque de temps couplé à un certain découragement (dû à un sentiment de ne pas apprendre correctement et suffisamment vite) de poursuivre cet apprentissage. Des rudiments de *soussou*, *toma*, et *kpelle*, ont donc été appris, mais sans que cela n'aboutisse à un emploi régulier et facile de ces langues. Dans ce contexte, lorsque les interlocuteurs n'étaient pas en mesure de s'exprimer en français (ce qui a été très rare), des collègues ont joué le rôle de traducteurs.

RESULTATS

DEUXIEME PARTIE : HISTORIQUE ET ACTUALITES DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE ET DE LA SURVEILLANCE DES MALADIES EN GUINEE

En guise d'introduction aux enquêtes de terrain, l'objectif de cette deuxième partie est d'explorer les fondements historiques des politiques et stratégies de promotion de la santé communautaire, et de la surveillance des maladies en Guinée (sous-objectif 1 de la thèse). Bien que non exhaustif, cet aperçu historique met en lumière des tendances qui permettent de mieux cerner les réalités actuelles abordées dans ce travail.

Dans cette perspective, le troisième chapitre sera consacré à la présentation de cet historique de la période coloniale à la mise en place de la politique des Soins de santé primaires (SSP) à la fin des années 1980. Il s'appuie sur un corpus de documents consultés aux Archives nationales de Guinée, ainsi que sur des propos recueillis lors d'entretiens réalisés auprès d'acteurs du système sanitaire, et des éléments bibliographiques (enquête 1).

Le quatrième chapitre poursuivra ce détour historique en centrant le propos sur l'épidémie d'Ebola qui a eu lieu de 2013 à 2016. Comme le chapitre précédent, il associe des données de terrain (provenant principalement d'entretiens, mais aussi d'observations) et des sources bibliographiques. En partant de l'état du système de santé depuis le déclin de la politique des SSP dès la fin des années 1990, il sera ensuite question de retracer le contexte de l'épidémie, puis de présenter les réalisations qui ont suivi à travers l'institutionnalisation d'une nouvelle Politique nationale de santé communautaire et le renforcement du système de surveillance des maladies.

Figure 1: Conakry. Dispensaire dans l'enceinte de l'hôpital Ballay, 13 février 1951, Anonyme, ©Archives Nationales d'Outre-Mer



CHAPITRE 3 : LA LUTTE CONTRE LES MALADIES INFECTIEUSES ET LES PREMICES DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE, DE LA PERIODE COLONIALE AUX SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Ce troisième chapitre vise à introduire les enquêtes de terrain réalisées entre 2019 et 2021, à l'aide d'éléments historiques sur les interventions, stratégies et autres politiques mises en place en Guinée de la période coloniale à la fin des années 1990, concernant la surveillance et la riposte contre les maladies infectieuses. Ce détour par l'histoire apparaît essentiel tant certaines situations qui seront évoquées résonnent avec le modèle actuel.

Pour ce faire, la première partie de ce chapitre sera consacrée à la présentation du contexte colonial, avant d'aborder dans un second temps le tournant de l'indépendance et pour finir le développement de la célèbre politique des Soins de santé primaires (SSP) dès la fin des années 1980.

Notons que cette tentative de contextualisation historique présente ces éléments et leur évolution de manière chronologique et par périodes délimitées - qui correspondent à des périodes politiques pour le troisième chapitre, et à une chronologie centrée sur l'épidémie d'Ebola pour le quatrième. Ces délimitations ont été choisies pour faciliter la lecture, tout en gardant en tête que l'histoire est dynamique et que chacune de ces périodes construit et alimente celles qui lui succèdent, sans qu'il n'y ait forcément de rupture nette entre ces époques.

3.1 La lutte contre les maladies et la surveillance sanitaire à l'époque coloniale

Dans cette première partie, il sera plus précisément question de la politique sanitaire mise en place à l'époque coloniale. Après avoir présenté les grandes lignes des interventions qui étaient alors à l'œuvre, nous aborderons plus en détail les stratégies employées dans le cadre de la détection des pathogènes et de la riposte aux épidémies. Nous interrogerons pour finir l'implication d'acteurs locaux comme intermédiaires des administrations.

3.1.1 Aperçu des orientations sanitaires coloniales

A l'époque coloniale, le fonctionnement administratif de la Guinée est semblable à celui des autres territoires occupés par la France qui composent l'Afrique Occidentale Française (AOF) à partir de 1895 (S. Diallo, 2021). De manière très verticale et centralisée, les décisions sont prises en métropole par le Ministère de la France d'Outre-Mer, relayées ensuite par le Gouvernement général de l'AOF à Dakar, puis par les Gouvernorats de chaque territoire. Les territoires nationaux sont alors découpés en différents Cercles (qui correspondent à peu de choses près aux préfectures actuelles en Guinée) sous l'autorité d'administrateurs français, les Commandants de Cercle. L'administration coloniale s'emploie très rapidement à diverses activités extractives et cultures agricoles « *par contrainte* » des populations locales, notamment à celle du caoutchouc « *dévastatrice et épuisante* » (Suret-Canale, 1959 : 31).

a) L'Assistance médicale indigène

Sur le plan sanitaire, la seule médecine qui est alors reconnue est la médecine biomédicale occidentale ; les pratiques traditionnelles sont raillées et les autorités coloniales s'emploient à les

combattre (S. Diallo, 2021 ; Ndiaye, 1997). En termes de personnel, un décret de 1890 donne naissance à un corps spécial de santé devant travailler dans les colonies et pays sous protectorat (Gaye, 1997). Mais l'institutionnalisation de ce corps professionnel est assez lente, et l'école qui y est dédiée ouvre ses portes quinze ans plus tard, en 1905. Il s'agit de l'école du Pharo à Marseille, spécialisée dans les services de santé des troupes coloniales et la médecine dite tropicale (Ndiaye, 1997).

La même année, est créé le service de l'Assistance médicale indigène (AMI), un service présent dans tous les territoires colonisés et dont l'objectif officiel est de prodiguer des soins gratuits aux populations locales, d'effectuer des sensibilisations sur les pratiques d'hygiène et de diffuser la vaccination (Ndiaye, 1997). En Guinée, la création de l'AMI répond particulièrement à la nécessité « *d'endiguer les maladies et de lutter contre la mortalité infantile* », les pathologies particulièrement visées étant les maladies vénériennes et épidémiques (S. Diallo, 2021 : 42).

En principe, les soins fournis aux populations dans le cadre de l'AMI étaient gratuits, mais cette gratuité était relative étant donné qu'elles payaient des impôts locaux (S. Diallo, 2021). Une circulaire datée de 1950 du Gouvernement Général de l'AOF, consultée aux Archives nationales de Guinée²⁰, rappelle notamment les recommandations d'un arrêté de 1929 qui enjoignait les Etats à rendre les frais d'hospitalisation et de soins gratuits pour les indigents, sous réserve de production de cartes. Près de vingt ans après l'arrêté en question, les dispositions sur la prise en charge des indigents ne semblaient donc pas effectives. Selon les informations de ce document, les frais de santé étaient payants pour les autres catégories de la population dans les hôpitaux et « *ambulances* », et étaient supposés être gratuits pour tous dans les dispensaires et maternités (où seule la nourriture était payante). Dans la littérature, on apprend que sous l'impulsion du Front populaire, le projet d'introduire une politique plus sociale voit le jour dans les colonies françaises. Il y a alors une volonté de mettre en place des services sociaux dans les territoires occupés afin de « *favoriser l'accroissement de la population par une éducation rationnelle des mères et la pénétration des notions de puériculture dans les milieux africains* » (Mabon-Fall, 1997 : 1098). La première assistante sociale arrive à Dakar en 1937, mais cet élan est vite atténué, notamment car le paiement de prestations familiales suscite des débats puisqu'il favorise l'autonomie et l'indépendance des ménages locaux, des valeurs plutôt contraires à celles de l'entreprise coloniale (Mabon-Fall, 1997).

b) Une faible implication des agents de santé nationaux

A l'image du fonctionnement des autres colonies, les Guinéens sont en grande majorité écartés des administrations et institutions coloniales, et ils sont peu nombreux parmi le personnel de santé (Charles, 1997). A partir de 1906, la catégorie des « *aides-médecins indigènes* » fait son apparition en AOF (S. Diallo, 2021). Ces derniers sont des agents nationaux affectés aux centres de santé de l'intérieur des territoires occupés, qui dans les faits aident la lutte contre la médecine traditionnelle et servent d'interprètes aux médecins blancs (Ndiaye, 1997). Au lendemain de la première Guerre mondiale, l'Administration coloniale de l'AOF crée l'Ecole de médecine de Dakar (en 1918) dans le but de former des agents de santé originaires des différentes colonies afin de pallier aux effectifs réduits du personnel européen (S. Diallo, 2021). Cet attrait pour l'implication d'agents locaux n'est pas le seul fait de la Guinée, et c'est une stratégie plébiscitée lors de la Conférence de Cape Town qui réunit plusieurs Etats coloniaux en 1932 (Packard, 2016).

²⁰ Circulaire du Haut-Commissaire de la République, Gouverneur Général de l'AOF n°218 SP/CP, datée du 17 mars 1950 et adressée aux Chefs des territoires – Boîte 1H19 (1904-1950). Consultée le 9 juin 2021 aux Archives nationales de Guinée.

D'après des documents consultés aux Archives, avant la création de l'École de Dakar il arrivait que des acteurs locaux soient impliqués dans la réalisation de tournées de vaccination (nommées « *vaccine* » dans ces textes). Un document de 1918 fait par exemple état du refus du Gouverneur Général de Guinée d'envoyer lors d'une de ces tournées un certain « *écrivain* » africain, à la demande du Commandant du Cercle de Dinguiraye. Il lui écrit : « *Si on ne peut avoir confiance en des indigènes dressés à la pratique de la vaccine, à plus forte raison faut-il se défier d'indigènes n'offrant à ce point de vue aucune garantie* »²¹.

Le rapport médical de 1937 pour la Circonscription de Conakry, fait effectivement état de la présence de personnel « *européen* » et « *indigène* », parmi lesquels figurent des médecins et pharmaciens auxiliaires, des aides de santé et infirmiers auxiliaires²². La place du personnel local dans le système de santé est devenue ainsi un peu plus importante, bien que les effectifs soient restés réduits et que ceux-ci semblaient peu reconnus et valorisés. Mais ce personnel local ne semble pas avoir de statut spécial, et c'est après la création de l'École de médecine de Dakar, que l'institutionnalisation du recours au personnel local s'est développée, tout en demeurant néanmoins réservée à un faible nombre de personnes (Ndiaye, 1997). Entre sa création, en 1918, et 1945, l'École a ainsi formé 35 médecins, 31 sage-femmes, 8 pharmaciens et 7 infirmières-visiteuses, originaires de Guinée (Ndiaye, 1997).

Selon une demande adressée en juin 1933 au Gouverneur Général, rédigée par le Lieutenant-Gouverneur de Conakry, il existait visiblement une forme de reconnaissance de certains employés locaux pour leur engagement dans le domaine sanitaire, à l'image des médailles militaires. Dans cette lettre, le Gouverneur de Conakry demande d'attribuer à un homme africain²³ la Médaille de vaccine de l'Académie de Médecine²⁴. Ce dernier aurait servi pendant plus de 32 ans, notamment sur la région côtière de Guinée où son autorité était « *reconnue et acceptée par l'élément indigène* ». L'auteur ajoute que « *grâce à sa surveillance attentive, les mesures de protection prescrites concernant la ville de Conakry ont toujours été exécutées et cette ville est restée indemne d'épidémie de variole* ». Il n'y a pas de document ultérieur attestant du fait que cet homme aurait été honoré, mais on peut supposer, au vu de cet exemple, qu'il fallait s'engager sur une longue période pour espérer avoir droit à une telle reconnaissance de la part des autorités coloniales.

c) *Des structures concentrées à Conakry*

En termes de structures sanitaires, on compte en 1937 (selon le rapport médical annuel de Conakry consulté aux Archives nationales²⁵) un hôpital dit « *indigène* » qui dispose de 154 lits, et un hôpital « *européen* », de 72 lits. La population de la capitale est alors de 20 263 habitants, dont un peu plus de 1 000 Français et autres Blancs. En termes de proportion de lits d'hôpitaux, il est ainsi évident que ce ne sont pas les populations locales qui concentrent l'essentiel de l'effort sanitaire : le système de santé de l'époque coloniale est « *au service des Européens, et secondairement, des colonisés* » (S.

²¹ Lettre du Gouverneur Poiret à l'Administrateur du Cercle de Dinguiraye, 25 juin 1918 – Boîte 1H33 (1911-1919). Consultée le 9 juin 2021 aux Archives nationales de Guinée.

²² Rapport médical annuel de la circonscription de Conakry, 1937 – Boîte 1H91 (1930-1957). Consulté le 9 juin 2021 aux Archives nationales de Guinée.

²³ Il est écrit sur ce document que l'homme en question est né à Dakar au Sénégal.

²⁴ Proposition de distinction honorifique, signée par le Lieutenant-Gouverneur de Conakry et adressée au Gouverneur Général, 30 juin 1933 - Boîte 1H19 (1904-1950). Consultée le 9 juin 2021 aux Archives nationales de Guinée.

²⁵ Rapport médical annuel de la circonscription de Conakry, 1937 – Boîte 1H91 (1930-1957). Consulté le 9 juin 2021 aux Archives nationales de Guinée.

Diallo, 2021 : 29). Conakry dispose également de deux dispensaires, dont un qui propose des consultations prénatales, trois postes d'infirmiers et un lazaret réservé aux malades guinéens « *contagieux et aliénés* ». Le détail des structures sanitaires en dehors de la capitale n'a pu être trouvé, mais il existait des dispensaires à l'intérieur du pays (S. Diallo, 2021). Celui de Brouadou, dans la préfecture de Kissidougou par exemple, a été créé en 1935 et son financement reposait sur les « *bienfaiteurs étrangers* » (Togba, 2005 : 21). Un dossier consulté aux Archives indique également qu'un dispensaire a été construit en 1939 à Faranah²⁶.

Enfin, le budget alloué à la santé représentait 11,6 % du budget total de la colonie en 1943, 30,7 % en 1947, puis 12% en 1948²⁷. L'augmentation de la part du budget sanitaire en 1947 n'est pas argumentée dans les documents consultés, et il est probable qu'elle suive la volonté après-guerre d'améliorer les conditions sanitaires des populations colonisées alors employées comme main d'œuvre (S. Diallo, 2021).

d) *Un intérêt pour la recherche*

Du côté de la recherche scientifique et médicale, les « *pastoriens coloniaux* » (Gaye, 1997 : 1164) s'emploient à différentes expérimentations. Les équipes de l'Institut Pasteur de Guinée (nommé Pastoria), créé à Kindia²⁸, produisent des vaccins contre la variole (Schneider, 2013). On y élabore également un vaccin antituberculeux à l'aide d'expérimentations sur des populations de chimpanzés (Anonymous, 1949).

A Sérédou, dans la préfecture de Macenta, l'administration coloniale construit un centre expérimental de culture du quinquina en 1938, dont l'objectif était à terme de garantir une « *autarcie économique* » pour la fabrication française de traitements antipaludéens (Portères, 1945 : 101). L'enjeu de la production et de la transformation du quinquina devient d'autant plus important au sortir de la deuxième Guerre Mondiale, car on assure qu'elles amélioreront « *l'état sanitaire des habitants de nos territoires extérieurs, réduiront le travail de nos médecins, augmenteront la natalité, diminueront la mortalité infantile et accroîtront le rendement des travailleurs de toute catégorie* » (Portères, 1945 : 101).

On remarque ainsi que les stratégies coloniales de santé concernent davantage la santé maternelle et infantile et la lutte contre les maladies infectieuses, aussi bien en matière de recherche scientifique que d'interventions de santé publique, comme nous allons le voir dans la section suivante.

3.1.2. *Les principaux moyens de lutte contre les maladies infectieuses*

Selon les rapports médicaux consultés aux Archives nationales, et la littérature (S. Diallo, 2021), les maladies les plus courantes et meurtrières à l'époque coloniale sont les pathologies infectieuses. Le rapport de 1937 pour la circonscription de Conakry révèle par exemple une incidence très élevée

²⁶ Procès-verbal de réception du bâtiment dispensaire de Faranah, signé de l'Administrateur de la subdivision de Faranah et du Surveillant principal des T.P, 29 avril 1939 – Dossier « Construction d'un dispensaire à Faranah », Boîte 1H110 (1939). Consulté le 9 juin 2021 aux Archives nationales de Guinée.

²⁷ Rapport médical annuel, 1948, Partie Administrative – Boîte 1H91 (1930-1957) - Consulté le 9 juin 2021 aux Archives nationales de Guinée

²⁸ Les dates de création de l'Institut Pasteur de Kindia ne concordent pas d'une référence à l'autre : tandis qu'un auteur dans *Nature* indique qu'il a été créé en 1925 (Anonymous, 1949), et que Safiatou Diallo mentionne une création en 1922 (S. Diallo, 2021), dans une autre référence il est indiqué que l'Institut produisait déjà des vaccins en 1905 (Schneider, 2013).

du paludisme, en particulier chez les populations locales, qui sont également les seules touchées par la lèpre et la syphilis, alors que les Européens sont davantage victimes de tuberculose pulmonaire²⁹. Les principales stratégies de lutte contre les maladies infectieuses sont alors la vaccination, aux stades préventifs et curatifs, et l'isolement des malades dans le cas des pathologies contagieuses.

a) *L'importance de la vaccination*

Comme cela a été dit plus haut, en Guinée, un vaccin contre la variole est élaboré par les équipes de Pastoria. Les recherches vaccinales sont alors en cours dans plusieurs pays, et un vaccin contre la fièvre jaune a été conçu au sein du premier laboratoire de microbiologie et bactériologie de l'AOF, créé à Saint-Louis au Sénégal en 1946 (Gaye, 1997). Ce vaccin est le résultat de nombreuses années de recherches menées sur cette pathologie qui touche Européens et populations locales, et qui aboutissent à la généralisation de son inoculation dès 1949 (Gaye, 1997).

En Guinée, plusieurs documents consultés aux Archives nationales attestent de la réalisation de tournées de vaccination contre la variole dans les zones en proie à des épidémies. Dans une lettre datée du 19 février 1913, le Gouverneur Général a par exemple adressé ses recommandations concernant l'éradication d'une épidémie de variole dans le Cercle de Kouroussa, et préconisait l'emploi généralisé de la vaccination dans la zone³⁰. Dans un autre document daté du 7 avril 1915, l'Administrateur en chef des colonies, aussi maire et Commandant du cercle de Conakry demandait l'autorisation du Gouverneur Général pour aller effectuer une tournée de vaccination de deux jours en compagnie d'un médecin sur les îles de Loos (en face de Conakry) suite à la déclaration d'une épidémie de variole³¹.

Ainsi, la vaccination était employée comme outil de réponse aux épidémies de variole, et probablement contre d'autres maladies épidémiques bien que nous n'ayons pas trouvé de documents attestant ce point. Notons que la vaccination contre la variole a été rendue obligatoire en 1953 en AOF, mais que cette maladie demeurait encore un problème de santé publique important en 1958 (Domergue-Cloarec, 1997).

Au-delà de son utilisation en contexte épidémique, la vaccination était également utilisée comme outil préventif, comme l'indique un brouillon de lettre du Chef de service de santé au Gouverneur général daté du 20 janvier 1913³². L'auteur y dénonce avec une certaine animosité les agissements du Commandant du Cercle de Boffa qui aurait « *dissuadé* » l'Assistance médicale de réaliser une tournée de vaccine en décembre 1912 « *sous prétexte qu'à cette époque les indigènes étaient tous aux champs, occupés à la récolte du riz, et qu'il était impolitique de les déranger à ce moment* ». Comme d'autres documents, celui-ci atteste d'une certaine insensibilité au contexte local, sur laquelle nous reviendrons plus loin. Il peut également illustrer une forme de surinterprétation de la part du Chef de service de santé concernant les propos de l'Administrateur de Boffa, ceux-ci ayant pu être motivés par un possible dénuement des services de l'Assistance médicale. Mais qu'importent les motivations que cachent ces

²⁹ Rapport médical annuel 1937 de la circonscription de Conakry - Boîte 1H91 (1930-1957). Consulté le 9 juin 2021 aux Archives nationales de Guinée.

³⁰ Lettre du Gouverneur Général à l'Administrateur de Kouroussa, 19 février 1913 - Boîte 1H33 (1911-1919). Consultée le 9 juin 2021 aux Archives nationales de Guinée.

³¹ Lettre de l'Administrateur en chef des colonies au Gouverneur Général, 7 avril 1915 - Boîte 1H33 (1911-1919). Consultée le 9 juin 2021 aux Archives nationales de Guinée.

³² Brouillon de lettre du Chef de Service de santé au Gouverneur Général, 20 janvier 1913 - Boîte 1H33 (1911-1919). Consulté le 9 juin 2021 aux Archives nationales de Guinée.

échanges, ils attestent de l'emploi de la vaccination comme outil de prévention puisqu'il ne semble pas s'agir ici de la réponse à une épidémie, bien qu'on ignore dans cet exemple la pathologie visée.

b) La mise à l'écart des personnes malades

La deuxième stratégie majeure de lutte contre les maladies infectieuses est la mise à l'écart des personnes atteintes, particulièrement dans le cas des pathologies contagieuses. Les mesures d'enfermement, déjà relevées dans l'Europe médiévale (Echenberg, 2002), sont notamment encouragées à la suite des suggestions de Robert Koch en l'absence de traitement contre la trypanosomiase humaine (Gomez-Temesio & Le Marcis, 2017), cette pathologie ayant été la première cible des recherches menées par la médecine coloniale (Ricossé & Husser, 1982). Elle faisait alors des ravages, mais qui demeuraient bien souvent sous-estimés, notamment en Guinée (Bado, 1996).

Peu à peu la médecine coloniale a préconisé le traitement isolé des malades pour d'autres pathologies telles que la lèpre, puis l'onchocercose et la tuberculose, toutes transmissibles (Bado, 1996). Plusieurs documents consultés aux Archives nationales informent des stratégies de lutte contre la lèpre à l'époque coloniale, dont une circulaire datée du 5 janvier 1917 par laquelle le Gouverneur général enjoint tous les commandants de cercles à réaliser un recensement des malades « *indigènes* » atteints de lèpre³³.

Un brouillon de lettre, non daté et non signé, adressé aux administrateurs des différents cercles de la colonie³⁴ est également intéressant. Il est anonyme mais probablement écrit par le Gouverneur général, et semble ultérieur à la circulaire car l'auteur rappelle avoir auparavant demandé à ce qu'un recensement des lépreux soit effectué, à la suite duquel il aurait reçu des listes nominatives de personnes contaminées. Dans cette lettre, il alerte ses destinataires sur le « *danger que représente la dissémination des lépreux, dont le nombre est malheureusement élevé dans certaines régions de la Guinée* », et propose ainsi « *de les séparer du reste de la population, de les grouper ensuite, puis, et surtout de leur donner un nouvel habitat, une nouvelle demeure : en un mot, de créer des léproseries* ». En complément, il propose que ces bâtiments soient dotés d'annexes réservées aux proches des malades afin de surveiller les personnes dont « *les membres sont, selon toute probabilité, contaminés* », ainsi que les « *individus douteux après examen médical* ». Il est ainsi très probable que des léproseries aient existé en Guinée, bien qu'aucune des archives consultées ne l'atteste. On remarque que les stratégies développées s'adressent à des groupes sociaux définis (par exemple les personnes atteintes, et leurs proches) et moins à des individus. Ceci est caractéristique de l'idéologie de l'époque, qui tendait à ne pas remettre en question la ségrégation spatiale de ces groupes, y compris à l'encontre d'épidémies pour lesquelles ces mesures se révélaient inefficaces, telle que la peste (Echenberg, 2002).

3.1.3 Des exemples de surveillance et de stratégies de préparation

A partir de la bibliographie et de certaines archives il a été possible de retracer les stratégies de surveillance employées à l'époque coloniale. Nous avons déjà vu que « *l'isolement des lépreux et l'obligation de les déclarer deviennent des règles quotidiennes* » (S. Diallo, 2021 : 34). Nous verrons

³³ Circulaire du 5 janvier 1917, signée par le Gouverneur général et adressée aux Commandants de cercle. Boîte 1H28 (1908-1922), dossier « Lépreux ». Consulté le 9 juin 2021 aux Archives nationales de Guinée.

³⁴ Brouillon non signé et non daté sur la création de léproseries - Boîte 1H28 (1908-1922), dossier « Lépreux ». Consulté le 9 juin 2021 aux Archives nationales de Guinée.

qu'il existait également une forme de surveillance permettant de détecter les événements inhabituels, bien que celle-ci n'était pas institutionnalisée, et que l'attention était portée sur les humains, mais aussi sur le bétail.

a) *Un exemple de détection d'épidémie de nature inconnue en 1915*

Concernant la santé humaine, il existait une forme de surveillance de l'occurrence et de l'incidence des diverses pathologies, chaque rapport médical annuel fournissant des données épidémiologiques sur la base des registres des structures sanitaires. Une forme de surveillance qui n'est pas sans rappeler celle qui est dite « intégrée » aujourd'hui, comme nous le verrons dans le prochain chapitre.

Il existait également une forme de surveillance des événements épidémiques, et des circuits informels de diffusion des alertes épidémiques bien que ceux-ci ne semblaient pas institutionnalisés. Un dossier consulté aux Archives nationales est par exemple consacré à une « *Epidémie grave signalée en Côte d'Ivoire dans les régions voisines du Cercle de Beyla* » en 1915³⁵. Il est constitué de divers documents, qui sont pour la plupart des correspondances entre différents administrateurs coloniaux. En consultant les documents par ordre chronologique, il est possible de reconstituer l'événement au travers des informations transmises (encadré 1).

Encadré 1 : Récit de la survenue d'une épidémie de nature inconnue à la frontière Guinéo-ivoirienne en 1915

Les échanges commencent suite à la constitution d'un dossier adressé par le chef de poste de Soukouralla, situé dans le Cercle de Beyla [actuelle région de N'Zérékoré] au Commandant dudit Cercle, qui lui-même l'adresse au Gouverneur Général le 1 juillet 1915. Selon les informations transmises par le chef de poste, une épidémie de nature inconnue se serait déclarée dans le Cercle ivoirien de Séguéla (précisément au village de Mankono), et se serait ensuite propagée à d'autres villages dans le Cercle d'Odienné (dont le village de Féréfougoula), proches de la frontière guinéenne. La nature de la maladie causant l'épidémie est inconnue, mais selon la description du chef de poste, elle « *débute par un violent mal de tête et une fièvre intense* », suivi par des apparitions « *d'hématurie* », puis la « *décomposition des viscères* » après le décès du malade. La durée de la maladie est d'un à trois jours et « *tous les cas sont mortels, certains sont presque foudroyants* ». En réponse à l'alerte transmise par le chef de poste, le Commandant du cercle de Beyla recommande au Gouverneur Général d'établir un cordon sanitaire entre les zones touchées et la région de Beyla, en vue de prévenir une éventuelle propagation de l'épidémie sur le sol guinéen. Il informe son interlocuteur qu'il a détaché quatre « *gardes* » du poste de Beyla pour « *exercer une surveillance plus efficace* » au poste de Soukouralla, où il entend également faire venir les « *deux meilleurs infirmiers du Cercle* ».

Le Commandant du Cercle de Beyla télégraphie ensuite le rapport aux Commandants des Cercles ivoiriens d'Odienné et de Touba, à priori concernés de près par cette épidémie. Le premier adresse une lettre à l'Administrateur de la circonscription de Soukouralla le 4 août 1915 (on ignore si le second a répondu). Il indique avoir envoyé des « *représentants et gardes de police* » dans les villages à la frontière de Guinée, et ceux-ci lui ont remonté que Mankono aurait connu une épidémie de rougeole, et un épisode violent de variole qui aurait causé de nombreux décès. Cette épidémie de variole est différenciée d'une autre épidémie « *de nature indéterminée* », mais il partage ses doutes sur l'exactitude de la source de celle-ci et note : « *Je sais par expérience combien il est difficile d'obtenir près des indigènes des déclarations sincères sur l'aire de dispersion des maladies épidémiques. En cette matière on peut même dire que parfois ce sont les cercles contaminés qui sont les derniers avertis* ».

Il demande ainsi à ce que de plus amples investigations soient menées. Quatre jours plus tard il apporte des informations complémentaires, et informe l'Administrateur de Soukouralla que la localité d'Odienné est épargnée de l'épidémie de nature indéterminée « *à forme bilieuse* » qui sévit à Mankono et qui aurait causé les décès de nombreux adultes.

³⁵ Dossier « *Epidémie grave signalée en Côte d'Ivoire dans les régions voisines du Cercle de Beyla* », 1915 - Boîte 1H33 (1911-1919), 25 pages (approximatif). Consulté le 9 juin 2021 aux Archives nationales de Guinée.

Ainsi, la mystérieuse épidémie aurait seulement lieu à Mankono (Cercle de Séguéla), et il dément les suspicions visant le village de Féréfougoula, sous son autorité. Mais sa version ne concorde pas avec la lettre rédigée le lendemain par le chef de poste de Soukouralla et adressée au Commandant de cercle de Beyla, à qui il adresse les noms des neuf « *indigènes décédés à Féréfougoula de l'épidémie à forme inconnue* » depuis le 18 juin.

Le Commandant du Cercle de Beyla indique également qu'il a déployé un garde guinéen sur la route reliant Féréfougoula à Fassiadougou afin que celui-ci surveille la zone. Ce dernier l'informe que le 5 août un garde et un représentant du Cercle d'Odienné ont été chargés d'isoler les malades de Féréfougoula. Deux jours plus tard, et toujours selon ce garde, le Commandant de Cercle d'Odienné aurait convié six notables du village pour compter les tombes (l'épidémie avait alors fait 20 décès, et il comptabilisait encore 15 malades ce jour), alors que ce dernier niait l'existence de l'épidémie quelques jours auparavant. Il aurait également fait emprisonner certains des notables, sans que le motif de leur arrestation soit explicité par l'auteur (probablement car ils n'ont pas remonté l'information de la survenue de ces décès).

Le chef de poste annonce avoir également envoyé un brigadier guinéen en « *tournée d'inspection de surveillance sanitaire* » dont il transmet le rapport. A travers ses échanges avec les habitants, celui-ci lui a remonté que l'épidémie aurait bien lieu à Féréfougoula, et lui a indiqué un possible point de passage non surveillé, où le chef de poste a envoyé un garde depuis, qui est venu s'ajouter aux sept autres gardes mobilisés le long de la frontière.

Le 30 août 1915, le Commandant du Cercle de Beyla adresse une lettre au Gouverneur général. Il l'informe des visions non concordantes entre l'Administrateur d'Odienné et le chef de poste, et annonce le déploiement d'un médecin pour effectuer une tournée de vaccination dans le village et les villages exposés (sans que l'on connaisse la nature de l'épidémie).

Une dizaine de jours plus tard, le chef de cabinet de Guinée envoie finalement un télégramme officiel au Gouverneur Général de Côte d'Ivoire pour lui signaler que l'épidémie a été « *enrayée à Odienné, Féréfougoula, Mankono, Séguéla* ». Le télégramme annonce que le cordon sanitaire a été levé, mais il recommande d'interdire « *l'échange d'enfants* » pendant vingt jours avec Féréfougoula où la « *mortalité infantile fut assez élevée* ».

On ignore finalement quelle est la nature de la maladie ayant causé cette épidémie, et s'il s'agissait de rougeole comme l'avançait le Commandant du Cercle d'Odienné. L'apparition de la fièvre et des hématuries dans les premiers signes peut faire penser à une forme de fièvre hémorragique ou une bilharziose.

Mais ce dossier est surtout intéressant car il révèle des modes de compréhension et de riposte caractéristiques des dispositifs socio-sanitaires de contrôle au début du 20^e siècle. Il montre un exemple des enjeux associés à l'exercice de la surveillance transfrontalière des événements épidémiques. Il renseigne notamment sur l'emploi de stratégies de préparation décidées par les différents administrateurs coloniaux qui ont le souci de ne pas voir cette épidémie arriver sur le territoire où ils exercent leur autorité, sans toutefois proposer une forme d'aide à leurs homologues en Côte-d'Ivoire. La question de la paternité de la responsabilité dans la gestion de cette épidémie semble d'ailleurs être épineuse, et le Commandant du Cercle d'Odienné se défend qu'elle ait lieu sous son administration, contrairement aux suppositions faites par les autres acteurs, et alors même qu'il met visiblement en place des stratégies de réponse. Stratégies qui, soulignons-le, sont particulièrement violentes et conduisent à l'arrestation de plusieurs personnes. Cela illustre la tension qui pouvait se manifester entre les populations locales et les autorités coloniales, également révélée par le fait que les premières ne respectent pas toujours l'injonction qui leur a été formulée de notifier toute survenue d'épidémie, point sur lequel nous reviendrons plus loin.

Les administrateurs officiant sur le sol guinéen mettent donc en place des stratégies que l'on peut qualifier de « *préparation* ». Elles sont principalement dédiées à la surveillance des populations, et effectuées en partie par des acteurs locaux (gardes et brigadiers) qui comprennent facilement les langues du territoire et peuvent ainsi demander des renseignements à leurs concitoyens. Ces acteurs

rentrent dans la catégorie des « *intermédiaires* », caractéristique de l'administration coloniale, et pour laquelle elle était essentielle, les agents français étant éloignés des réalités de terrain (Olivier De Sardan, 2021 : 247). On souligne une similitude apparente avec la fonction actuelle des agents communautaires dans la réalisation de la Surveillance à base communautaire (SBC).

b) Des mesures internationales de prévention des épidémies

Dès la création de l'AOF en 1895, la surveillance des épidémies et la protection des colonies vis-à-vis de maladies pouvant être importées par le transport maritime deviennent primordiales, à une période où les services de santé sont quasi inexistantes sur ces territoires (Ngalamulume, 1997). Le décret du 31 mars 1897 enjoignait par exemple les navires à présenter une « *patente de santé* » aux agents de la police sanitaire du littoral, considérée comme « *brute* » si le navire provenait d'une zone épidémique, ou « *nette* » si ce n'était pas le cas. En cas de patente brute, le décret prévoyait différentes mesures à l'arrivée des navires telles que des délais de quarantaine, des mesures de désinfection et la construction de lazarets dédiés à la mise à l'écart de personnes suspectes ou contaminées, dans chaque port (Ngalamulume, 1997). Ces mesures n'étaient pas nouvelles et elles avaient déjà été reportées auparavant. Mais dans les faits cette « *preparedness* » n'est que très peu effective, les moyens n'étant pas réunis pour la mettre en œuvre (il n'y avait notamment pas de lazarets dans tous les ports) et les commerçants s'insurgeant rapidement contre ces mesures contraignantes. En 1901, les autorités coloniales de Guinée ont par exemple demandé à ce que les navires arrivant du Sénégal et d'autres pays de la sous-région alors en proie à une épidémie de fièvre jaune soient soumis à une quarantaine de sept jours à leur arrivée sur le territoire. Mais les commerçants se sont insurgés, et sont rentrés directement en contact avec Paris avant de finalement obtenir gain de cause, les intérêts économiques primant sur ceux de la santé publique (Ngalamulume, 1997).

L'exemple du poste de santé de Youkounkoun (dans la préfecture de Koundara, région de Boké) est également intéressant sur ce point car il a été construit en 1938 pour remplir le rôle de « *poste frontière de surveillance* » (De Lestrangé, 1949 : 156) au moment où des épidémies de fièvre jaune sévissaient en Guinée portugaise et au Sénégal. Cependant, là aussi il n'est pas certain que cette surveillance ait été effective car aucun cas n'a été signalé après la construction du poste, et celui-ci est finalement confié à partir de 1946 à un médecin guinéen chargé de soigner les populations locales venant pour des consultations diverses (De Lestrangé, 1949).

c) La surveillance animale

Des archives attestent enfin de formes de surveillance de la santé animale, et plusieurs documents font état de l'existence d'un Service dit « *zootechnique* » chargé notamment d'effectuer des tournées de surveillance sanitaire afin de notifier l'existence « *d'épizooties* », pour reprendre les termes employés (les épizooties désignent les épidémies qui frappent les animaux). En 1914, les administrateurs coloniaux ont par exemple demandé une enquête sur l'état de santé du bétail dans le Cercle de Koumbia, plus précisément dans la circonscription de Touba (région actuelle de Boké). Le rapport préliminaire de celle-ci précise que les populations ont été amenées à dénombrer les animaux qui étaient alors malades, ainsi qu'à donner des renseignements sur la nature de ces pathologies, les périodes auxquelles elles sévissent et les taux de mortalité des ovidés et bovins³⁶. L'auteur du rapport

³⁶ Extrait du rapport de tournée effectuée dans la région de Touba, Juin 1914 - Boîte 1H40 (1914-1919), dossier « *Epizooties* ». Consulté le 9 juin 2021 aux Archives nationales de Guinée.

(dont on ignore le grade et la fonction) mentionne que selon les « *renseignements de source indigène* » le bétail de cette région serait frappé par deux types d'épidémies, nommées localement « *Ougan* » et « *Damol* ». La première est la plus dangereuse et sévit en saison sèche ; elle entraîne des « *mucosités blanchâtres évacuées de la gueule de l'animal atteint et un gonflement de la poche stomacale* » puis la mort rapide de l'animal ainsi que la contamination d'autres bêtes. La deuxième, qui serait « *très connue* » de l'administration, et sévit également en saison sèche, entraîne, elle, « *des frissons de l'animal, puis une inflammation de la rate causant écoulement de sang et mucosités blanchâtres par les naseaux et la mort* ». Le rapport ne dit rien d'une transmission éventuelle de ces maladies aux humains, et des moyens de lutte³⁷.

En 1914 également, et selon une lettre du Gouverneur Général adressée au Commandant du Cercle de Timbo³⁸, le chef du service zootechnique aurait notifié une épidémie de « *péripleurite contagieuse* » du bétail, après avoir effectué une « *tournee sanitaire* » dans les cercles de Kouroussa et de Dinguiraye. Le Gouverneur enjoint ainsi l'administrateur à empêcher la circulation des bovidés venant de Dinguiraye, Siguiri, Kankan et Kouroussa vers le cercle de Timbo afin d'empêcher « *la propagation de la maladie dans le Foutah* ». Il lui demande également de « *faire surveiller* » le bétail en transhumance dans Diguilin. Il l'informe que le chef du service zootechnique se rendra ensuite à Timbo pour contrôler et « *inoculer préventivement le bétail situé sur les principales routes d'accès au Foutah* », et lui demande ainsi d'obtenir « *des populations l'obéissance aux ordres en vue du rassemblement du bétail dans les villages, et de la présentation des animaux au vétérinaire* », qui n'a pas pour mission de « *poursuivre les bœufs dans les villages ou dans la brousse* ». Cette volonté d'empêcher la propagation de l'épidémie dans la région de la Moyenne Guinée n'est sans doute pas anodine puisque la ville de Dalaba était alors le chef-lieu de l'administration coloniale à l'intérieur du pays et de nombreux colons y séjournaient³⁹. Il y avait ainsi un intérêt à protéger le bétail de la zone, sans que les auteurs ne mentionnent une possible contamination des humains.

3.1.4 Les premiers agents communautaires

Sans grande surprise, et comme le montrent déjà quelques documents cités auparavant, à l'époque coloniale les relations sont tendues entre les populations locales et les autorités. Ce constat n'est pas relatif qu'à la Guinée, ni au cadre spécifique des épidémies et il était fréquent que ces deux parties s'accusent mutuellement : « *Si les Blancs accusaient les Africains d'être porteurs de maladie, la réciproque était tout aussi vraie. Dès le début, les Africains constatèrent que là où il y avait une population européenne, il y avait d'importantes épidémies de fièvre jaune* » (Domergue-Cloarec, 1997 : 1237). On sait également qu'il y a eu des campagnes de vaccination forcées en Afrique à cette période, qui n'ont sans doute pas amélioré le manque de confiance mutuel (Feldman-Savelsberg et al., 2000), sans que cela soit documenté pour le cas de la Guinée. Les autorités se sont alors parfois tournées vers

³⁷ Notons qu'à l'époque coloniale le lien entre la santé humaine et animale n'est pas envisagé de la manière actuelle et que c'est à partir des années 1950, avec le Programme mondial de lutte contre la grippe de l'OMS et les travaux de Martin Kaplan que se développent les premières études sur les réservoirs animaux autour de la grippe (Aranzazu, 2016 ; Keck, 2021 ; Vagneron, 2015).

³⁸ Lettre du Gouverneur Général au Commandant du Cercle de Timbo, 25 juillet 1914- Boîte 1H40 (1914-1919), dossier « Epizooties ». Consulté le 9 juin 2021 aux Archives nationales de Guinée.

³⁹ En 1936, une « *station climatique* » faisant office de « *centre de repos pour les Européens* » a notamment été inaugurée à Dalaba, où venaient séjourner de nombreux administrateurs coloniaux de toute l'AOF (S. Diallo, 2021 : 52).

des acteurs locaux, comme nous le verrons à la fin de cette section, qui devaient jouer le rôle d'intermédiaire entre elles et les populations.

a) *Des relations difficiles entre les colons et les populations locales*

Plusieurs correspondances entre administrateurs coloniaux renseignent sur ces relations difficiles, qui se manifestaient notamment par le fait que les populations tenaient cachées certaines épidémies. Un document fait par exemple état d'une épidémie de dysenterie survenue entre octobre et novembre 1917 vers Coyah⁴⁰. Elle aurait fait 150 victimes, dont 83 seraient décédées. L'auteur note : « *Comme d'habitude les indigènes n'ont pas prévenu l'Administrateur de la subdivision et c'est en causant avec eux que j'ai appris la chose* ». Il existait donc sans doute des directives adressées aux populations concernant la notification d'épidémies à l'administration coloniale afin que celle-ci mette des mesures en place. Plus loin, l'auteur relève également avoir recensé 174 lépreux dans la même subdivision et assure avoir « *donné aux uns et aux autres tous les conseils utiles en vue d'enrayer la contagion* ». Mais il se dit convaincu que la seule solution serait la création de léproseries comme indiqué par le Gouverneur général à la même période, du fait du non-isolément des malades au sein des populations : « *Les indigènes n'isolent pas les lépreux qui vivent dans les mêmes cases que leurs parents sains. Un père ne croit pas devoir refuser sa fille à un lépreux peu atteint pourvu qu'il paie la dot* ». Ce témoignage ne semble pas attester d'une réflexion de l'auteur sur les raisons qui poussent les populations à ne pas isoler les malades, de même qu'il raille la cupidité de ce père sans mentionner la précarité certaine de ce dernier.

Dans la littérature, on apprend qu'il était fréquent dans les différents pays de l'AOF que les populations cachent les cas de variole pour éviter les mesures de quarantaine telles que la destruction des cases considérées contaminées, et l'interdiction des marchés (Domergue-Cloarec, 1997). Ainsi « *quand la population signalait l'épidémie il était déjà trop tard pour mener une enquête épidémiologique* » (Domergue-Cloarec, 1997 : 1238). Il en était de même de la lutte contre la peste, ces mesures ayant par exemple abouti à la destruction de villages entiers au Sénégal entre 1914 et 1915 (Echenberg, 2002). En Guinée, une lettre du Gouverneur Général, datée de 1913, atteste de la proposition de recours à l'incendie des cases de personnes contaminées faite par le Commandant du Cercle de Kouroussa pour endiguer une épidémie de variole⁴¹. L'auteur mentionne que le Chef du Service de santé aurait jugé la mesure « *efficace* », mais lui-même se dit toutefois perplexe, cette épidémie étant « *limitée* » et « *pouvant être enrayerée par des moyens moins radicaux* ». Il recommande plutôt de vacciner « *tous les indigènes et européens habitant dans un rayon de 1 000 mètres de lieux contaminés* », et annonce que le Service de santé enverra pour ce faire 4 000 doses de vaccins.

Ces relations difficiles se traduisent également lors des tournées vétérinaires. L'auteur d'un autre document daté de juillet 1914⁴², relate par exemple une tournée de vaccination du bétail effectuée à Kouroussa par le chef du service zootechnique, lors de laquelle il dit avoir rencontré « *chez les indigènes de la province de l'Oulada une grande négligence et un mauvais vouloir évidents à rassembler les troupeaux et à lui présenter les malades* ». Il ajoute que le vétérinaire aurait ainsi vacciné un nombre de bêtes inférieur aux données du dernier recensement de 1911-1912, signe qu'il y avait également

⁴⁰ Rapport politique du quatrième trimestre 1917 du Cercle de Conakry - Boîte 1H28 (1908-1922), dossier « Lépreux ». Consulté le 9 juin 2021 aux Archives nationales de Guinée.

⁴¹ Lettre du Gouverneur Général à l'Administrateur de Kouroussa, 19 février 1913 - Boîte 1H33 (1911-1919). Consultée le 9 juin 2021 aux Archives nationales de Guinée.

⁴² Brouillon de lettre non signée adressée au Commandant de cercle de Kouroussa, 25 juillet 1914 – Boîte 1H40 (1914-1919), dossier « Epizooties ». Consulté le 9 juin 2021 aux Archives nationales de Guinée.

des dénombrements du bétail. La lettre ne mentionne pas la nature du vaccin, et ne témoigne pas non plus d'un intérêt à comprendre les craintes des populations.

b) *Des intermédiaires locaux à la fois sollicités et suspectés*

Afin de palier à ces relations difficiles, on note parmi le personnel de santé guinéen (en nombre réduit comme nous l'avons vu) la présence de certaines catégories qui évoquent les agents communautaires actuels (qui ne sont toutefois pas encore nommés ainsi), car avec l'institutionnalisation progressive du personnel local, certaines catégories professionnelles ayant pour rôle de favoriser les liens avec les populations apparaissent.

En effet, des « *infirmières-visiteuses* » réalisaient par exemple des sensibilisations dans les ménages afin d'enjoindre les femmes à se rendre dans les structures sanitaires pour les accouchements ; elles se chargeaient également de la vaccination des populations (vaccin B.C.G notamment) et participaient au dépistage des maladies vénériennes ou de la tuberculose dans les familles visitées (Ndiaye, 1997). Ces dernières étaient recrutées par concours après une formation de deux ans. Aux yeux de l'administration coloniale, leurs interventions favorisaient une plus grande adhésion des populations aux discours médicaux occidentaux, et elles formaient ainsi « *une véritable passerelle entre le dispensaire et la case indigène* » (Ndiaye, 1997 : 1196). Leur nombre semblait toutefois réduit, et selon un rapport annuel, Conakry comptait une seule infirmière-visiteuse en 1937. Cette même année, les auteurs du rapport se félicitaient de l'augmentation du nombre de guinéennes accouchant dans les structures sanitaires de la capitale, signe que le travail de cette dernière portait fruit⁴³.

Le cas des matrones semble également intéressant. Celles-ci ont longtemps été décriées par l'administration coloniale, qui les accusait notamment de répandre de mauvaises pratiques au sein de la population. Mais à partir des années 1920, elles ont été intégrées dans les formations sanitaires des pays colonisés, notamment en Guinée (Ndiaye, 1997). Le manuel *Comment éduquer les matrones*⁴⁴, daté de 1930 (figure 2), consulté aux Archives nationales, semble éclairant sur ce point. Il est signé par Ignace H. Deen (qui est alors médecin-auxiliaire, ancien externe de l'hôpital d'instruction de Dakar⁴⁵) et M. V. Deen, sage-femme auxiliaire. Sa publication fait suite à diverses instructions du Gouvernement général de l'AOF sur l'implication des matrones parues entre 1924 et 1930.

Les auteurs y constatent que chaque Cercle dispose d'une sage-femme auxiliaire, qui sont ainsi en nombre insuffisant pour couvrir correctement les zones. Ils proposent de recourir aux matrones pour « *suppléer à l'insuffisance numérique* » et « *provoquer l'infiltration des notions d'hygiène et de puériculture jusque dans les plus lointains des villages* ». Ils les nomment ainsi plus loin « *instruments actifs de propagande* ». Les auteurs recommandent que les matrones choisies pour suivre la formation, à savoir celles qui se montrent les plus ouvertes aux pratiques occidentales, effectuent des stages de quatre mois auprès de sage-femmes européennes (dans les dispensaires, maternités, et cases pour les accouchements à domicile). Sans grande surprise, le texte est ponctué de divers commentaires désobligeants vis-à-vis des matrones et des populations locales, et la sage-femme formatrice est notamment présentée comme enseignant divers éléments visant à corriger « *l'imbécilité de certaines*

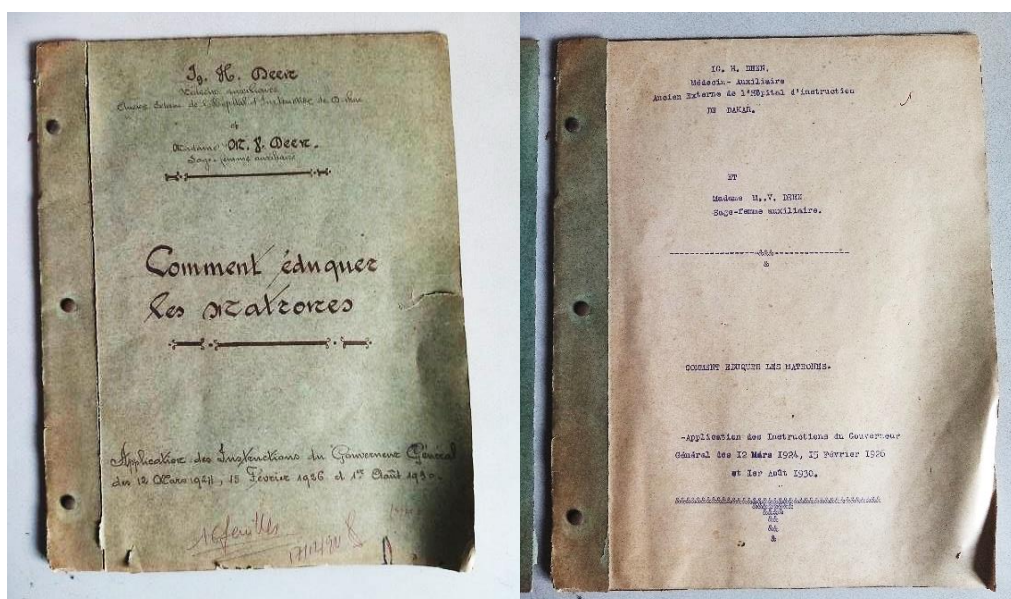
⁴³ Rapport médical annuel de la circonscription de Conakry, 1937 – Boîte 1H91 (1930-1957). Consulté le 9 juin 2021 aux Archives nationales de Guinée.

⁴⁴ Manuel Comment éduquer les matrones, Ig.H.Deen et M.V.Deen, 1930 – Boîte 1H91 (1930-1957), 17 pages. Consulté le 9 juin 2021 aux Archives nationales de Guinée.

⁴⁵ Ignace H Deen est ensuite Directeur de l'Hôpital Ballay, qui sera rebaptisé en son nom sous la gouvernance de Sékou Touré (nom toujours employé actuellement).

superstitions ». Ils proposent enfin que les matrones soient inspectées par le médecin ou la sage-femme tous les deux mois afin de juger de leurs résultats et leur délivrer ou non leurs primes. Elles doivent donc faire leurs preuves pour obtenir leur salaire. La rédaction de ce manuel fait suite à une première expérimentation qui a été une réussite selon ses auteurs, suite à laquelle ils ont présenté plusieurs matrones « éduquées » au Médecin inspecteur général. Cette inclusion des matrones a visiblement été effective, et le rapport médical annuel de 1948 fait notamment état de 1321 « accouchements pratiqués par les matrones en dehors des maternités sous la surveillance des médecins et sage-femmes » sur tout le territoire⁴⁶.

Figure 2: Pages de garde du Manuel « Comment éduquer les matrones », Ig.H.Deen et M.V.Deen, 1930, Archives nationales de Guinée, 9 juin 2021, © Barranca



Dans les pays de l'AOF, on note également la présence de « contrôleurs-lèpre » qui intervenaient dans les campagnes de lutte contre la maladie et étaient choisis parmi les infirmiers africains ayant plus de cinq ans d'ancienneté (Ndiaye, 1997 ; Ricossé & Husser, 1982). Nous n'avons pas trouvé davantage d'informations à leur sujet en Guinée. L'École de la maladie du sommeil, créée en 1939 à Ouagadougou (transférée ensuite à Bobo-Dioulasso), formait également des infirmiers des différents Etats de l'AOF, sommés ensuite d'effectuer des rondes dans les territoires pour détecter les cas suspects de trypanosomiase (Ndiaye, 1997).

3.1.5 Un historique succinct mais important

L'histoire du système de santé pendant la période coloniale mériterait d'être plus explorée. Il paraissait nécessaire ici d'en faire une revue rapide, ces éléments montrant la présence de ce qu'on pourrait considérer comme les ancêtres des agents communautaires dont l'implication était supposée améliorer l'état de santé des populations mais aussi participer à l'infiltration de la vision biomédicale de la santé au sein de celles-ci. Ce bref historique montre également que l'histoire des stratégies sanitaires du pays est liée à celle des intérêts économiques du pouvoir colonial (Bado, 1996), et que

⁴⁶ Rapport médical annuel, 1948, Partie Administrative – Boîte 1H91 (1930-1957) - Consulté le 9 juin 2021 aux Archives nationales de Guinée

les défauts de communication et la défiance mutuelle entre élites politiques et populations ne datent pas d'aujourd'hui et s'inscrivent sur le long terme. Ces relations difficiles étaient notamment visibles en période d'épidémies, ou de tournées sanitaires, les populations craignant manifestement les actions des autorités, et celles-ci ne semblant pas faire cas de ces craintes justifiées. Dans ce contexte, la médecine coloniale apparaît « *contraignante, coercitive et autoritaire, elle représente une forme de "savoir-pouvoir" imposée pour contrôler les corps, en l'occurrence des Africains* » (S. Diallo, 2021 : 34).

Cet historique montre également qu'il existait une forme de surveillance des maladies épidémiques, et des stratégies de lutte et de prévention contre celles-ci. Le rapport médical annuel de la colonie de 1957⁴⁷ montre que les populations expatriées sont épargnées de la syphilis, de la typhoïde, du tétanos et de la variole qui ne touchent que les populations locales (les Européens étant sans doute vaccinés contre celle-ci). Les autres maladies infectieuses majeures touchent proportionnellement davantage les populations autochtones ; le paludisme a notamment été diagnostiqué chez 22 333 personnes, dont 255 européens. De même, on recense 1086 cas de coqueluche chez les Guinéens, et 2 chez les Européens ; ou encore 911 cas de rougeole dont 21 chez les Blancs. Il y avait visiblement une épidémie de gale cette année de 1957, et 61 618 cas avaient été recensés, dont 761 dans la population européenne. Ainsi, à la veille de l'indépendance, les constats sur l'état de santé des populations sont à peu près équivalents à ceux posés vingt ans plus tôt⁴⁸. Le pays n'est alors doté que d'un hôpital à Conakry (l'Hôpital Ballay, construit en 1901 - figure 1), de deux ambulances, de vingt dispensaires et postes médicaux, et de quinze maternités ou postes de sage-femmes (Suret-Canale, 1959). La construction de l'hôpital Donka est en cours depuis 1956, mais il ouvre à l'indépendance en 1958 (S. Diallo, 2021).

L'histoire étant « *toujours celle de ceux qui l'ont écrite* » (Suret-Canale, 1959 : 9), les expériences des populations locales ne sont pas exposées dans les travaux traitant de la colonisation, cette période ne s'intéressant que très peu à ces dernières, et les activités sanitaires étant davantage tournées vers les populations européennes (Baliq, 2011 ; S. Diallo, 2021 ; L. A. Hirsch, 2021a ; Suret-Canale, 1959). Les interlocuteurs rencontrés lors des enquêtes n'ayant pas, ou très peu connu l'époque coloniale, ce sujet n'a pas été développé avec eux.

3.2 Le système de santé de l'indépendance aux années 1980

À la suite d'un référendum, la Guinée devient officiellement indépendante le 2 octobre 1958. Le Président, Ahmed Sékou Touré, n'est alors pas une figure nouvelle dans le monde politique guinéen car il avait déjà occupé des places importantes au temps de la colonisation. Il avait notamment été élu député guinéen à l'Assemblée nationale française en 1956 puis vice-président du Conseil de gouvernement en 1957 (Charles, 1997). Sékou Touré est à la fois considéré comme un « *héros* », père de la nation indépendante ayant osé défier les puissances coloniales, et un « *tyran* » gouvernant de manière autocratique, ordonnant l'arrestation, voire la mort, de diverses personnalités considérées comme complotistes (Kaké, 1987 ; Pauthier, 2013). Un personnage complexe, donc, et une histoire qui l'est d'autant plus qu'elle est peu écrite et encore sujette à diverses interprétations, sur fonds de

⁴⁷ Rapport médical annuel 1957 de la colonie, partie médicale – Boîte 1H91 (1930-1957). Consultée le 9 juin 2021 aux Archives nationales de Guinée.

⁴⁸ Rapport médical annuel de la circonscription de Conakry, 1937 – Boîte 1H91 (1930-1957). Consulté le 9 juin 2021 aux Archives nationales de Guinée.

tabous et passions, oscillant entre glorification et détestation de ce pouvoir (S. Diallo, 2021 ; FIDH et al., 2018 ; Pauthier, 2021).

Dans cette deuxième partie, nous présenterons la politique ambitieuse que Sékou Touré entendait mettre en place sur le plan sanitaire. Nous verrons qu'elle s'inscrit dans un élan international en faveur de la santé communautaire, mais qu'elle a difficilement vu le jour en Guinée.

3.2.1 Les ambitions sanitaires du gouvernement de Sékou Touré

Dix ans après son accession au pouvoir, Sékou Touré met au point la politique sanitaire qu'il souhaite développer en Guinée, et qui est profondément inspirée du modèle socialiste, à une période où il entame également de nouvelles collaborations internationales.

a) Une vision socialiste de la santé

La littérature scientifique est peu riche sur cette période, notamment concernant le système de santé (S. Diallo, 2021). On peut toutefois en retracer les orientations à travers la charte officialisant les objectifs de la politique sanitaire, suite aux déclarations du Président lors de la Conférence nationale de la santé en 1969 (S. Touré, 1969). Celle-ci montre que le nouveau gouvernement s'engage dans une vision socialiste de la santé, Sékou Touré étant une figure du socialisme-communisme africain (Wilkinson & Fairhead, 2017).

Alors qu'il s'emploie à une mission de « *démystification* » aux premières années de son régime, visant la disparition des rites et autres pratiques animistes (Fribault, 2015), il semble accorder une grande importance à la « *médecine populaire africaine* », qu'il veut reconnaître comme « *une véritable science dont l'efficacité a permis d'assurer jusqu'à nous la survie de nos peuples* » (Touré, 1969 : 1). Il rompt ainsi avec la vision purement biomédicale et hospitalo-centrée de la période coloniale, et vante les mérites de « *l'éducation sanitaire populaire* » (Touré, 1969 : 3), et l'autonomisation des populations vis-à-vis de leur santé. Dans les années 1960, Sékou Touré réorganise la gouvernance du territoire et crée les Pouvoirs révolutionnaires locaux (PRL), de nouvelles entités administratives et politiques rurales visant à intégrer les villages dans la marche vers la Révolution (Leunda, 1973). Sa politique sanitaire s'engage à ce que chaque PRL n'ayant pas de dispensaire soit équipé d'un poste ou centre de santé rural, tenu par un professionnel de santé (infirmier ou Agent technique de santé - ATS⁴⁹), assisté par une « *brigade sanitaire* » qu'il doit au préalable former (Touré, 1969 : 3).

Ces brigades sanitaires sont composées « *d'au moins sept brigadiers (dont un enseignant si possible), choisis parmi les militants adultes, volontaires, alphabétisés* » (Touré, 1969 : 5). Elles ont pour responsabilité :

« Le génie sanitaire rural (assainissement, habitat, eau, latrines) ; la prévention et la prophylaxie (vaccinations, lutte contre les maladies) ; l'hygiène alimentaire ; la protection maternelle et infantile ; les soins d'urgence en cas d'accidents ou de maladies ; l'éducation sanitaire ; le recensement des praticiens et des techniques populaires ; la surveillance sanitaire générale (évacuation, déclaration des épidémies, etc) ; la connaissance du milieu (conditions écologiques) devant aboutir à l'enregistrement des naissances, des décès et leurs causes » (Touré, 1969 : 5-6).

⁴⁹ Encore aujourd'hui, les ATS sont formés au sein des Ecoles de soins de santé communautaire, d'où ils peuvent sortir diplômés au bout de deux ans. Les ATS ont un statut inférieur aux infirmiers.

Elles sont complétées par un « *corps médical populaire* », composé de « *praticiens qui auront été homologués en raison de leur compétence et de leur honnêteté* », ces « *praticiens populaires* » devant s'associer aux techniciens modernes de la santé (Touré, 1969 : 7-9). Les médecines dites « *populaires* » et « *modernes* » devant ainsi être assemblées afin de donner naissance à la « *médecine guinéenne au service du peuple* » (Touré, 1969 : 4).

Le rapport de la vingt-deuxième session du Comité régional pour l'Afrique de l'OMS qui s'est tenue à Conakry en décembre 1972 renseigne également sur les orientations et réalisations sanitaires de Sékou Touré depuis son accession au pouvoir (OMS, 1972). Il y a lui-même présenté les efforts de son gouvernement, et annoncé que le budget national alloué à la santé aurait sextuplé entre 1957 et 1972, et que sur la même période la quantité de médicaments et le nombre de lits d'hôpitaux auraient été multipliés par neuf (OMS, 1972). Entre 1960 et 1963, les investissements dans le domaine sanitaire ont effectivement été particulièrement conséquents, et bien au-delà des financements de l'époque coloniale, et le nombre de structures sanitaires augmente, y compris dans les régions (S. Diallo, 2021). En 1967, son gouvernement a créé une Ecole nationale de médecine en vue de pallier au fait que plusieurs médecins formés à l'étranger ne revenaient pas servir dans leur pays (S. Diallo, 2021). Celle-ci aurait formé 1800 professionnels de santé, toutes catégories confondues, en cinq ans (OMS, 1972). Notons que ce rapport s'inscrit dans un renouement des liens entre le gouvernement de l'indépendance et l'OMS, après que Sékou Touré ait retiré le pays de l'organisation en septembre 1970, suite à la déclaration d'une épidémie de choléra sur le sol guinéen, faite contre sa volonté (Echenberg, 2011). En 1982, la politique de Sékou Touré souhaitant africaniser les professions médicales, trois Ecoles de soins de santé communautaires accueillent, à l'intérieur du pays (à Labé, N'Zérékoré et Kankan), des étudiants infirmiers, techniciens de laboratoire-pharmacie, techniciens de santé publique et sage-femmes, (S. Diallo, 2021).

b) De nouvelles coopérations scientifiques

La récente indépendance de la Guinée se caractérise par une rupture des liens avec les puissances coloniales, et en particulier avec la France, au profit d'un rapprochement avec les pays du bloc soviétique (Gberie, 2001). C'est sans doute ce qui explique que la Guinée ne participe pas à l'Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies (OCCGE), créée le 25 avril 1960 à Abidjan, et regroupant sept Etats d'Afrique de l'Ouest et la France, le secrétaire général étant d'ailleurs français (Ricossé & Husser, 1982).

Le gouvernement de Sékou Touré se rapproche donc des pays soviétiques, et des médecins originaires de Pologne, de République Tchèque ou encore de Russie remplacent les coopérants français dans les services médicaux (S. Diallo, 2021). Ces nouveaux partenariats dans la lutte contre les maladies et la surveillance épidémiologique, donnent également naissance à un laboratoire russo-guinéen de virologie et microbiologie à Kindia (Dedkov et al., 2021) à l'emplacement de l'ancien centre pastorien colonial. Il y a peu de littérature traduite sur celui-ci (la grande majorité des textes scientifiques qui y sont relatifs étant écrits en russe), mais ce laboratoire s'employait notamment à surveiller les pathogènes chez différentes espèces animales de la faune guinéenne (Dedkov et al., 2021), poursuivant ainsi la surveillance sanitaire animale entamée à la période coloniale. Ses équipes ont également mis au point un vaccin contre la variole, qui a ensuite été distribué dans d'autres pays, comme le notent les auteurs du rapport de l'OMS mentionné plus haut : « *La réussite du projet visant à produire du vaccin antivariolique lyophilisé à Kindia a marqué tout récemment un point culminant à cet égard ; cela a d'ailleurs permis à la Guinée de faire don à l'OMS de stocks importants de vaccins*

pour le programme mondial d'éradication de la variole » (OMS, 1972 : 5). Un point qui leur fait d'ailleurs dire que « *contrairement à l'opinion répandue dans certains milieux, la contribution de la Guinée aux activités de l'Organisation a toujours été précieuse* » (OMS, 1972 : 5), signe que le gouvernement de l'indépendance ne rompt pas avec l'OMS.

Concernant la surveillance des maladies humaines, les membres présents lors de cette vingt-deuxième session du Comité régional pour l'Afrique de l'OMS, ont rappelé qu'il était « *nécessaire pour chaque Etat Membre d'appliquer rigoureusement les dispositions du Règlement sanitaire international dans la protection de ses frontières* », et que ceux-ci se devaient de « *notifier régulièrement au Bureau régional le profil épidémiologique des principales maladies transmissibles* », pour aboutir à une « *surveillance efficace* » (OMS, 1972 : 21-22). Plus loin, il est également noté que 21 maladies étaient alors considérées par l'OMS comme maladies à notification obligatoire (mais qui ne sont malheureusement pas nommées dans ce document), auxquelles il a été proposé d'ajouter la fièvre de Lassa lors de ce Comité, celle-ci ayant été découverte deux ans plus tôt au Nigéria, et notifiée depuis au Libéria et en Sierra Leone (OMS, 1972).

3.2.2 Un élan mondial pour la santé communautaire

Les auteurs du rapport de l'OMS mentionnent que les conceptions populaires de la santé du président guinéen, vont au-delà de celles de l'OMS :

« Dans son discours, Son Excellence Ahmed Sékou Touré Président de la République de Guinée a abordé maints aspects de la santé - élément indispensable si le peuple veut exister, survivre et maîtriser son milieu. La préservation de la santé publique est donc un domaine trop important pour être confié aux seuls spécialistes ; le peuple doit pouvoir participer intimement tant à la prise des décisions qu'à leur mise en pratique. Cette idée semble aller plus loin que les conceptions de l'Organisation Mondiale de la Santé, pour laquelle chaque Etat, tout en coopérant avec ses voisins, est responsable de la santé de son peuple et sauvegarde ainsi la santé dans le monde » (OMS, 1972 : 7).

Mais la vision révolutionnaire et socialiste de la santé développée par le régime de Sékou Touré n'est pas isolée dans le monde, et elle s'inscrit dans la mouvance des ambitions des indépendances, qui vont progressivement être également portées par les anciennes puissances coloniales (Beauchamp & Childress, 2019 ; Hall & Taylor, 2003). En 1975, l'OMS reconnaît par exemple pour la première fois la médecine traditionnelle en tant que "*legitimate alternative in national care planning*" et le premier programme de médecine traditionnelle est établi en 1978 (Coreil, 1990 : 7). L'intégration des tradithérapeutes attire ensuite davantage l'attention des programmes de santé internationaux (Coreil, 1990), mais comme nous l'avons vu elle était déjà encouragée par Sékou Touré à la veille des années 1970.

Bien qu'elle repose donc sur un ancrage plus ancien la notion de santé dite « communautaire » apparaît lors de la Conférence d'Alma-Ata, organisée dans la ville éponyme (Kazakhstan) le 12 septembre 1978, et à laquelle la Guinée participe aux côtés de 133 autres pays. Cette conférence est organisée sous l'égide de l'OMS, en pleine Guerre froide, dans un contexte où plusieurs Etats du Sud sont récemment indépendants, et sur fonds donc d'importants enjeux géopolitiques. La rencontre d'Alma-Ata porte ainsi un important projet de cohésion, et de pacification à l'échelle mondiale, au moment où fleurissent également divers mouvements de promotion de la paix dans le monde (Mull, 1990).

Le développement des programmes verticaux, à la suite logique de la médecine coloniale, tel que celui contre le paludisme a montré que ceux-ci n'étaient pas suffisants et qu'ils ne s'attaquaient pas aux problèmes de base des systèmes de santé. C'est à la suite de ce constat que se tient la Conférence d'Alma-Ata, qui aboutit à la signature d'une déclaration définissant la santé comme un droit des êtres humains à bénéficier d'un « *bien-être physique, mental et social* ». Elle met l'accent sur la nécessité de « *donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive* » (OMS, 1978). C'est le développement de la pensée autour de la santé dite internationale (Coreil & Mull, 1990) visant à apporter un nouveau modèle de santé équitable et favorable à tous (Mull, 1990). Dans un objectif commun de servir le projet ambitieux de « Santé pour tous en l'an 2000 » soutenu par l'OMS (Hall & Taylor, 2003).

Le modèle proposé est nommé « Soins de santé primaire » (SSP), ou *Primary Health Care* en anglais (PHC). Il est inspiré de modèles pionniers menés dans différents pays et qui reposent notamment sur l'implication d'agents communautaires dans l'amélioration de la santé des populations, tels que les « *médecins chinois aux pieds nus* », ou « *chinese barefoot doctors* » (Ridde, 2003), et les équipes de santé villageoises déployées dès 1969 au Niger (Balique, 2011). Les SSP formalisent ainsi le recours aux agents communautaires, supposés améliorer la couverture sanitaire des populations vivant dans les zones défavorisées des pays du Sud (Christopher et al., 2011), à la suite des stratégies qui avaient déjà été développées à l'époque coloniale.

3.2.3 Discours actuels sur le système de santé après l'indépendance

Les documents précédemment cités ne fournissent qu'un aperçu partiel de la politique sanitaire développée à l'indépendance de la Guinée, et en retracent davantage les intentions que les réalisations. Au cours des enquêtes réalisées, trois personnes ayant connu l'époque de Sékou Touré ont été interrogées, et ont partagé leurs souvenirs. Bien que ce nombre soit restreint, certains éléments paraissant intéressants ont été abordés.

a) La poursuite des programmes verticaux

Dans le contexte mondial, les années 1950 et 1960 ont été marquées par l'émergence des programmes dits « verticaux », dédiées à la lutte contre des pathologies spécifiques (Mull, 1990). En Guinée, sous le régime de Sékou Touré, les structures dédiées à la prise en charge de la trypanosomiase, établies à la période coloniale, ont perduré. Deux interlocuteurs se souviennent de l'existence de ces centres communément nommés « *Trypano* », telle que Wido, originaire de Sérédou (préfecture de Macenta) :

« Mais les hôpitaux qui marchaient beaucoup, chaque préfecture, chaque région y avait Trypano là-bas. Surtout Trypano, la forêt était meilleure parce qu'ils avaient un grand centre à N'Zérékoré, un grand centre. C'est là-bas pour la première fois j'ai vu les lépreux, à N'Zérékoré. Ça c'était au temps de Sékou Touré, c'est en ce moment après ils sont venus faire un centre à Macenta. Mais là-bas le traitement était gratuit » (Entretien avec Wido, infirmière guérite de la MVE).

Ibrahima, qui a grandi à Conakry se rappelle également que ses proches se rendaient dans un centre « *Trypano* » à Kaporo, si les premiers soins auprès des thérapeutes traditionnels n'avaient pas été concluants. Il se rappelle que les soins y étaient payants.

Wido et Ibrahima ne se souviennent pas avoir noté la présence d'agents communautaires à cette période (à Sérédou et Conakry). Lorsqu'ils évoquent le « *temps Sékou Touré* » ces derniers soulignent le fait que les pratiques de soins étaient entravées par différents éléments structurels, tels que le manque de routes et l'enclavement des zones rurales, ce qui est souligné ailleurs (S. Diallo, 2021). Wido a expliqué qu'à cette époque il y avait autour de chez elle, un infirmier à Sérédou (installé dans les anciens bâtiments administratifs de l'époque coloniale) et un autre à Macenta, travaillant à la « *Trypano* ». Un jour, sa mère qui souffrait de maux de ventre n'a pu se rendre chez aucun de ces soignants en raison de la dégradation de la route :

« Elle est tombée malade, on l'a pris dans le hamac, on est venu dans le village. Comme son père était un grand, le chef de canton, ils ont envoyé une équipe pour venir chercher ma maman. Quand on est venu y avait la boue, la voiture s'est enfoncée là-bas. Ma maman était couchée en train de pleurer, j'avais mon petit frère, mon papa avait la fille. Le chauffeur est descendu, il dit que les douleurs-là ça doit être les vers. Le chauffeur a pris le couvercle du bidon-là, il a mis un peu d'essence, il a dit à ma maman de boire l'essence. Ma maman a bu ça, après 30 minutes elle a dit qu'elle va pour se mettre à l'aise [faire ses besoins]. C'est après ça, quand j'ai fait l'école de la santé, j'ai su que c'étaient des Ascaris. Quand ma maman était partie pour se mettre à l'aise, y avait pas de selles, y avait que des vers.

Eva : Et c'est l'essence qui a fait sortir ça ?

Wido : Je pense, parce qu'il n'y avait pas d'autres médicaments » (Entretien avec Wido, infirmière guérie de la MVE).

Ils notent toutefois qu'à cette époque le traitement du paludisme était simplifié, le pouvoir ayant maintenu l'activité de l'usine d'exploitation et de transformation du quinquina à Sérédou, nationalisée comme les autres usines du pays (Gberie, 2001), évitant ainsi l'importation de médicaments : « *Au temps Sékou Touré, y avait pas de médicaments piratés. Dans les magasins comme ça, non y avait pas un vendeur de médicaments, y en n'avait pas, c'était à la pharmacie ou bien à l'hôpital* », selon les propos de Wido. Ibrahima se souvient également avoir pris les produits de l'usine de Sérédou, qui étaient « *envoyés* » sur tout le territoire. Les pharmacies et cliniques privées n'avaient pas encore fait leur apparition, car l'entreprise privée était contraire à l'idéologie socialiste : « *Les pays ayant opté pour la voie socialiste du développement, comme la Guinée ou le Mali, s'opposèrent à tout exercice privé des professions de santé* » (Balique, 2011 : 33).

Djeneba, médecin, m'a également fait part de son témoignage sur le fait qu'à son arrivée dans le milieu en 1974, la tuberculose était encore une maladie négligée et particulièrement stigmatisante. Selon elle, les malades avaient alors très peu d'espoir de guérison, en raison de l'absence de laboratoire pour le diagnostic, du peu de médicaments disponibles, et du fait qu'un seul centre était alors dédié à cette pathologie, à Conakry. Grâce à l'investissement de cette dernière, le service de pneumologie de l'hôpital Ignace Deen améliore progressivement la prise en charge des malades, mais ce n'est qu'à partir de 1990 avec l'implémentation du Programme national de lutte contre la tuberculose, que les progrès ont commencé à être significatifs, comme nous l'aborderons plus loin.

b) Un programme ambitieux mais mitigé

Dans l'ouvrage de Safiatou Diallo, qui expose un nombre bien plus important de témoignages, il est indiqué que cette politique aux accents très idéologiques, semble avoir eu des résultats mitigés. Si le nombre de structures sanitaires a augmenté, les ressources humaines comme matérielles ne sont pas suffisantes, et il existe toujours de sérieux problèmes d'accessibilité (S. Diallo, 2021). La disponibilité en médicaments ne couvrait par exemple que 10 à 30 % des besoins, et était entravée par

des difficultés d'acheminement dues notamment à des pénuries de fuel (Knippenberg et al., 1997). La politique de santé était supposée assurer des soins gratuits mais l'appui de l'aide internationale et le budget national étaient insuffisants pour satisfaire cette volonté. Les populations manquaient de confiance envers le système de santé, et elles avaient davantage recours aux médecins traditionnels et à l'auto-médication (Knippenberg et al., 1997), comme le confirment les témoignages ci-dessus. Si la tarification des soins par les soignants était proscrite, il semble que de telles pratiques existaient par endroits, en raison du caractère dérisoire des salaires perçus (S. Diallo, 2021). Le climat social et politique est complexifié par le caractère très autoritaire du pouvoir, qui commande l'exécution de plusieurs personnalités, y compris parmi le personnel médical (S. Diallo, 2021). A cette période, « *l'intimité domestique comme la vie privée ne venaient plus faire limite à la surveillance politique, de sorte que chacun vivait dans un climat de peur et de délation* » (Le Coq, 2022 : 113).

Un coup d'Etat militaire conduit peu après la mort de Sékou Touré en 1984 consacre Lansana Conté comme nouveau représentant du gouvernement. Alors que le Président de l'indépendance avait entamé un « lent tournant libéral » (S. Diallo, 2021 : 215), en autorisant notamment le petit commerce suite à la révolte des femmes en 1977, son successeur s'engage dans une politique nettement capitaliste. Celle-ci entraîne des répercussions sur le domaine sanitaire, comme nous allons le voir maintenant.

3.3 Les Soins de santé primaires et le tournant libéral

En Guinée, comme nous l'avons vu, le programme de santé développé par Sékou Touré se rapproche des ambitions d'Alma-Ata, mais les réalités de sa mise en œuvre sont assez mitigées. Lors de la conférence nationale de santé menée en juillet 1984, les constats sont sans appel sur la nécessité de réformer le système de santé, et le nouveau régime s'engage dans la mise en place d'une nouvelle politique nationale de santé basée sur le modèle des SSP (S. Diallo, 2021). Ainsi, dans les textes institutionnels en Guinée le développement des SSP est présenté comme ayant débuté au courant des années 1980, sous le régime de Lansana Conté⁵⁰ (*Politique Nationale de Santé communautaire*, 2017 ; *Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2024*, 2015). C'est ce que nous développerons dans cette dernière partie, en présentant d'abord le contexte international et national de la mise en œuvre de cette nouvelle politique sanitaire, son fonctionnement, et pour finir ses résultats.

3.3.1 Le contexte international et national de la fin des années 1980

Commençons par présenter le contexte international dans lequel la nouvelle politique guinéenne de santé s'inscrit.

a) Une application tardive et fragmentée de la déclaration d'Alma-Ata

Dès avant la Conférence d'Alma-Ata, des Etats comme la Tanzanie, Oman ou Kerala en Inde avaient mis en œuvre des politiques de santé décentralisées, reposant sur le déploiement massif d'agents communautaires, et qui ont servi de modèles à la formulation des SSP (Beaudevin et al., 2022). Néanmoins, l'attrait pour les SSP n'a pas eu le même effet dans tous les pays du Sud, et le cas de la Guinée n'est pas isolé concernant le retard de mise en œuvre des SSP. Très peu de pays avaient

⁵⁰ Les différents régimes politiques que la Guinée a connu depuis l'indépendance sont présentés en Annexe 3.

jusqu'alors tenté d'appliquer la déclaration d'Alma-Ata, notamment car l'approche qui y était proposée était surtout théorique et peu pragmatique (Ridde, 2003), et la plupart des Etats du Sud, aux économies précaires, ne priorisaient pas le domaine de la santé (Mull, 1990). Cette vision était davantage portée par les institutions globales internationales et reflétaient des ambitions qui n'étaient pas toujours celles des gouvernements des pays du Sud : *"It is certainly true that CPHC [Comprehensive Primary Health Care] always seemed to evoke more enthusiasm from international agencies than from governments of developing countries. Many such governments seemed to have mixed feelings about it, endorsing the idea of CPHC but never putting into practice"* (Mull, 1990 : 37). Les propositions d'Alma-Ata entendaient par exemple remettre en question les profondes inégalités de santé parmi les populations, ce qui n'était pas toujours du goût des dirigeants de ces Etats (Packard, 2016).

En 1979, un modèle alternatif aux SSP est développé à travers les « *Selective Primary Health Care* ». Il propose de prioriser certaines activités préventives ou curatives présentant un fort ratio coût-efficacité, telles que la distribution de sels de réhydratation orale pour la prise en charge des diarrhées infantiles, ou encore la sensibilisation à l'allaitement (Mull, 1990). Les programmes verticaux, qui avaient connu leur « *heure de gloire à l'époque coloniale* » (Balique, 2011 : 34), à l'image des programmes de lutte contre la trypanosomiase ou le paludisme, et qui avaient subsisté après l'indépendance, poursuivent leur essor dans cette logique (Bigot, 2011). Ces programmes, bien qu'ils aient des résultats, sont insuffisants car ils ne s'attaquent qu'à des pathologies particulières et ne ciblent pas tous les problèmes sanitaires des populations (Mull, 1990). Il paraissait ainsi nécessaire d'adopter une politique plus large pour renforcer le système de santé en Guinée et c'est l'une des ambitions de la politique des SSP de la fin des années 1980.

b) *L'Initiative de Bamako*

Le développement de la politique des SSP en Guinée, et dans d'autres pays, fait suite à une réunion qui a regroupé plusieurs ministres de la santé africains en 1987, et qui a abouti à ce qui est nommé l'Initiative de Bamako (IB). L'IB propose un nouveau modèle de système sanitaire qui se rapproche des valeurs promues dans les SSP (Ridde, 2003), introduisant cependant de nouveaux enjeux économiques, et s'insérant dans un contexte de libéralisation globale, en atténuant les ambitions socialistes d'Alma-Ata. Soutenu par l'OMS et l'UNICEF, ce nouveau modèle se veut effectivement plus adapté aux pays ayant des situations économiques difficiles, et notamment aux Etats africains qui font face à une crise économique importante au courant des années 1980. Celle-ci se traduit par un manque criant de matériels et médicaments dans les centres de santé en Guinée et au Bénin (Soucat, Levy-Bruhl, Gbedonou, et al., 1997).

Les principes de l'IB ont été davantage suivis que ceux énoncés lors de la Conférence d'Alma-Ata et ils ont donné naissance à plusieurs réformes sanitaires dans les pays du Sud. Le développement de ces politiques sanitaires nationales s'inscrit dans le contexte particulier de la fin des années 1980, marqué par la fin des Etats-providence et le développement de réformes structurelles, ayant notamment des répercussions dans le domaine de la santé. Ces réformes sont soutenues par les institutions internationales, au premier rang desquelles figure la Banque mondiale (Bigot, 2011 ; Hall & Taylor, 2003), qui fait « *l'apologie du paiement direct des usagers et du rôle du secteur privé* » (Ridde, 2003 : 3). Afin que le financement du système de santé soit pérenne, l'IB remet effectivement en question les ambitions de gratuité des soins promues par la Déclaration d'Alma-Ata (Ouendo et al., 2004) - qui ne paraissaient toutefois que théoriques en Guinée - et propose le développement du paiement des prestations par les patients, autrement nommé « *recouvrement des coûts* » (Balique, 2011).

Ainsi, le succès de l'IB est attribué au fait que son approche était moins théorique et donnait des orientations d'implémentation plus précises et pragmatiques que la Déclaration d'Alma-Ata (Ridde, 2003), mais aussi au fait que cette nouvelle stratégie entendait réduire les dépenses nationales de santé des pays en voie de développement, en proie à une importante crise (Kerouedan, 2011 ; Ridde, 2003).

c) Une rupture avec la vision socialiste

En Guinée, la politique des SSP débute quatre ans après l'accès au pouvoir de Lansana Conté en 1984. Il paraît important de dire quelques mots du contexte politique et économique dans lequel cette réforme sanitaire s'inscrit, car les ambitions libérales du nouveau régime se conjuguent bien avec celle-ci. Comme nous l'avons déjà souligné, le modèle promu par l'IB s'engage dans une vision moins socialiste de la santé que celle développée lors d'Alma-Ata, et il engage peu l'Etat, ce qui n'est pas sans plaire au nouveau pouvoir guinéen qui s'engage dans une politique de tendance capitaliste (Gberie, 2001). L'ambition libérale de ce régime conduit à la privatisation des usines du pays, et l'usine de production et de transformation de la quinine de Sérédou ferme par exemple définitivement ses portes en 1989 (Lahidi, 2020) (figure 3). Elle entraîne également la multiplication des structures privées, qui deviennent progressivement des acteurs majeurs du système de soin (Comolet, 2000). Ces nouvelles structures sont supposées permettre de pallier la compression du personnel de santé dans les établissements publics induite par les ajustements structurels (S. Diallo, 2021).

Figure 3: L'usine de transformation de quinine de Sérédou, aujourd'hui désaffectée. 26 avril 2021 © Barranca



Lansana Conté renoue avec les pays occidentaux, qui avaient été écartés par Sékou Touré. Ce rapprochement s'illustre notamment dans la mise en œuvre de la nouvelle politique de santé, puisque le partenaire principal est l'UNICEF, qui ouvre un bureau à Conakry en 1984 (S. Diallo, 2021). Ce renouement des liens était lié aux inquiétudes quant à l'instabilité progressive des pays voisins, mais aussi à « *d'évidents intérêts économiques suscités par les importantes richesses naturelles de la Guinée : la bauxite mais également l'or, le diamant, le bois, le caoutchouc ou même le fer du Nimba, qui n' [était] pas encore exploité mais qui [suscitait] déjà la convoitise des grandes compagnies minières mondiales* » (Chambers, 2004 : 138).

La gouvernance de Lansana Conté se veut plus démocratique (il n'y a plus de parti unique comme au temps de son prédécesseur), du moins en façade, les différentes élections ayant manqué de transparence et la presse étant particulièrement contrôlée (Chambers, 2004). Il en sera de même pour les gouvernements qui lui succéderont jusqu'à aujourd'hui.

3.3.2 Fonctionnement de la politique des soins de santé primaires

L'implémentation de l'IB en Guinée prend la forme de la politique dite PEV/SSP/ME (Programme élargie de vaccination/Soins de santé primaires/Médicaments Essentiels), que nous allons maintenant détailler. La Guinée est l'un des deux premiers pays où l'IB est mise en place, à partir de 1988 (Comolet, 2000), au côté du Bénin (Knippenberg et al., 1997). Les indicateurs sanitaires sont alors inquiétants, et on note notamment en 1986 que seuls 5 % des enfants ont une couverture vaccinale complète, et un an plus tard que 3 % des femmes suivent trois consultations prénatales (CPN) (Knippenberg et al., 1997)⁵¹.

a) Une politique décentralisée

En Guinée, le développement des SSP après l'IB a donc pris la forme de la politique dite PEV/SSP/ME. Cette politique est souvent nommée « *politique des soins de santé primaires* », aussi nous emploierons cette dénomination, bien qu'elle ne concerne pas que les SSP. Elle a été développée par le Ministère de la santé et le Ministère de l'administration du territoire, et elle s'inscrit dans la politique de décentralisation initiée par le nouveau régime, à un moment où la population guinéenne est de 6,5 millions d'habitants (Knippenberg et al., 1997), soit la moitié de la population de 2021.

Selon Djeneba, la coordination entre les différents acteurs de la politique fonctionnait très bien, ce qui aurait facilité sa mise en place :

« A l'époque, ce qui était vraiment la force de ce programme des Soins de santé primaires, c'est qu'il y avait un partenariat très très fécond, les équipes se concertaient, et donc vraiment c'était très très bien géré, il y avait des réunions au Ministère de la santé, au Ministère de la décentralisation. Ils étaient constamment dans ça avec leurs partenaires, que ce soit l'UNICEF, l'OMS, la FAO, toutes les institutions internationales qui étaient là avaient compris la portée de ces soins de santé primaires et avaient adhéré. Et donc ils mettaient en place les programmes, ils finançaient et ça se passait très bien » (Entretien avec Djeneba, médecin).

Cette politique a conduit à la construction ou la réhabilitation de nombreuses structures sanitaires, dans l'objectif de rapprocher les populations des lieux de soins (Knippenberg et al., 1997). Les hôpitaux préfectoraux et régionaux ont notamment été « *réanimés et articulés au dispositif des soins primaires* » (Comolet, 2000 : 2). Les chiffres diffèrent à ce propos et dans une série d'articles évaluant la stratégie il est question de 214 centres de santé qui auraient été inclus dans le programme entre 1989 et 1993 (Soucat, Levy-Bruhl, Bethune, et al., 1997), et de 283 centres ayant intégré le PEV/SSP/ME en 1994 (Lévy-Bruhl et al., 1994), ou encore d'un total de 349 centres de santé et 298 postes de santé (Comolet, 2000). Il est cependant évident que l'offre de soins a été développée et s'est rapprochée des populations, ce qui a contribué à « *désenclaver* » certaines zones, selon les propos d'Ibrahima :

⁵¹ Ces chiffres doivent être considérés avec du recul, les conditions dans lesquelles ces indicateurs ont été calculés n'étant pas précisées, bien qu'ils se rapprochent sans doute d'une certaine réalité.

« Si je prends le temps Conté, là c'est en ce moment que la politique guinéenne sur les soins de santé on dit que ça repose sur les Soins de santé primaires, les Médicaments essentiels et le PEV. Ils ont instauré ça partout où y a des gros villages ou bien des sous-préfectures ou bien des districts, on faisait là-bas maintenant des postes de santé, des centres de santé améliorés, et les CMC [Centre médicaux communaux] c'est venu dans ça. Là maintenant ils ont rapproché la santé vers le niveau communautaire, c'est les plus démunis qui ne peuvent pas gagner, ils ont instauré maintenant les médicaments essentiels. Parce que même si tu as 5 000 francs, tu as un problème de diarrhée ou bien palu, Chloroquine, Métró [Métronidazole] tu peux gagner [acheter] ça dans les centres de santé. Et les ponts aussi, ils ont désenclavé » (Entretien avec Ibrahima, infirmier guéri de la MVE).

En 1990, la Guinée possède également deux hôpitaux nationaux (à Conakry), six hôpitaux régionaux et 29 hôpitaux préfectoraux (S. Diallo, 2021).

b) Financements et gouvernance

Le financement de la politique du PEV/SSP/ME, promue par l'OMS et l'UNICEF, reposait sur un partage des coûts entre :

- ❖ Les bailleurs : qui supportaient les frais de départ (matériel, équipements, médicaments et autres intrants)
- ❖ L'Etat : qui payait les salaires des professionnels titulaires
- ❖ Et les populations : qui payaient les prestations de soins.

Ainsi, le fonctionnement à long terme des structures était supposé être supporté par les bénéficiaires des structures de santé à travers le paiement des soins par les patients, pour garantir notamment l'achat et l'acheminement des intrants (Soucat, Levy-Bruhl, Gbedonou, et al., 1997). Le coût devait être différent selon des catégories définies de patients (Soucat, Levy-Bruhl, Gbedonou, et al., 1997), mais il n'a pas été possible de trouver d'autres références attestant de cette application.

En termes de gouvernance, cette politique était donc soutenue au niveau international, gérée au niveau national par les ministères de la santé et de l'administration du territoire, mais se voulait aussi locale. Le fonctionnement des structures de santé reposait en effet sur l'implication de comités de gestion dit « *communautaires* », composés de membres élus de la communauté (Knippenberg et al., 1997), chargés de la gestion et de l'orientation des fonds. C'est cet aspect, et la décentralisation des soins, qui lui valent d'être considérée comme politique de santé communautaire. Selon Foromo, cadre à l'actuelle Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle (DNSCMT) au Ministère guinéen de la santé, ces comités de gestion encourageaient la fréquentation des populations dans les structures sanitaires :

« Pour que la communauté participe, ils ont créé ce qu'ils ont appelé les Comités de gestion qui constituaient l'interface entre les structures de santé, donc le personnel de santé qui est technique, et les communautés pour pouvoir les sensibiliser afin qu'ils aient accès à des soins de qualité mais à coût abordable parce que ce n'est pas tout le monde qui a la capacité de se faire soigner dans les hôpitaux » (Entretien avec Foromo, cadre à la DNSCMT).

Leur implication avait également pour but de réduire le manque de confiance des populations envers le système sanitaire officiel (Lévy-Bruhl et al., 1994). Cette gestion se voulait transparente et les populations et personnels de santé étaient supposés avoir accès aux indicateurs de santé et de gestion des structures afin de connaître les besoins et les problèmes, et de pouvoir influencer la prise de

décision (Knippenberg et al., 1997). La supervision des structures sanitaires et de leurs équipes était assurée par des experts en santé publique, étrangers le plus souvent (Comolet, 2000). Les pratiques de management ont alors évolué, avec l'introduction de primes fixes de motivation et de performance à l'encontre du personnel (Lévy-Bruhl et al., 1994 ; Soucat, Levy-Bruhl, Bethune, et al., 1997), primes devant être payées par les ressources des structures, et donc par les populations. La gestion des stocks et des ressources se voulait rationnelle, et l'introduction des systèmes d'information avait pour ambition de la simplifier (Knippenberg et al., 1997).

c) Interventions et stratégies mises en place

La politique PEV/SSP/ME entendait proposer différentes interventions sanitaires dont l'objectif était de garantir un paquet minimum de soins, en particulier aux femmes (à travers la généralisation des CPN ou l'amélioration des diagnostics des grossesses à risque) et aux enfants (vaccination) (Knippenberg et al., 1997). Les actions de cette politique étaient supposées améliorer les soins curatifs, notamment le traitement de diverses pathologies, dont le paludisme et les infections respiratoires (Knippenberg et al., 1997).

La prévention était également au centre des stratégies (Knippenberg et al., 1997), et reposait sur l'implication d'agents communautaires. Sur ce point, la littérature n'est pas abondante, mais certains interlocuteurs se rappellent la présence d'agents communautaires dans les structures de santé. C'est notamment le cas d'Ibrahima, qui était ATS à cette époque et travaillait dans un centre de santé de la préfecture de Pita, au côté d'une pharmacienne et du chef de centre. Il note que les deux agents communautaires avec lesquels il travaillait « *facilitaient vraiment le travail* » du centre. Ces derniers étaient parfois rémunérés en fonction de la « *rentabilité* », des « *bénéfices* » et sous réserve de l'approbation du chef de centre. Ils étaient impliqués pour mener des sensibilisations, ou encore pour faciliter le suivi de la vaccination des enfants :

« En ce moment, les agents communautaires, s'il y a des informations ou bien la sensibilisation, c'est les gens qu'on appelle pour expliquer. C'est eux qui vont partir maintenant devant nous pour sensibiliser la population [...] ou bien pour sensibiliser les femmes en âge de procréation de venir au centre se vacciner. Par exemple, je me rappelle, on avait perdu deux femmes, parce qu'en ce moment c'était sérieux pour que les femmes envoient des enfants pour la vaccination. Donc c'est eux qui nous avaient aidés à retrouver les femmes-là pour avoir les enfants à l'hôpital pour prendre le [vaccin] polio ou bien de la rougeole » (Entretien avec Ibrahima, infirmier, 28 juin 2021, Conakry).

Les interlocuteurs notent qu'à l'époque, plusieurs écoles de santé communautaire ont ouvert et que l'offre de formation a ainsi été augmentée et démocratisée alors qu'elle était auparavant réservée « *aux fils de diamantaires ou de ministres* », pour reprendre les propos de Wido. Néanmoins, si l'offre de formation a augmenté à cette période, il semble que l'augmentation corolaire et massive du nombre d'étudiants s'est confrontée à une insuffisance de moyens humains et matériels, et le niveau de formation des établissements était alors jugé insuffisant (S. Diallo, 2021).

L'ambition de rationalité et d'optimisation du ratio coût-efficacité a également entraîné une évolution des pratiques diagnostiques, avec la mise en place d'algorithmes pour affiner les diagnostics et prescriptions (Knippenberg et al., 1997), comme le rappelle Djeneba :

« Pendant les soins de santé primaires ils avaient mis en place des algorithmes pour faire les diagnostics et chaque algorithme avait un traitement. Donc quand on disait que la porte d'entrée telle c'était la toux, on demandait un certain nombre d'éléments, et quand ces éléments existaient on donnait tel traitement.

Ça a été simplifié de telle manière que les agents, même s'ils ne sont pas très lettrés, qu'ils puissent administrer ces soins de base, ces soins élémentaires qui permettent de sauver certains patients. Maintenant si ça ne marchait pas y avait la référence, on envoyait à l'hôpital préfectoral, si là aussi ça ne marchait pas on envoyait à l'hôpital régional, ainsi de suite jusqu'à l'hôpital national. Donc vraiment le circuit était très, très rodé » (Entretien avec Djeneba, médecin).

L'approvisionnement en médicaments essentiels, le plus souvent sous leur forme générique pour réduire les coûts d'achat, était assuré par une initiative des Nations Unies, UNIPAC (UNICEF Procurement and Assembly Centre), gérée au niveau régional et national (Knippenberg et al., 1997). Cette stratégie permettait de maintenir des prix stables pour les intrants, ce qui a contribué à atténuer l'impact de l'inflation et de la dévaluation du franc guinéen (Knippenberg et al., 1997 ; Reich, 1987).

d) Les programmes verticaux

Malgré l'implémentation d'une nouvelle politique se voulant nationale, les programmes verticaux ont perduré en parallèle des SSP afin de compléter l'offre de soins. Ainsi, le Programme national de lutte contre la tuberculose a été officiellement implémenté en 1990 avec l'appui de diverses ONG réparties sur le territoire (telles que la Mission philafricaine dans la région forestière, ou MSF à Conakry et Labé), et de la Division OMS du Programme mondial de lutte contre la tuberculose (Tamouza et al., 1995). Comme le souligne Djeneba, l'ambition qui a animé la création du Programme était de renforcer le diagnostic et la prise en charge des cas de tuberculose au niveau communautaire :

« Ce qu'on faisait, c'est qu'on essayait de les rendre non contagieux, on les renvoyait dans leur communauté, dans leur maison. Donc on faisait des soins communautaires sans employer le mot "soins communautaires" parce qu'après l'hospitalisation, la phase intensive du traitement, quand les malades étaient devenus négatifs, on les rendait à leurs familles, ils allaient là-bas et ils venaient régulièrement chercher leurs médicaments jusqu'à la fin du traitement. Donc c'est en réalité un traitement plutôt dans la communauté [...] Et après, pour le reste du traitement ils restaient chez eux, ils avaient leurs pilules, y avait quelqu'un dans leur maison, la maman, le frère, qui s'assurait qu'ils prenaient leurs médicaments. Donc c'est véritablement un traitement dans la communauté, mais au sein de la famille » (Entretien avec Djeneba, médecin).

Elle note l'importance de la gratuité des traitements : *« Il fallait d'abord s'assurer d'avoir des médicaments à donner gratuitement aux patients. Parce que s'il fallait que les patients aillent acheter des médicaments c'est sûr qu'ils n'auraient jamais pu se traiter, parce que ce sont les pauvres, les plus pauvres de la société qui attrapent la tuberculose »*. La lutte contre cette pathologie s'est considérablement améliorée avec le Programme et progressivement chaque préfecture a été dotée de Centres de diagnostic et de traitement, le plus souvent implémentés sur la base des centres dédiés à la lutte contre la lèpre, construits dès la période coloniale :

« Donc on a commencé à intégrer d'abord la lutte contre la tuberculose dans ce qui existait. Et ce qui existait à l'époque c'était les centres lèpre. Les bienfaiteurs de la lèpre avaient aidé à mettre en place des centres lèpre dans le pays, c'était pas beaucoup, mais au moins dans chaque région il y avait un centre lèpre. Quand il y a eu le programme onchocercose, on a intégré l'onchocercose, et quand on a mis en place le programme de lutte contre la tuberculose, on n'a pas voulu commencer à zéro, on a utilisé ce qui existait. Et ce qui existait à l'époque c'était ces centres lèpre. Donc on a intégré la tuberculose dans les centres lèpre, ce qui a fait les centres qu'on appelait LTO, centres Lèpre, Tuberculose, Onchocercose » (Entretien avec Djeneba, médecin).

La chronologie concomitante entre l'introduction des centres LTO et SSP n'est pas très claire, et il y a sans doute des centres LTO qui sont devenus des centres de santé primaires, dans les zones où le Programme de lutte contre la tuberculose était déjà implémenté. Il semble qu'il y ait également des zones où ce sont les centres de santé primaires qui ont précédé l'introduction du Programme susmentionné.

Djeneba explique également que certains agents communautaires étaient impliqués dans les centres LTO afin de mener diverses activités : « *Il y en a qui allaient chercher les malades dans la communauté pour qu'ils reviennent, il y en a qui faisaient les diagnostics, il y en a qui administraient le traitement. Et ils tournaient donc ils devaient être compétents dans les trois maladies* ». Elle souligne que leur implication a contribué à « *démystifier* » cette pathologie, et à minimiser la stigmatisation des malades atteints (communément nommés « *tuberculeux* »).

3.3.3 Des débuts prometteurs mais peu concluants

Dans les années 1990, la Guinée est citée parmi les pays modèles en termes de santé communautaire (Comolet, 2000). En 1997, au côté du Bénin, elle figure notamment parmi les meilleurs élèves concernant la vaccination en Afrique de l'Ouest, et son taux de couverture vaccinale aurait atteint 75 % (Soucat, Levy-Bruhl, Bethune, et al., 1997). En 1993, 65 % des enfants de moins d'un an seraient vaccinés, et 50 % des femmes enceintes suivraient l'ensemble des CPN (Levy-Bruhl et al., 1997). Prenons là encore des précautions avec ces chiffres, les modèles de calculs n'étant pas clairement explicités dans ces études, ni les indicateurs démographiques employés. La qualité des soins fournis sur l'ensemble du territoire est évaluée comme « *plutôt bonne* » ("*quite good*", Levy-Bruhl, 1997 : 71). Mais si les indicateurs ont visiblement évolué de manière positive, l'accessibilité aux services de santé demeurerait problématique (S. Diallo, 2021).

a) La question de l'accessibilité

L'introduction du recouvrement des coûts a très rapidement entraîné des débats et des craintes sur le fait qu'une grande partie de la population serait potentiellement écartée des soins (Ridde, 2003). Mais pour certains auteurs (chargés de l'évaluation de la stratégie en Guinée), celle-ci n'aurait pas entraîné une baisse de fréquentation des structures, qui aurait même enregistré des hausses du nombre de visites, signe pour ces experts que les populations sont alors enclines à payer les frais de santé (Knippenberg et al., 1997 ; Soucat, Gandaho, Levy-Bruhl, et al., 1997). Mais comme nous l'avons vu, la gratuité des soins affichée à l'époque de Sékou Touré n'était pas toujours appliquée, et les populations payaient donc parfois déjà les prestations de soins. Au-delà de l'accessibilité géographique, on constate que l'augmentation de la fréquentation est surtout corrélée à un effort soutenu de communication. La fréquentation des CPN était notamment en hausse lorsque les séances de sensibilisation réalisées par les agents communautaires l'étaient aussi (Levy-Bruhl et al., 1997).

Avec l'introduction de la politique PEV/SSP/ME, plusieurs indicateurs de santé s'améliorent donc en Guinée. Mais cette amélioration cache de profondes inégalités d'accès aux soins, que le modèle promu par l'IB n'a pas su résoudre. Certains éléments d'évaluation de l'IB commencent à donner l'alerte sur les limites de la politique, et l'accessibilité, qu'elle soit géographique ou financière, demeure un problème majeur. Une étude de 1993 jugeait notamment la disponibilité des vaccins comme satisfaisante, mais soulignait qu'ils demeuraient inaccessibles à une grande partie de la population pour qui la couverture vaccinale était rarement complète (Levy-Bruhl et al., 1997). Bien que le nombre

de structures ait augmenté, celles-ci n'étaient parfois pas pourvues en ressources humaines ou matérielles, comme le résume Wido : « *Au temps de Lansana Conté, dans tous les districts de la Guinée y a un centre de santé. Peut-être y a pas de personnel, c'est pas équipé, mais en tout cas il y a un centre* ».

Concernant la continuité du programme de lutte contre la tuberculose, on observe que celui-ci enregistre des améliorations bien que des problèmes de fonds persistent. Sur les 308 centres SSP, 160 participent à la détection des cas de tuberculose en 1995 (Tamouza et al., 1995). A cette date, 68 % des Guinéens vivent à moins de 20 km des structures de diagnostic et de traitement incluses dans le programme national. Il y a toutefois des disparités régionales, et ce taux est de 100 % dans les régions de Conakry et N'Zérékoré, alors qu'il est de 40 à 50 % dans les autres régions (Tamouza et al., 1995). Ces écarts sont probablement dus au fait que ces deux villes avaient été pourvues de programmes hospitaliers de dépistage et de traitement avant 1990, et étaient donc plus avancées (Tamouza et al., 1995). Le traitement contre la tuberculose est gratuit dans les structures publiques (car il financé par le Programme national), mais pas les frais de consultations qui sont à la charge du patient. Le paiement de la prestation, ainsi que l'état délabré des voies de transport, ont un lourd impact sur l'accessibilité de certains patients, ainsi que sur la continuité du traitement qui dure huit mois (Tamouza et al., 1995).

b) Des problèmes d'équité

Les évaluations de la politique des SSP, comme le souligne Valery Ridde, se sont souvent concentrées sur des indicateurs quantifiés et de performance, supposés révéler son efficacité, tels que les taux de vaccination, ou de fréquentation des CPN, mais sans que cette même stratégie soit évaluée en termes d'équité (Ridde, 2003). L'offre de soins n'est pas uniforme selon les régions, et il y a de fortes disparités géographiques et financières dans l'accès aux soins, malgré l'augmentation de la fréquentation des structures (Soucat, Gandaho, Levy-Bruhl, et al., 1997). Les populations les plus pauvres ne peuvent pas toujours payer les prestations (Ridde, 2003) et bien que certains pays annonçaient mettre en place des fonds pour la prise en charge sanitaire des indigents, ces derniers n'ont souvent pas vu le jour ou ne profitaient pas aux intéressés (Sardan & Ridde, 2018 ; Soucat, Gandaho, Levy-Bruhl, et al., 1997). Ce constat rappelle d'ailleurs le caractère théorique de la mise en place de l'AMI à l'époque coloniale (qui supposait la gratuité des soins pour ces derniers).

En Guinée, les citoyens les plus pauvres ne fréquentent que très peu les services de santé, comme dans d'autres pays ayant suivi l'IB (Ouendo et al., 2004). Les Guinéens, toutes catégories sociales confondues, se rendent assez peu dans les structures sanitaires et la majorité des femmes continuent notamment d'accoucher à domicile jugeant insatisfaisante la qualité des soins dans les établissements publics (Soucat, Gandaho, Levy-Bruhl, et al., 1997). Ibrahima se rappelle que bien que les prix avaient baissé, ses proches ne se rendaient pas toujours dans les structures publiques et que cela « *dépendait [de] l'état de la famille financièrement* ».

La politique du recouvrement des coûts a donc eu un impact sur certains ménages, et les thérapeutes traditionnels étaient toujours consultés par une grande partie de la population selon Ibrahima. Une enquête menée auprès de ménages en 1990 montre qu'un tiers de ceux-ci se rendent dans les structures sanitaires, un tiers pratiquent l'auto-médication et le tiers restant emploient d'autres moyens, notamment le recours à la médecine traditionnelle (Soucat, Gandaho, Levy-Bruhl, et al., 1997). Une autre étude sur le dispensaire de Brouadou, dans la préfecture de Kissidougou, démontre qu'avec l'introduction du recouvrement des coûts le nombre de consultations a largement diminué à

partir de 1992, alors que celui-ci pouvait auparavant enregistrer jusqu'à 300 consultations par jour - pour un district de 30 000 habitants (Togba, 2005).

3.3.4 Le déclin des Soins de santé primaires

Malgré l'amélioration apparente de la couverture sanitaire, la politique des SSP n'a finalement pas perduré. Comme nous allons l'exposer maintenant, les raisons qui expliquent son déclin peuvent être distinguées en deux catégories : les difficultés relevant de la gouvernance et de la nature même de la stratégie ; et les facteurs structurels.

a) *Un mode de gouvernance confus*

Sur le plan de la gouvernance, les SSP font rapidement débat dans les pays du Nord après Alma-Ata et certains ne voient notamment pas d'un bon œil la responsabilisation des communautés (Hall & Taylor, 2003). Pourtant, en Guinée, comme dans d'autres pays, la prise de décision n'est pas réellement décentralisée, les décideurs étant concentrés dans la capitale, voire à l'étranger (Comolet, 2000 ; Hall & Taylor, 2003). Pour certains, ce défaut de décentralisation du système de santé et ce fonctionnement de type vertical est d'ailleurs à l'origine du bilan mitigé des SSP, et de l'insuffisance des dépenses sanitaires de l'Etat (Barry, 2010 ; *Politique Nationale de Santé communautaire*, 2017).

Au niveau local, la réalité de la participation communautaire est elle aussi questionnée. Les comités de santé sont supposés être les « *instruments et symboles de la participation communautaire* » (Fassin, 1992), mais les membres communautaires ne sont souvent pas considérés et la prise de décision revient en réalité aux professionnels de santé (Comolet, 2000). De plus, au Bénin et en Guinée, rares sont les citoyens qui connaissent l'existence des comités de gestion et leur rôle de représentants (Ridde, 2003).

Le deuxième facteur propre à la gouvernance ayant entravé la pérennité des SSP est la dépendance à l'aide extérieure. Les structures de santé, à travers les comités de gestion, étaient supposées prendre le relais sur les frais de fonctionnement après les dotations de départ (pour la gestion des ressources financières et l'approvisionnement en intrants). Mais la plupart n'y arrivent pas et en 1993 un quart des centres de santé de Guinée ne parviennent pas à recouvrir leurs coûts (Lévy-Bruhl et al., 1994). Certains discours accusent les comités de gestion et les centres de santé d'avoir détourné de l'argent mais de pareils cas sont rapportés dans moins de 5 % des centres de santé et une enquête globale de 1993 relève une bonne transparence dans les structures (Soucat, Levy-Bruhl, Gbedonou, et al., 1997). Selon Djeneba, ces difficultés auraient également été aggravées par un manque de continuité après le départ de certains cadres qui étaient à l'origine de la politique :

« En réalité moi j'ai l'impression que la continuité n'a pas été bien assurée [...] pour moi ça s'est détérioré parce qu'il y a eu des périodes où d'abord ces bons cadres qui étaient là sont tous partis. Y en a qui sont allés à l'UNICEF, à ceci, à cela, et donc ils sont tous partis. Il y a eu des nouveaux qui sont venus, mais je suppose que les formations n'ont pas été aussi bien faites qu'avant. La motivation était aussi peut-être moindre qu'avant, et surtout il y a eu une dilapidation des ressources et je pense que ça aussi ça a beaucoup joué » (Entretien avec Djeneba, médecin).

Certaines difficultés proviennent également de la nature même de la stratégie promue par l'IB. Comme nous l'avons déjà souligné, l'introduction du recouvrement des coûts a rapidement soulevé des inquiétudes quant à la solvabilité des populations, mais celles-ci ont été mises de côté au profit d'une

« *vision idéaliste de la solidarité communautaire des sociétés traditionnelles* » (Ridde, 2003 : 4). Avec les réformes du secteur sanitaire, engendrées par l'IB dans les années 1990-2000, la santé a été davantage considérée comme un bien que comme un droit, et cette perspective n'a pas estompé les inégalités de santé déjà présentes. Elle a aussi contribué à l'abandon progressif du secteur public dans beaucoup de pays (Hall & Taylor, 2003). L'IB était une stratégie « *exogène* » aux pays concernés, édictée par des experts internationaux, et qui n'a ainsi pas toujours été applicable selon les contextes (Ridde, 2003 : 15).

b) La crise économique

En 1990, la dévaluation du franc guinéen a entraîné une hausse du coût du pétrole, qui provoque à son tour l'augmentation des coûts d'acheminement des intrants dans les structures (Soucat, Levy-Bruhl, Bethune, et al., 1997). Les prix d'acquisition des médicaments essentiels ont pu rester stables pendant quelques années grâce à l'initiative UNIPAC des Nations Unies (Soucat, Levy-Bruhl, Bethune, et al., 1997), mais dès 1993 les structures sanitaires ont régulièrement connu des ruptures de stock, y compris en médicaments dits essentiels (Lévy-Bruhl et al., 1994). Ibrahima se rappelle notamment les ruptures d'approvisionnement en vaccins dans le centre de santé où il exerçait, qui ont été aggravées selon lui par l'arrêt des dotations en intrants par les partenaires, et qui ont eu un impact sur la confiance et la fréquentation des populations :

« A mon avis, au temps Conté, en tout cas au départ concernant les Soins de santé primaires c'était respecté. Parce qu'on envoyait la dotation des médicaments, les vaccins. Mais à un certain moment donné y a eu un délaissement, un délaissement parce que les vaccins manquaient. Et si tu viens pour prendre aujourd'hui, la maman, la famille se déplace à des kilomètres pour venir prendre le vaccin polio pour son enfant, elle vient et il n'y en a pas, ça décourage combien de personnes derrière ? Donc tout ça là, ça crée des problèmes » (Entretien avec Ibrahima, infirmier guéri de la MVE).

Ces constats ne sont pas seulement relatifs à la Guinée. Au début des années 1990 de nombreux pays ont suivi les recommandations de l'OMS et disposent d'une liste et d'une politique de médicaments essentiels, mais il est fréquent que ceux-ci ne soient pas disponibles, ou que le personnel soit insuffisamment formé à leur prescription (Velásquez, 1991). Une autre analyse souligne que le mouvement global de promotion de l'accessibilité en médicaments essentiels a en réalité toujours été quelque peu compromis par des enjeux politiques et économiques, et a entraîné de nombreux débats - portés notamment par les compagnies pharmaceutiques, inquiètes de voir certains de leurs produits considérés comme non essentiels (Reich, 1987).

La crise économique des années 1980 a également eu des répercussions en termes de ressources humaines et a entraîné une réduction des salaires des agents de santé. Ceux-ci ont alors pratiqué des sur-tarififications illicites pour compléter leurs maigres revenus (Comolet, 2000 ; Ridde, 2003). En Guinée forestière par exemple, le coût réel payé par les patients était parfois deux fois supérieur au prix officiel (Soucat, Levy-Bruhl, Bethune, et al., 1997).

Le développement de la logique libérale, et le délaissement progressif des structures publiques, ont contribué à l'essor des entités privées, désormais autorisées. Parmi nos interlocuteurs, Wido et Ibrahima se rappellent notamment la multiplication des « *pharmacies par terre* » à cette époque. Ils notent également que certains médicaments vendus sur le marché parallèle étaient importés ou produits en Guinée, sans aucune garantie concernant leur efficacité, ce qui est également souligné dans la littérature (S. Diallo, 2021).

Enfin, dans le domaine de la santé animale, les ajustements structurels du tournant libéral ont provoqué une crise des services vétérinaires dans plusieurs pays africains, ce qui a aussi entraîné une privatisation de ce secteur. Par la suite, en Guinée et ailleurs, ce sont majoritairement des acteurs privés (vétérinaires, agents para-vétérinaires ou éleveurs) qui sont chargés de la surveillance et de la prise en charge des pathologies animales, sans que leur rôle ne soit clairement établi, et sans que la surveillance animale ne soit réellement institutionnalisée (Roger et al., 2004).

c) *Les maladies infectieuses toujours présentes*

Aucun des articles relatifs à l'évaluation de la politique des SSP n'offre d'informations épidémiologiques sur l'incidence ou la surveillance des maladies, qui auraient pourtant pu renseigner sur la performance de la politique. Les SSP ont induit de nouvelles techniques de gestion des structures avec l'introduction des systèmes d'information et des indicateurs sanitaires (Knippenberg et al., 1997). Mais ces indicateurs concernent principalement l'état de santé des structures (taux de consultation, par exemple) et non celui des populations (Levy-Bruhl et al., 1997 ; Soucat, Levy-Bruhl, Bethune, et al., 1997).

Malgré les SSP, les maladies infectieuses demeurent importantes à cette période, notamment le choléra qui sévit régulièrement depuis 1970, principalement dans la région côtière (Boiro et al., 1999). En 1994, pour la première fois une épidémie est repérée dans l'Est du pays, et la même année la construction d'un centre de traitement à Conakry marque le développement des mesures de contrôle et une volonté de renforcer la prise en charge des cas (Boiro et al., 1999). Excepté ce constat, les travaux traitant de la période des SSP ne font pas vraiment état de l'existence d'un système de surveillance des maladies, en dehors de la surveillance de la survenue d'épidémies spécifiques de choléra. Pour Sakoba Keïta, ancien Directeur Général de l'ANSS, la période allant de l'indépendance du pays à l'année 2001 représente la « *période sombre* » de la surveillance en Guinée, caractérisée par un système « *parcellaire* » et insuffisant (S. Keïta, 2021).

Conclusion

Dans ce troisième chapitre, nous avons retracé les orientations et politiques sanitaires de la période coloniale au début des années 2000 en Guinée. Cet historique succinct⁵² permet de montrer une certaine continuité. Les agents communautaires, bien qu'ils n'aient pas encore été nommés ainsi, apparaissent notamment à la période coloniale, où ils sont alors supposés améliorer les relations difficiles entre les populations et les autorités. Leur implication est ensuite formalisée par la conférence d'Alma-Ata en 1978, mais il faudra attendre le développement de la politique des SSP de la fin des années 1980 pour que ceux-ci apparaissent formellement en Guinée.

La Guinée a été considérée comme un pays modèle en termes de santé communautaire avec le développement de la politique des SSP de la fin des années 1980. Mais cette politique ayant plusieurs limites, elle décline progressivement du milieu des années 1990 aux années 2000. Selon les discours et points de vue, différents acteurs partagent le banc des accusés sur le déclin des SSP. Afin de ne pas répéter les mêmes difficultés à l'avenir, certains spécialistes recommandent que les Etats participent davantage au financement du système de soins, une position soutenue depuis par plusieurs

⁵² Pour aller plus loin, voir en particulier l'ouvrage de Safiatou Diallo (S. Diallo, 2021).

institutions internationales (Balique, 2011 ; Ridde, 2003). D'autres incriminent davantage la gestion supposée communautaire des structures, et recommandent de favoriser la « *mobilisation sociale et la responsabilisation des communautés envers leurs problèmes de santé* » (Lévy-Bruhl et al., 1994 : 212). Ces deux arguments seront repris au sortir de l'épidémie d'Ebola, comme nous le verrons ensuite.

Après le déclin des SSP, le système de santé guinéen repose principalement sur les programmes verticaux qui sont les seuls à survivre, tels que les programmes de lutte contre la tuberculose ou le paludisme, auxquels s'ajoutent également le programme de lutte contre le VIH/sida dès les années 1980 et 1990. Ces programmes, bien qu'ils demeurent essentiels, ne sont pas suffisants puisqu'ils visent des pathologies et populations spécifiques. Ils sont le signe du mauvais état des systèmes de santé dans les anciens pays colonisés, qui sont toujours dépendants de financements extérieurs, notamment dans le domaine sanitaire, et le cas de la Guinée n'est pas isolé (Olivier de Sardan, 2021). De la période coloniale et celle de l'indépendance survivent également la plupart des structures sanitaires publiques du pays, bien qu'elles connaissent également de grandes difficultés. Le modèle de gestion promu par l'IB subsiste aussi.

Cet historique a également permis de montrer que les maladies infectieuses ont été les cibles prioritaires des politiques de santé depuis la période coloniale, et particulièrement celles qui touchaient les populations européennes, comme la fièvre jaune (Packard, 2016). Mais bien que la prévention et la lutte contre les pathologies infectieuses aient fait l'objet de stratégies et politiques de santé publique, celles-ci ne s'inscrivaient pas dans un système institutionnel de surveillance des maladies - et leurs menaces restaient palpables. Le système de santé n'était pas suffisamment outillé pour détecter et riposter efficacement à toutes les menaces épidémiques (S. Keïta, 2021), un constat qui est rappelé avec une certaine violence lors de l'épidémie d'Ebola de 2013-2016, comme nous le verrons dans le prochain chapitre.

CHAPITRE 4 : LE SYSTEME DE SANTE A L'EPREUVE DE LA PREMIERE EPIDEMIE D'EBOLA

Ce quatrième chapitre a pour objectif de poursuivre l'aperçu historique entamé dans le chapitre précédent à propos des politiques de santé et de surveillance communautaires en Guinée. Ainsi, après avoir abordé leur développement au courant du 20^e siècle (de la période coloniale, au déclin des SSP dans les années 1990), nous poursuivrons cette contextualisation en nous penchant sur la période allant du début des années 2000 jusqu'à l'adoption de la nouvelle PNSC en 2017, et de la refonte du système de surveillance des maladies.

Nous verrons que l'épidémie d'Ebola que le pays a connu entre 2013 et 2016 a eu un rôle important dans le regain d'intérêt pour l'institutionnalisation de la santé communautaire, qui s'est en partie construite dans le cadre plus global de la préparation aux épidémies, qui donne une place importante à la surveillance de santé publique (notamment à base communautaire).

Les résultats présentés dans ce chapitre sont basés sur des données provenant de sources bibliographiques et d'entretiens menés auprès d'acteurs clés du système sanitaire (enquête 1).

4.1 Un système de santé en difficulté

Cette première partie vise à questionner l'impact de la survenue de la première épidémie d'Ebola sur les politiques et stratégies nationales en matière de surveillance sanitaire et de santé communautaire en Guinée. Après avoir contextualisé l'état de ces approches à la veille de l'épidémie, nous verrons que celle-ci a joué un rôle important dans la mise en avant des faiblesses du système de santé dans son ensemble, et à propos de la surveillance en particulier.

4.1.1 Santé communautaire et surveillance des maladies à la veille de l'épidémie

Dans cette première sous-partie nous décrivons l'état du système de santé guinéen avant la déclaration de l'épidémie d'Ebola en 2014. Malgré des progrès entamés sur la santé communautaire, et la surveillance des maladies, ces deux domaines de la santé publique sont dans un état plutôt critique à la veille de l'épidémie.

a) Une santé communautaire morcelée

Un peu moins d'une décennie après sa mise en place à la fin des années 1980, la politique des SSP commence à décliner en Guinée, comme nous l'avons vu précédemment. En 2001, le budget national alloué à la santé représente 3,4 % des dépenses de l'Etat, pour une moyenne de 6 % dans les différents pays d'Afrique subsaharienne (Boutbien & Galland, 2001). En 2005, cette part diminue encore pour atteindre 2 % du budget national (Togba, 2005). La population guinéenne est alors de 7 300 000 habitants, soit la moitié de la population actuelle⁵³.

La politique des SSP, en raison notamment du recouvrement des coûts, n'a pas permis « une nette amélioration de l'accessibilité aux soins, et n'a pas non plus favorisé l'amélioration de la couverture

⁵³ Ces chiffres sont néanmoins questionnables puisque les décès et naissances ne sont alors pas toujours déclarés à l'état civil (Comolet, 2000).

sanitaire » (Boutbien & Galland, 2001 : 8). Les structures sanitaires publiques sont parfois laissées à l'abandon dans les zones rurales, et les professionnels de santé sont concentrés à Conakry (Togba, 2005). A Labé, la majorité des citoyens et professionnels de santé se disent plus satisfaits par l'offre privée de santé (A. M. Barry, 2010), mais ce constat paraît valable sur tout le territoire (M. L. Doumbouya, 2008).

En parallèle, le développement des programmes verticaux, initiés pour certains à l'époque coloniale, se poursuit. Les programmes de lutte contre la tuberculose ou le paludisme, sont menés du niveau central vers le niveau local et sont peu à peu intégrés au système de santé national et aux attributions du Ministère de la santé. Avant l'implémentation du Programme national de lutte contre le VIH/sida, il existait un projet d'appui mené dans les différents pays d'Afrique de l'Ouest, notamment en Guinée, dont les actions visaient des populations spécifiques (comme les professionnelles du sexe) mais n'étaient pas encore pérennisées (Mantoura et al., 2003). En dehors de ces programmes de lutte, et en l'absence d'une PNCS, diverses institutions ou organisations nationales et internationales pouvaient mener des projets spécifiques et limités dans le temps. En 2008, l'OMS avait par exemple mis en place un projet de prise en charge des affections mentales (A. Sow et al., 2019).

Ainsi, comme le résume ce cadre du Ministère de la santé, la santé communautaire était donc morcelée à cette période :

« En fait cette santé communautaire se mettait en œuvre mais c'était vraiment pas coordonné, c'était pas harmonisé. Les méthodes dépendaient du partenaire, même les mécanismes de motivation dépendaient des partenaires [...] Et donc quand c'est comme ça dans une même communauté, alors c'est juste les partenaires qui viennent chercher leurs indicateurs propres à leurs cahiers des charges. Et donc le pays n'en bénéficie pas parce qu'on ne tire pas les bénéfices de ce travail, parce que c'est une fragmentation qui était là » (Entretien avec Foromo, cadre à la DNSCMT).

Après l'affaiblissement des SSP, la santé communautaire n'est donc pas complètement abandonnée mais elle prend la forme de divers projets et programmes, qui pour la plupart ne font pas l'objet d'une coordination au niveau central.

En 2012, la politique sanitaire éditée par le gouvernement prévoit l'implication d'agents communautaires sur tout le territoire. Mais le recours à ces derniers n'est pas systématique, ce qui est d'ailleurs aussi souligné en Sierra Leone et au Libéria (Miller et al., 2018). Les programmes sanitaires disparates impliquent parfois des agents communautaires pour des activités de prévention, de promotion de la santé ou encore de prise en charge, en particulier du paludisme. Mais ces agents ne sont pas toujours fidélisés et considèrent généralement les rétributions⁵⁴ (qui sont différentes d'un projet à l'autre) comme insuffisantes. Ils sont souvent contraints d'exercer d'autres activités rémunératrices, ce qui, à terme, compromet la réalisation des tâches qui leur sont assignées (Miller et al., 2018). D'autres acteurs communautaires sont parfois impliqués, tels que les tradipraticiens ou les leaders religieux, qui ont par exemple été chargés de notifier les cas suspects de poliomyélite dans le cadre d'un programme mené par l'OMS en 2008 (Anand, 2019), mais là encore sans que cela ne soit pérenne.

⁵⁴ La plupart des acteurs communautaires rencontrés faisaient référence à leurs « *primes* » pour évoquer les rétributions qu'ils recevaient. Les acteurs institutionnels, et la Politique nationale de santé communautaire, évoquent les « *mécanismes de motivation* », ou encore de « *rémunération* » ou de « *salaires* ». Afin de concilier ces différents usages, nous emploierons le terme plus générique de « *rétribution* » lorsque les locuteurs ne sont pas précisés.

b) *Des inégalités persistantes*

Au courant des années 2000, les inégalités de santé persistent donc en Guinée, et ce sont surtout les populations les plus favorisées (aisées et urbaines) qui accèdent aux soins de qualité (M. L. Doumbouya, 2008). La politique de recouvrement des coûts, bien qu'elle ait montré ses limites, demeure le modèle le plus courant dans les pays africains (Kerouedan, 2011), et en 2010, les ménages guinéens constituent « *la principale et la plus constante source de financement de la santé en Guinée avec 62,20 % de la dépense totale de santé sous forme de paiements directs* » (*Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2024*, 2015 : 32).

Afin de trouver des solutions pouvant faciliter le paiement des soins par les populations, des mutuelles de santé communautaires sont développées dans plusieurs pays (Balique, 2011), ainsi qu'en Guinée (Bainalago, 2002 ; Boutbien & Galland, 2001 ; Togba, 2005). Ces initiatives, bien qu'elles ne soient pas dénuées de sens, reprennent des stratégies déjà à l'œuvre au sein des populations, qui créent généralement des réseaux d'entraide communautaires, surtout familiaux, permettant la mise en commun de sommes d'argent conséquentes (O. S. Doumbouya et al., 2008 ; Ouendo et al., 2004). Avec ces alternatives communautaires, le rôle de l'Etat et de son éventuelle responsabilité dans le domaine sanitaire, sont mis au second plan. Dans les années 2010, la politique de recouvrement des coûts est toutefois remise en question au profit du développement de politiques d'exemption à la faveur de certaines catégories de population afin de tendre vers l'objectif de couverture sanitaire universelle, mais en Guinée la réalité de leur mise en œuvre n'a pas été documentée. Dans d'autres pays africains ces initiatives sont limitées et touchent une infime partie de la population (Olivier de Sardan & Ridde, 2018).

c) *Une situation équivalente au niveau global*

Les constats concernant le système de santé à la veille de l'épidémie d'Ebola en Guinée ne sont pas isolés. Dans le monde on s'inquiète de la suite peu concluante des SSP, marquée par de fortes inégalités d'accès aux soins et un certain manque d'équité (Hall & Taylor, 2003). Le modèle des programmes verticaux pilotés par des institutions internationales persiste, et bien que les effets de ces derniers soient importants (notamment dans la lutte contre le paludisme ou la tuberculose) ils priorisent des pathologies particulières et ne renforcent pas les systèmes de santé nationaux des pays les plus pauvres, en proie à des déficits de ressources professionnelles et médicales (Balique, 2011 ; Packard, 2016). Ce délaissement des services publics est aggravé dans certains pays (notamment en Guinée) par des difficultés structurelles, l'accroissement exponentiel de la population et des crises socio-politiques : "*The coverage and quality of services in some countries has deteriorated because of conflict, poor governance, structural adjustment, population growth, and disinvestment in health*" (Walley et al., 2008 : 2002).

La situation des systèmes de santé des pays du Sud est également aggravée par la libéralisation du domaine sanitaire, qui s'opère en parallèle de l'implémentation de la politique des SPP, après l'Initiative de Bamako. La libéralisation a favorisé le développement de structures privées, onéreuses et parfois plus équipées que les structures publiques, pour des soins réservés aux plus aisés (Galbraith, 2011), et cette tendance dépasse les frontières guinéennes. La progression de la vision libérale a également freiné la distribution de médicaments génériques moins coûteux, et a favorisé le développement de certains produits au détriment d'autres, les sociétés pharmaceutiques privilégiant les marchés les plus porteurs (Galbraith, 2011). Les intérêts de l'OMS sont parfois en contradiction

avec ceux de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), créée en 1995 (Galbraith, 2011). Ainsi, comme à l'époque coloniale, les intérêts économiques et sanitaires sont difficilement articulés.

En 2008, ces constats sur l'état déplorable de la santé communautaire dans le monde font l'objet d'un numéro spécial de la prestigieuse revue *The Lancet*, publié à l'occasion des 30 ans de la Conférence d'Alma-Ata (The Lancet, 2008). Après le déclin des SSP et l'échec de l'atteinte de l'objectif « Santé pour tous en 2000 », certains auteurs y proposent de revisiter les SSP pour atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) (The Lancet, 2008 ; Walley et al., 2008). Ces ambitions conduisent à un mouvement global d'institutionnalisation de la santé communautaire dans différents pays, comme nous le verrons dans la deuxième partie.

d) *Les progrès timides de la surveillance sanitaire*

En Guinée, les indicateurs d'incidence des maladies infectieuses corroborent les constats posés précédemment sur la fragilité du système de santé. En 2000, une évaluation de la politique des SSP fait état d'une prévalence toujours élevée du paludisme et de la rougeole (avec au moins 12 000 cas de rougeole déclarés par an, malgré un taux de vaccination des enfants supposé élevé), mais aussi d'une survenue régulière d'épidémies de choléra, et d'une hausse du nombre des cas de trypanosomiase qui « *redevient un problème* » (Comolet, 2000 : 3). Une grande partie des cas de tuberculose échappe à la surveillance, et concernant le VIH/sida « *il ne semble pas exister de surveillance de la séroprévalence de manière systématique et transparente* » (Comolet, 2000 : 4). Il y a toutefois des progrès concernant la lèpre qui affiche un net recul, et un renforcement de la surveillance de la poliomyélite dans le but d'éradiquer cette pathologie (Comolet, 2000).

En 2000, la surveillance de santé publique ne semble donc pas optimale, et ce constat est confirmé par Sakoba Keïta (S. Keïta, 2021). En 2001, les autorités lancent, en partenariat avec l'OMS, un programme de renforcement de la surveillance et de la réponse aux maladies évitables par la vaccination et des maladies à potentiel épidémique dans plusieurs pays, dont la Guinée (WHO, 2005). Cette initiative constitue un premier pas vers l'institutionnalisation de la surveillance de santé publique en Guinée à travers l'implémentation du modèle de surveillance nommé « surveillance intégrée de la maladie et riposte » (SIMR - ou *Integrated disease surveillance and response*, en anglais) qui promeut une surveillance régulière des événements de santé publique dans toutes les structures sanitaires (S. Keïta, 2021).

Les auteurs de l'évaluation du programme réalisée en 2004 (WHO, 2005) notent des améliorations dans ce domaine et soulignent que :

- ❖ La surveillance hebdomadaire est devenue régulière et des réunions se tiennent deux fois par mois au niveau central ;
- ❖ Ils notent également la création de comités épidémiques à chaque niveau de la pyramide sanitaire, mais sans que les compositions et rôles de ces derniers ne soient davantage exposés dans le rapport ;
- ❖ L'informatisation des données de surveillance est jugée satisfaisante ;
- ❖ Grâce au renforcement du système une épidémie de choléra a pu être détectée précocement en 2004 (858 cas, dont 81 décès, sont déclarés) ;
- ❖ Il y a eu un renforcement des capacités nationale en matière de laboratoire : Les principales structures sont alors le laboratoire de l'Institut national de santé publique (INSP) et celui du projet des fièvres hémorragiques, les deux situés à Conakry. Entre 2001 et 2005, 43 techniciens ont été formés et le nombre d'échantillons analysés dans ces laboratoires a fortement

augmenté, améliorant ainsi les capacités diagnostiques des méningites, du choléra et de la shigellose, principalement.

Le niveau de préparation aux épidémies de la Guinée est considéré comme amélioré : *“The responses indicate a much improved system of management of the surveillance system and a much higher level of preparedness and response to reported outbreaks”* (WHO, 2005 : 26). Néanmoins, comme Sakoba Keïta (S. Keïta, 2021), les auteurs de cette évaluation mettent l’accent sur plusieurs difficultés, et ils mentionnent notamment :

- ❖ L’existence de sérieux problèmes de communication et de coordination entre les acteurs de différents niveaux ; souvent aggravés en zone rurale par l’inexistence ou l’insuffisance de réseaux de téléphonie mobile et par le fait que les postes et centres de santé n’ont pas toujours de radio valide ;
- ❖ Ces conditions freinent la notification rapide d’événements suspects et il est difficile selon les auteurs d’obtenir des informations claires et vérifiables au niveau communautaire ;
- ❖ La promptitude de la surveillance et de la riposte à d’éventuels épisodes épidémiques est difficile en raison d’autres difficultés structurelles (telles que l’inexistence ou le délabrement des routes et du réseau électrique).

La difficulté principale relevée par les experts de l’OMS est la continuité incertaine de ces pratiques et activités de surveillance avec la fin imminente du projet. Ils recommandent ainsi que les plans nationaux établis en matière de surveillance et de réponse soient poursuivis (WHO, 2005).

Suite à cette première implémentation institutionnelle de la surveillance de santé publique, et conformément aux craintes formulées par les auteurs de l’évaluation, il semble que dans les faits les efforts de renforcement du système de surveillance se soient estompés. En 2008, le guide SIMR a toutefois été révisé, et 45 maladies étaient alors sous surveillance, dont 8 supposées être particulièrement au centre de l’attention car inscrites au système d’alerte précoce et reposant sur une surveillance hebdomadaire : à savoir le tétanos néonatal, la PFA, la rougeole, la diarrhée « rouge » (qui fait probablement référence à la diarrhée sanglante), les méningites, le choléra, la fièvre jaune et le paludisme (Sudre & Bompangue, 2009 : 52).

Le système de surveillance repose alors sur la transmission des données épidémiologiques des centres de santé aux niveaux préfectoraux (le plus souvent par radio ou téléphone, ces structures n’étant pas ou peu informatisées), qui les répercutent ensuite au niveau national. Les données sont analysées au niveau central, notamment lors de la réunion hebdomadaire du Comité de lutte contre les épidémies composé d’agents du Ministère de la santé (et plus précisément de la Division prévention et lutte contre la maladie), mais aussi de différents partenaires tels que la Croix-Rouge, l’OMS et UNICEF (Sudre & Bompangue, 2009). Mais là encore, malgré les efforts, une évaluation révèle que le système de surveillance est peu effectif. La détection et la notification des cas suspects par les centres de santé est entravée car ils ne possèdent, ou n’utilisent, pas toujours les définitions de cas, et parce que les structures privées ne participent pas au système d’alerte précoce (Sudre & Bompangue, 2009).

Ainsi la surveillance tend à s’institutionnaliser en Guinée entre le début et la fin des années 2000. Ce développement s’inscrit dans un mouvement mondial de promotion de la préparation aux épidémies qui fait suite aux épidémies de SRAS en 2002-2003, et de grippe aviaire en 2004, comme nous le verrons plus en détail en fin de chapitre.

e) Les menaces infectieuses

En dehors de ces programmes ayant enclenché la progressive institutionnalisation de la surveillance de santé publique en Guinée au début des années 2000, la bibliographie fait état de diverses activités de surveillance menées çà et là lors de projets ou épidémies spécifiques et sporadiques. Comme celui de la santé communautaire, le domaine de la surveillance suit le modèle des projets et programmes verticaux menés avec le soutien de différents partenaires, signe que l'Etat n'est pas le seul investi dans cette démarche et que les financements parallèles sont nécessaires pour que ces activités voient le jour.

Ainsi, le CDC a par exemple mené une enquête spécifique dans les zones accueillant des réfugiés de pays voisins (Libéria et Sierra Léone, alors en proie à des guerres civiles). La Guinée fait partie des pays ayant accueilli le plus de réfugiés libériens et sierra-léonais, dont le nombre varie entre 390 000 et 600 000 personnes accueillies entre 1991 et 2001, selon les sources (CDC, 2001 ; Comolet, 2000). L'accueil des populations réfugiées est alors jugé délicat, et certains auteurs alertaient sur le fait que les populations locales souffraient également d'une grande précarité, alors qu'elles ne touchaient pas d'aides alimentaires ou financières. Une étude de la surveillance de la mortalité dans la région forestière réalisée en 2001 a montré qu'elle est proportionnellement plus importante chez les populations autochtones que parmi les réfugiés (CDC, 2001). Ces inégalités perçues comme des privilèges ont parfois entraîné un certain ressentiment et ont suscité des stratégies d'usurpation d'identité de la part de citoyens guinéens se faisant passer pour réfugiés afin d'accéder aux soins ou autres aides proposées (Henry et al., 2002).

Alors que l'épidémie de VIH/sida est qualifiée d'« active » sur le sol guinéen en 2007 (B.-L. Diallo et al., 2011), une enquête de la Banque mondiale réalisée en 2008 révèle que les capacités diagnostiques sont particulièrement faibles en Guinée, et le pays est alors considéré à haut risque concernant l'épidémie (FHI et al., 2008). Les connaissances sur le virus et les manières de s'en protéger s'améliorent, mais l'enquête souligne un faible recours aux mesures de prévention, y compris dans le milieu de la prostitution (FHI et al., 2008), notamment dans les zones minières (B.-L. Diallo et al., 2011). Les moyens permettant de limiter la transmission du virus de la mère à l'enfant sont encore peu connus et appliqués, et l'implémentation du réseau de surveillance sentinelle autour des femmes enceintes est encore très limitée (FHI et al., 2008).

A partir de 2010, Médecins sans frontières (MSF) assiste les autorités sanitaires dans la mise en place d'un programme de contrôle renforcé du paludisme, basé sur des interventions en structures sanitaires et en population. L'un des objectifs est de préciser l'épidémiologie du paludisme et son incidence en population, la surveillance hospitalière ne reflétant pas la réalité puisque de nombreuses personnes ne se rendent pas dans les structures hospitalières pour se soigner (Tiffany et al., 2016). Ce programme repose notamment sur l'implication de volontaires désignés par les populations dans la réalisation de la surveillance à base communautaire des cas de paludisme (Tiffany et al., 2016).

La littérature fait également état de données sur diverses MPE à la veille de l'épidémie d'Ebola. On y apprend que :

- ❖ Le choléra sévit toujours régulièrement en Guinée. Son épidémiologie y est pourtant mal connue, alors que le pays enregistre 12 % des cas notifiés en Afrique de l'Ouest en 2009, ce qui reflète une prévalence élevée (Sudre & Bompangue, 2009). En 2009, l'OMS lance un réseau de surveillance du choléra dans onze pays africains, dont la Guinée, suite au constat de la faiblesse de la surveillance de cette pathologie sur ces territoires dont la notification est

souvent retardée (Sauvageot et al., 2016). L'évaluation de cette implémentation, réalisée entre 2011 et 2013, montre que lors d'une épidémie de choléra en 2012 à Conakry, la Guinée enregistrait une faible proportion de cas suspects confirmés en laboratoire, ce qui pouvait indiquer une sur-notification des cas suspects, le diagnostic étant établi quasi-exclusivement sur le plan clinique (Sauvageot et al., 2016). Néanmoins, d'après Sakoba Keïta, quatre épidémies de choléra sont gérées « *avec de bons résultats* » entre 2001 et 2014 (S. Keïta, 2021 : 17) ;

- ❖ En 2010, les autorités mènent une grande campagne de vaccination contre la fièvre jaune, et 6 millions et demi de personnes sont vaccinées (S. Keïta, 2021) ;
- ❖ Malgré le renforcement de la lutte contre la poliomyélite annoncé au début des années 2000, à la veille de l'épidémie d'Ebola celle-ci demeure un problème de santé publique avec d'importantes limites dans la surveillance et le diagnostic (K. Sylla et al., 2020) ;
- ❖ Une étude montre que la fièvre Lassa est endémique depuis probablement plus d'un siècle dans la région de Faranah (Fichet-Calvet et al., 2016) ;
- ❖ Lors d'une épidémie de méningite survenue en Haute Guinée en 2013, la surveillance faisait défaut aux niveaux local et national, et elle a notamment été entravée par d'importants délais d'acheminements des échantillons vers les laboratoires (F. A. Traoré et al., 2016).

f) Une situation socio-politique complexe

Notons que le délaissement des services publics constaté plus haut ne concerne pas que le domaine sanitaire. Sur le plan économique et social la situation de la Guinée n'est guère meilleure que quelques années auparavant, et la grande majorité de ses habitants vivent dans une sérieuse précarité (Chambers, 2004).

Le pouvoir n'a pas empêché l'invasion de rebelles venus de Sierra-Léone et du Libéria entre 2000 et 2001, qui ont profondément déstabilisé la région forestière, et ont notamment mis à mal les structures sanitaires (Gberie, 2001). Le régime de Lansana Conté est ponctué de différentes crises sociales, conduisant à une révolte fortement réprimée en 2007 (Valade, 2018).

A la mort de ce dernier en décembre 2008, les militaires prennent le pouvoir, et Dadis Camara devient le représentant du Conseil national pour la démocratie et le développement⁵⁵, signe d'espoir en des jours meilleurs pour de nombreux Guinéens (Cantener, 2018). Mais la gouvernance militaire est elle aussi marquée par des actes de violence politique et sociale, dont la plus sanglante est le massacre du 28 septembre 2009, ayant causé la mort de 157 personnes, une centaine de viols recensés et des dizaines de blessés lors d'un meeting de l'opposition à Conakry (Cantener, 2018). Cet évènement est l'élément déclencheur qui conduit aux élections présidentielles de 2010, et à l'arrivée au pouvoir d'Alpha Condé (Cantener, 2018), réélu en 2015 en pleine épidémie d'Ebola.

4.1.2 Une fragilité révélée par l'épidémie d'Ebola

A la veille de l'épidémie d'Ebola le système de santé est donc fragile en Guinée. Cette fragilité a été révélée avec force au moment de l'épidémie (Gasquet-Blanchard, 2017 ; Hofman & Au, 2017 ; Tambo et al., 2017), et a contribué à sa gravité :

⁵⁵ Pour rappel, l'annexe 3 détaille les différents régimes politiques de la Guinée depuis l'indépendance.

« La réponse à l'épidémie d'Ebola a dû se construire, dans des pays à faibles revenus, avec des systèmes de santé déjà fragiles, caractérisés par la pénurie de ressources humaines en santé, de matériel et de médicaments tout particulièrement au niveau des structures de premier recours, de problématiques d'hygiène majeures et d'un déficit du système d'informations et de surveillance. Plus spécifiquement, la capacité des services de maladies infectieuses était limitée et les professionnels peu formés pour faire face à une telle menace. Tous les ingrédients étaient réunis pour exacerber la flambée de l'épidémie et contribuer à l'effondrement des systèmes de santé » (Jabot & Kane, 2017 : 451).

Il est difficile de résumer en quelques paragraphes le contexte et le déroulement d'une épidémie aussi complexe et aussi longue que celle-ci, mais nous allons tenter d'en retracer les grandes lignes ici. Une chronologie de l'épidémie est par ailleurs présentée en annexe 4. Nous suivrons pour ce faire un fil chronologique partant de la détection tardive de l'épidémie, aux mesures de riposte mises en place.

a) Une épidémie de nature inconnue

Concernant le début de l'épidémie, il paraît intéressant de citer Augustin, technicien de laboratoire, qui était stagiaire au laboratoire de l'hôpital préfectoral de Guéckédou. Il revient sur la trajectoire des premiers cas et les errances diagnostiques avant que l'épidémie ne soit déclarée :

« En mars 2014 il y a eu les premiers cas d'Ebola, je travaillais au sein de l'hôpital [de Guéckédou]. Il y avait une famille qui était tombée malade, qui faisait des vomissements et diarrhées. Toute la structure sanitaire pensait que c'était sûrement le choléra, donc il fallait faire le test du choléra [...] et on m'a mandaté d'aller [les] prélever. A ce moment-là j'étais en blouse, simples gants, sans bavette. Je suis allé dans cette salle où il y avait les neuf membres de la famille, j'ai prélevé tout le monde. J'ai envoyé dans notre petit laboratoire qui était dirigé par MSF-Suisse⁵⁶ à l'époque. On a fait tous les examens biochimiques et toute la sérologie possible qu'on devait faire dans ce laboratoire [...] La DPS⁵⁷ a été impliquée et elle a informé Conakry pour des cas suspects de choléra. Donc il y a une délégation qui a quitté à Conakry et qui est venue à Guéckédou. Ils sont venus, ça a trouvé que les neuf personnes presque étaient déjà mortes. Et avant la mort de ces neuf personnes il y avait déjà d'autres patients qui venaient. Donc on avait des malades à l'hôpital, on m'a encore mandaté d'aller les prélever. Dans tous ces aspects on ne comprenait pas que c'était un cas, une épidémie d'Ebola. Donc je suis allé, j'ai prélevé, j'ai mis dans les tubes, ils ont mis dans triple emballage, ils ont envoyé à Conakry, envoyé à Dakar et à Dakar, je ne sais pas, ils ont envoyé à Lyon, je ne sais pas, je n'ai pas suivi le processus des échantillons que j'ai prélevés à l'époque à Guéckédou. Donc dès que les échantillons sont partis, la maladie ne faisait que se multiplier. Diarrhée, vomissements. Diarrhée, vomissements. De quartier en quartier, de village en village. Donc tout le monde était paniqué dans la préfecture de Guéckédou. Soudain, on nous envoie un résultat par coup de téléphone comme quoi : "Attention, ce qui est en train de sévir à Guéckédou c'est une épidémie. Et l'épidémie s'appelle Ebola". Moi, c'était ma première fois d'entendre le mot Ebola. Je n'avais jamais connu, depuis que je suis rentré à l'école je n'avais jamais entendu le mot Ebola. Donc dès qu'ils ont dit ça les MSF-Belgique étaient déjà partis, ils étaient au Libéria à l'époque, donc MSF-Belgique est revenu à l'hôpital de Guéckédou. Dès qu'ils sont venus, ils ont commencé à nous former. C'est lors de la formation qu'on nous a montré qu'il fallait s'habiller en combinaison, porter des masques et des lunettes avant de prélever ces patients. Ils ont dit que tous ceux qui ont prélevé ces patients sans être en combinaison doivent être en quarantaine, et c'est là-bas où j'ai eu une grande psychose dans ma tête » (Entretien avec Augustin, technicien de laboratoire).

⁵⁶ MSF : Médecins sans frontières (antenne Suisse).

⁵⁷ DPS : Direction préfectorale de la santé.

Le témoignage d'Augustin est éclairant à plusieurs niveaux et montre notamment que la découverte de la nature de cette épidémie a été tardive et a nécessité l'implication de différents acteurs, en Guinée et ailleurs, ce qui est confirmé dans la littérature (Migliani, Keita, Diallo, Rodier, et al., 2016). Les capacités diagnostiques étaient très limitées en Guinée, et certains laboratoires comme celui de Guéckédou étaient dépendants de partenaires étrangers pour pouvoir fonctionner (il y avait la présence antérieure de MSF dans ce cas précis).

La MVE n'avait jusque-là jamais été notifiée en Guinée. Hormis un cas déclaré en Côte d'Ivoire en 1994, les épidémies précédentes n'avaient concerné que des pays d'Afrique centrale (Migliani, Keita, Diallo, Rodier, et al., 2016). Comme le mentionne Augustin, il est difficile lors d'un diagnostic de penser à une maladie qui n'a jamais été notifiée dans le contexte en question. D'ailleurs, lorsque les premiers cas sont apparus en Sierra Léone ils ont en premier lieu été testés pour la fièvre de Lassa, endémique dans la région, alors que l'épidémie était déjà déclarée en Guinée et au Libéria (Wilkinson, 2017).

La notification de l'épidémie a été d'autant plus tardive que selon les investigations épidémiologiques qui ont été menées, les premiers cas étaient antérieurs à ceux rencontrés par Augustin et l'épidémie aurait en réalité débuté en décembre 2013 dans le village de Méliandou, à quelques kilomètres de Guéckédou (Marí Saéz et al., 2015). Des interprétations alternatives ont été proposées depuis (Fairhead & Millimouno, 2017), mais l'hypothèse mentionnée plus haut reste l'interprétation la plus largement partagée jusqu'à aujourd'hui. L'épidémie avait donc déjà fait plusieurs victimes, notamment parmi les professionnels de santé, lorsqu'elle a été déclarée par la DRS (Direction régionale de la santé) de N'Zérékoré en mars 2014 (Migliani, Keita, Diallo, Rodier, et al., 2016).

b) Une riposte tardive

Après la caractérisation du virus, l'OMS déclare officiellement l'épidémie et la riposte se met en place en Guinée. Mais au départ, le dispositif de lutte, coordonné par la Cellule de crise du Ministère de la santé, souffre d'avoir peu de moyens, les autorités bénéficiant du soutien quasi exclusif de MSF (Migliani, Keita, Diallo, Rodier, et al., 2016). MSF alerte pourtant dès le mois de mars sur la nature « *sans précédent* » de cette épidémie, que l'organisation qualifie de « *hors de contrôle* » en juin 2014 (Hofman & Au, 2017b). Mais ce n'est qu'après que l'OMS ait déclaré l'épidémie comme urgence de santé publique de portée internationale au mois d'août qu'un nombre conséquent de ressources internationales et nationales (humaines et matérielles) est déployé sur le terrain, Ebola devenant finalement un « *phénomène culturel mondial* » (Hofman & Au, 2017 : 18). En août 2014, l'épidémie a déjà atteint d'autres zones de la Guinée telles que Macenta et Conakry, ainsi que le Libéria et la Sierra Léone, des pays très proches de la Guinée depuis l'époque précoloniale et dont les populations entretiennent toujours des liens et échanges importants (Richards et al., 2016). Pour certains auteurs, ce délai dans la déclaration du caractère urgent de l'épidémie est relatif au fait que des considérations économiques, politiques et diplomatiques ont pu être privilégiées par rapport aux considérations sanitaires (Bourrier, 2019 ; Diouf & Faye, 2020 ; Ostergard, 2021).

A partir de septembre 2014, la Cellule de crise du Ministère de la santé a été renforcée. Il y a notamment eu la nomination d'un coordinateur national et de plusieurs coordinateurs préfectoraux dans les zones touchées (Migliani, Keita, Diallo, Rodier, et al., 2016). La Coordination de lutte contre Ebola, composée de cadres et experts guinéens et étrangers, avait pour mission principale de coordonner les activités des multiples acteurs engagés dans la lutte contre Ebola, dont les rôles étaient répartis par secteurs d'activité :

- ❖ La Croix-Rouge était chargée de superviser les EDS (Enterrements dignes et sécurisés) (Migliani, Keita, Diallo, Rodier, et al., 2016) ;
- ❖ L'OMS fournissait un soutien à plusieurs stratégies de la riposte (en matière de coordination, ou concernant les aspects logistiques par exemple) ;
- ❖ Le CDC américain a fourni un support à la recherche et la surveillance des cas contacts⁵⁸ (McNamara et al., 2016) : pour ce faire l'institution a déployé de nombreux experts internationaux. Parmi eux figuraient notamment des congolais ayant suivi le programme de formation en épidémiologie de terrain du CDC (*FETP : Frontline Field Epidemiology Training*), la RDC ayant été victime de nombreuses épidémies d'Ebola (André et al., 2017) ;
- ❖ Les CTE (Centre de traitement contre Ebola) étant quasiment tous - surtout au départ - sous la responsabilité de MSF (Dahl et al., 2016) ;
- ❖ L'UNICEF a participé à la construction de différents centres de transits communautaires visant à faciliter le tri et le transfert des cas suspects dans les structures dédiées, tel qu'à Pamelap, près de la frontière léonaise (UNICEF, 2014), ou à Kissidougou (Horoya, 2014). Cette agence des Nations Unies a également fourni un support en matière de mobilisation sociale.

L'Organisation des Nations Unies (ONU) a fondé une mission spéciale pour la riposte à l'épidémie : la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE), peut-être plus connue sous sa dénomination anglophone, « *UN Mission for Ebola Emergency Response* » (*UNMEER*). L'Organisation ouest-africaine de la santé (OOAS), un organe de la CEDEAO (Communauté économique des Etats d'Afrique de l'Ouest) a également apporté son soutien à la riposte dans les trois pays principalement touchés : elle a notamment formulé des recommandations, mobilisé des ressources et constitué un fonds de solidarité provenant de contributions des pays membres (Abdulmelik, 2017). Les organisations partenaires sont originaires de pays du Nord, mais aussi du Sud, et des Etats comme Cuba, le Kenya ou la Chine ont apporté leur secours aux autorités sanitaires (Amos, 2017).

Etant donné qu'elle était menée avec le support de différentes institutions et organisations internationales, la gouvernance de la réponse à l'épidémie a été décrite comme principalement exogène (Diouf & Faye, 2020). Mais la riposte a été possible grâce à l'investissement de différents experts nationaux, ainsi que de nombreux professionnels de santé guinéens. Ainsi que par l'intervention d'autres acteurs moins reconnus, tels que les ambulanciers, les brancardiers, les agents chargés des EDS, les agents de sécurité, ou encore les agents communautaires, comme nous le verrons plus loin (Kpanake et al., 2020).

Conformément aux recommandations de l'OMS (OMS, 2014a ; OMS & CDC, 2015), la riposte reposait principalement sur :

- ❖ L'isolement des cas suspects et des cas confirmés pour le dépistage et la prise en charge dans des structures dédiées (les CTE) ;
- ❖ La recherche et la mise en quarantaine à domicile de tous les cas probables et suspects pendant 21 jours (durée de l'incubation) ;
- ❖ La supervision des funérailles selon la procédure des enterrements dignes et sécurisés (EDS) ;
- ❖ La mobilisation sociale et la promotion de la santé.

⁵⁸ Selon l'OMS et le CDC, la recherche des contacts comprend à la fois l'investigation autour des cas confirmés et l'identification et le suivi des cas contacts (OMS & CDC, 2015),

c) *L'état du système de santé aggrave l'épidémie*

Malgré que le soutien des institutions et organisations nationales et internationales ait finalement été conséquent, la riposte à cette épidémie a été difficile et elle a fait face à certains défis qui ont favorisé la propagation du virus. Ces difficultés, que nous allons maintenant détailler, étaient inhérentes à l'état délétère du système de santé.

➤ *Des lacunes en matière de biosécurité*

Il y avait notamment d'importantes lacunes en termes de biosécurité, et un manque de formation vis-à-vis des stratégies de prévention et contrôle de l'infection (PCI) appliquées aux maladies infectieuses. Si le personnel de santé respectait par endroits les précautions biosécuritaires de base (tel que le port de gants de précaution), celles-ci n'étaient parfois pas suffisantes pour un pathogène tel qu'Ebola, qui nécessite également l'usage d'EPI (Equipement de protection individuelle) en présence de cas confirmés. Ainsi, Augustin se rappelle avoir procédé aux tests des cas qui ont été par la suite confirmés « *en blouse, simples gants, sans bavette* », ce qui a créé une certaine « *psychose* » chez lui lorsqu'il a appris qu'il fallait porter un EPI. Augustin a par la suite été mis en quarantaine à domicile, une expérience traumatisante, mais dont il est sorti indemne. Ces lacunes ont contribué à la contamination de nombreux personnels de santé et patients au sein même des structures de soin (Migliani, Keita, Diallo, Rodier, et al., 2016). La mise en place de la PCI a ainsi été l'une des stratégies importantes de la lutte contre l'épidémie (Soeters et al., 2018).

➤ *Des capacités laboratoires et de prise en charge limitées*

La riposte a également été freinée par le fait que les capacités laboratoires du pays étaient encore limitées, bien qu'elles aient progressivement été améliorées durant l'épidémie (McNamara et al., 2016). Augustin, cité plus haut, se rappelle par exemple qu'avant la construction du CTE de Macenta (en novembre 2014), le diagnostic des patients de cette zone était particulièrement difficile car il n'y avait pas de laboratoire au sein du centre de transit où il travaillait, ce qui compromettait la prise en charge rapide des patients, et donc leurs chances de survie :

« Donc on recevait les gens à Macenta avant la construction du CTE de Macenta, mais on ne pouvait pas faire leur diagnostic parce qu'il n'y avait pas un laboratoire. Donc qu'est-ce qu'on faisait ? Il y avait des infirmiers préleveurs qui prélevaient les échantillons. On donne à un chauffeur qui prend les échantillons, pour faire 85 km, parce que de Macenta jusqu'à Guéckédou c'est 85 km avec une dégradation totale de la route. Donc on envoie les échantillons à [au laboratoire de] Guéckédou qui fait le dépistage. Quand on fait le dépistage avec le numéro des patients, on envoie des papiers, maintenant on trie les patients en fonction du résultat obtenu [...] Mais avant l'arrivée des résultats ça trouve qu'il y a déjà des morts. Parce que la maladie ne va pas attendre » (Entretien avec Augustin, technicien de laboratoire).

M'mah, une infirmière ayant travaillé au CTE de Guéckédou, où elle a d'ailleurs été contaminée par la suite, se remémore également qu'elle et ses collègues ont pu être parfois « *débordés* » par le nombre de patients, une situation d'autant plus compliquée que, comme dans d'autres structures, certains de ses collègues infirmiers sont tombés malades :

« On avait une infirmière aussi qui était malade, elle a disparu. Les gens ont dit que c'est possible qu'elle est partie faire sa maladie [...] Il y avait affluence maintenant à Guéckédou. On était débordés parce qu'avant on était normalement 8 personnes par équipe, et on était maintenant 6. Lorsqu'on était

débordés, il y avait plus de 100 patients. Finalement ils ont recruté jusqu'à 12, 13 par équipe, jusqu'à 20 personnes » (Entretien avec M'mah, infirmière guérie de la MVE).

Outre ces difficultés relatives au diagnostic et à la prise en charge, la surveillance a également fait face à différents défis, qui seront exposés dans la prochaine section.

4.1.3 Les difficultés propres à la surveillance

Outre les défaillances de diagnostic et de prise en charge, la riposte à cette épidémie a également été entravée par des difficultés propres aux stratégies de surveillance, qui sont considérées comme les piliers d'une lutte efficace contre Ebola. Car au plus tôt les cas suspects sont repérés et isolés, au mieux les cas confirmés seront pris en charge avec succès, et en évitant toute contamination secondaire. Afin qu'elle soit la plus effective possible, l'OMS et le CDC recommandent que la surveillance soit réalisée à la fois dans les structures sanitaires et en population, et qu'elle soit complétée par des capacités laboratoires et un système de recueil et d'analyse des données (OMS & CDC, 2015).

a) La détection difficile des cas

La littérature fait état des diverses activités réalisées par la riposte, avec le soutien de différentes institutions internationales. Ainsi, le CDC a par exemple été impliqué dans la mise en place d'un numéro d'alerte gratuit, aux niveaux national et local (C. T. Lee, 2016), et dès le mois d'avril 2014 les données nationales de surveillance ont été compilées sur un logiciel d'épidémiologie dans le but de faciliter la gestion des cas et l'analyse de l'évolution épidémique (McNamara et al., 2016). Notons à ce propos que l'identification des cas suspects n'est pas aisée pour une maladie comme Ebola qui présente un tableau clinique primaire peu spécifique et semblable à d'autres affections courantes dans la région (M. Keita et al., 2017). Avec le soutien de diverses organisations la formation du personnel de santé sur l'identification des cas a ainsi été renforcée dans de nombreuses structures (Hsu et al., 2018).

Zézé, un agent de la Direction préfectorale de la santé (DPS) de Macenta, a été impliqué dans la riposte locale à Ebola durant quasiment toute la durée de l'épidémie, où il était en charge de répondre aux alertes. Il raconte en détail cette tâche très prenante et ce qui lui était demandé :

« Là, ils m'ont dit "Bon toi tu vas rester à la réception des alertes". Quand le numéro était prédisposé partout, dans toutes les communautés. Quand il y avait des cas dans la communauté, parce qu'au départ c'était d'abord de la réticence mais quand la communauté a compris donc les gens n'arrivaient plus à garder les malades à la maison. Aussitôt qu'il y a des cas, aussitôt on m'appelle. Donc j'avais ma fiche de notification et investigation. Je suis au téléphone avec la personne, je l'appelle, je prends les renseignements et j'essaie de poser des questions qui sont sur la fiche d'investigation pour savoir est-ce que réellement la personne répond à la définition des cas. Et quand la personne répondait réellement à la définition des cas, j'essayais de parler avec la famille : "Est-ce que vous acceptez qu'on vienne chercher le malade pour l'envoyer au centre de traitement ?". S'ils donnaient leur aval j'appelais l'équipe qui était chargée d'aller chercher les malades dans la communauté » (Entretien avec Zézé, agent de la DPS de Macenta).

Plus loin, Zézé a ajouté que le transfert des cas suspects vers les CTE n'était pas évident, et que certaines personnes, même parmi celles qui avaient appelé pour lancer l'alerte, n'acceptaient finalement pas la venue de l'équipe chargée du transfert. Zézé s'est ainsi parfois déplacé de lui-même

dans les familles de cas suspects pour « *négocié* » (selon ses termes) un transfert en CTE, ce qui était facilité par le fait qu'il est originaire de Macenta et qu'il parle couramment les langues de cette zone⁵⁹. Il avait de plus été doté d'une moto et recevait une prime qui lui permettait de payer du carburant.

L'évaluation du système d'alerte téléphonique a montré a posteriori qu'il était plus efficace pour les numéros préfectoraux que pour le numéro national (qui a été consulté davantage pour des demandes d'informations que pour des alertes). La moitié des appels reçus sur les numéros préfectoraux étaient effectivement des alertes communiquées par des professionnels de santé ou des citoyens, qui ont été vérifiées ensuite et qui ont permis de détecter la moitié des cas dans ces zones, les autres ayant été identifiés grâce à la recherche des cas contacts (C. T. Lee, 2016). Cependant, la recherche des cas contacts a également fait face à diverses difficultés et la défiance des populations, sur laquelle nous reviendrons plus loin, a contribué au fait que plusieurs cas contacts et cas suspects demeuraient introuvables car ils s'étaient volontairement cachés (Desclaux et al., 2016 ; Kpanake, Gossou, et al., 2016 ; McNamara et al., 2016 ; Somparé, 2020).

En principe, ce sont des agents communautaires qui devaient réaliser le suivi des cas contacts ou d'autres représentants communautaires reconnus (OMS & CDC, 2015). Mais il semble que dans les faits ce suivi ait surtout été réalisé par des agents de santé, bien que quelques agents communautaires aient été effectivement impliqués (Desclaux et al., 2016). Tous profils confondus, le personnel en charge de la recherche et du suivi des cas contacts était souvent en nombre insuffisant, rémunéré de manière « *inadéquate* » (sans que ce terme ne soit explicité) et insuffisamment formé pour que le suivi soit optimal (McNamara et al., 2016 : 41). Ces agents de suivi ont été confrontés à des difficultés d'accès à certains endroits, liées au mauvais état des routes ou à des défauts de communication avec les populations concernées (McNamara et al., 2016). Dans les médias, on apprend également que le suivi n'était parfois pas effectif. Par exemple à Yimbaya (un quartier de Conakry), en janvier 2015, les membres de la famille d'un défunt de MVE, en quarantaine depuis une dizaine de jours, n'avaient pas encore reçu de visite de la part des équipes médicales, ou de soutien en vivres, ce qui les avait conduits à sortir pour effectuer leurs achats (A. P. Diallo, 2015).

b) La surveillance à base communautaire comme solution

Alors qu'elle n'avait pas été encouragée au début de l'épidémie, la SBC a progressivement été présentée comme l'une des solutions pouvant améliorer la recherche des cas suspects et cas contacts, et par là même, les relations entre la riposte et les populations (Migliani, Keita, Diallo, Rodier, et al., 2016). Celle-ci a pris plusieurs formes, qui seront détaillées par la suite. Elle a toujours été accompagnée de stratégies de mobilisation sociale supposées encourager les populations à faire confiance à la riposte et à se présenter en cas de symptômes ou de liens épidémiologiques suspects.

➤ *Les Comités de veille villageois*

L'une des premières manifestations de la SBC a été le déploiement de près de 2 000 Comités de veille villageois (CVV) par l'UNICEF dès la fin 2014 (Migliani, Keita, Diallo, Rodier, et al., 2016). Cette initiative a été mise en place avec l'intervention du Conseil national des organisations de la société civile guinéenne (CNOSG) (Bangoura, 2014). Selon les propos du coordinateur national de la riposte,

⁵⁹ Il s'agit principalement de la langue *toma*, et du *maninka* (ou « *malinke* »). L'usage du *pular* est également courant dans la ville de Macenta et certains villages où résident des peuhls.

ces CVV avaient pour objectif de « *sensibiliser la population, gérer les résistances, surveiller les contacts et les personnes qui viennent des zones d'épidémies* » (M. Barry, 2014). Les membres de ces comités ont été présentés par le représentant de l'OMS comme des « *personnes crédibles qui jouissent d'une confiance avérée au sein de leur communauté* », lors de la cérémonie de leur lancement à Matoto, un quartier de Conakry (Diaouné, 2014). En principe, ils devaient recevoir une formation sur la reconnaissance des cas (A. M. Diallo, 2014).

Mais les résultats des CVV ont été questionnés, et il n'est pas certain que leur implication ait réellement aidé à l'identification de nouveaux cas. Pour Le Marcis et al. (2019), ces acteurs, qui étaient considérés comme légitimes par la riposte (car ils occupaient souvent des fonctions au sein des autorités locales, ou étaient reconnus comme leaders communautaires), ne l'étaient pas toujours aux yeux des populations. Certains membres des CVV ont été désignés par népotisme par les chefs de districts car ils recevaient des primes (Diouf & Faye, 2020), ce qui a parfois entraîné des conflits de légitimité et d'autorité, notamment dans la sous-préfecture de Tékoulo (N'Zérékoré) en juillet 2014 (Le Marcis et al., 2019) ou à Laya (Forécariah) en janvier 2015 (Faye, 2021). Selon une autre analyse, les CVV ont été peu efficaces, et résumaient bien à eux seuls les difficiles relations entre riposte et populations (sur lesquelles nous reviendrons plus loin) : « *Pour la riposte, les comités étaient des acteurs peu actifs et souvent complices des stratégies de résistance silencieuse ; pour les populations ils étaient des traîtres, prêts à dénoncer leurs amis et parents pour les livrer, en échange d'une prime à des agents soupçonnés de vouloir les tuer* » (Somparé, 2017 : 18). En réponse à la position inconfortable que leur conférait le statut de membres de CVV (car ils étaient parfois accusés de coopérer par avidité avec les organisations de la riposte), certains d'entre eux ont opté pour la « *résistance silencieuse* », selon l'expression proposée par Abdoulaye Wotem Somparé (Somparé, 2020 : 92), en feignant une adhésion aux mesures tout en ne réalisant pas les tâches qui leur étaient demandées.

➤ *La mobilisation d'agents communautaires*

La SBC a également été assurée par des agents communautaires (AC) impliqués dans la détection et la notification des cas au sein de leurs communautés. D'autres profils de volontaires ont par ailleurs été impliqués par la riposte pour la réalisation de sensibilisations principalement (Kpanake, Dounamou, et al., 2019).

Selon les propos de Zézé, 634 AC ont été mobilisés sur toute la préfecture de Macenta. Ces derniers ont été dotés de téléphones et de crédits de communication afin de pouvoir appeler en cas d'alerte dans leur commune, et après avoir suivi une « *formation rapide* » lors de laquelle ils ont été outillés pour la reconnaissance des cas probables et suspects. Ils étaient rattachés aux centres de santé et exerçaient sous la supervision des chefs de centres en question, ainsi que des chargés de la vaccination dans ces structures (désignés au motif que ces derniers « *sortent souvent en stratégie avancée*⁶⁰, et *connaissent très bien la communauté* », d'après Zézé). Les alertes remontées par les AC n'étaient pas adressées directement à la ligne d'urgence, dont Zézé était responsable, mais elles lui étaient retransmises par les responsables des AC dans les centres de santé.

⁶⁰ Le terme de « stratégie avancée » est employé à propos des stratégies où ce sont les acteurs du secteur sanitaire qui se déplacent vers les populations, et non l'inverse (par exemple en cas de vaccination dans un village). Ce type d'interventions est encouragé par l'OMS pour toucher les populations mal desservies par le système de soins (OMS, 2002)

D'après cet interlocuteur, l'implication des AC a été bénéfique, et ces derniers étaient motivés car ils recevaient une rétribution assez conséquente ; ils étaient même « *très bien primés* », selon lui. Ainsi, « *la plupart des cas étaient remontés par les AC [...] Ils faisaient très bien cette surveillance. Et si quelque chose se passait dans la communauté, on était tout le temps informé, du tic au tac* », d'après Zézé.

Les constats qu'il dresse sont partagés dans la littérature, et dans les trois pays principalement touchés, les AC ont permis d'identifier et d'isoler un certain nombre de cas, un rôle qui était d'autant plus important qu'une grande partie de la population ne se rendait plus dans les structures sanitaires et pouvait ainsi échapper à la surveillance hospitalière (Perry et al., 2016). D'après une étude, les prestataires de soins de santé, qu'ils soient AC ou agents de santé, étaient plus à même de pouvoir identifier un cas suspect lorsqu'ils exerçaient dans les zones où sévissait l'épidémie, que leurs homologues dans les zones indemnes de cas (Sidibé et al., 2018). Par contre, les prestataires de soins des zones touchées n'avaient pas davantage été formés sur la PCI, et n'étaient donc pas toujours outillés pour gérer des cas suspects de manière sécurisée (Sidibé et al., 2018).

La mobilisation des agents communautaires a donc permis d'affiner la surveillance et de détecter des cas en population. Mais elle a également comporté son lot de difficultés, principalement dues au mode de sélection de ces derniers. Ils étaient supposés être désignés par les populations, mais ce sont en réalité souvent les notables des communes qui les ont identifiés et qui ont ainsi parfois favorisé des membres de leur parentèle qui n'avaient pas nécessairement les compétences requises (Miller et al., 2018), comme pour les CVV. Ce népotisme était encouragé par le fait que ces AC recevaient une prime :

« On a dit d'identifier dans les villages des personnes qui sont capables et volontaires, qui pouvaient prendre toutes les informations. Mais comme il y avait un peu d'argent de motivation au moment de l'épidémie, donc ils n'ont pas respecté les critères. Si moi je suis chef de village, j'ai mon jeune frère qui ne travaille pas, je l'envoie parce qu'il y a l'argent. Donc c'est comme ça qu'ils ont identifié les gens » (Entretien avec Zézé, agent de la DPS de Macenta).

Ce mode de sélection a souvent entraîné la mise à l'écart d'AC expérimentés, déjà présents avant l'épidémie, et qui étaient par exemple chargés de mener des sensibilisations et des activités de prise en charge du paludisme (Miller et al., 2018). A Macenta, nombre d'entre eux ont eu le sentiment d'avoir été écartés par la riposte, et d'avoir été abandonnés car le projet de lutte contre le paludisme s'était arrêté pendant l'épidémie. Ils ne voyaient plus leurs responsables, et on leur a demandé de ne plus procéder au traitement des cas de paludisme en population (Miller et al., 2018). Kankou, un AC rattaché au centre de santé de Bowa, dans la commune urbaine de Macenta, a notamment été « *écarté* » pendant l'épidémie alors qu'il était déjà AC dans cette zone. Il souligne : « *Quand il y a de l'intérêt chacun veut envoyer son parent [...] Même si c'était un commerçant on va dire que c'est un AC. Il y avait l'argent donc tout le monde était devenu AC en ce moment !* » (Entretien avec Kankou, AC à Bowa).

c) Une absence de dialogue entre populations et équipes de la riposte

Le principal défi de la riposte à cette épidémie a été le caractère particulièrement tendu des relations entre les populations locales, et les autorités politiques et sanitaires. Il régnait une sorte de méfiance mutuelle entre les « *communautés* » et les « *gens d'Ebola* » (Somparé, 2017 : 5). Cette défiance, comme nous l'avons évoqué précédemment, n'est pas nouvelle et elle s'inscrit dans le temps long de l'histoire de la Guinée, encore profondément marquée par des rapports de pouvoir post-coloniaux et inégalitaires (Gasquet-Blanchard, 2014 ; Le Marcis, 2015 ; Niang, 2014 ; Somparé, 2020).

Cette violence d'Etat historique a eu des répercussions sur le bon déroulement de la riposte à Ebola, d'autant que l'histoire de la région forestière - dans laquelle l'épidémie a commencé - est particulièrement mouvementée. Les populations de cette région sont notamment très peu représentées parmi les élites au pouvoir depuis l'indépendance du pays (Wilkinson & Fairhead, 2017). Elles sont également spectatrices de l'exploitation des ressources de la région, sans toutefois en bénéficier : « *La Guinée forestière se trouve en effet dans une situation paradoxale, où des populations très pauvres, confrontées à des problèmes de subsistance alimentaire, vivent sur des terres très riches en ressources minières et convoitées par les entreprises minières les plus importantes du monde, entre lesquelles il y a une forte concurrence et des conflits d'intérêt* » (Somparé, 2020 : 125).

Au niveau régional et national, la défiance de la population vis-à-vis des autorités ne s'était pas améliorée depuis l'accession au pouvoir d'Alpha Condé en 2010, dont le jeu politique marqué par un rapprochement avec les investisseurs étrangers n'a fait qu'aggraver le sentiment de délaisement des populations et leurs représentations d'un gouvernement avide de pouvoir et d'argent (Fribault, 2015). Ces représentations ont été le terreau de théories populaires très répandues pendant l'épidémie (et encore aujourd'hui) selon lesquelles les moyens alloués à la lutte contre Ebola ont été une source d'important enrichissement des autorités, au travers de « *l'Ebola business* » (Fribault, 2015 : 4).

Il est admis que les mesures de santé publique suscitent souvent et dans différents contextes des stratégies de défense, des oppositions et des interrogations (Calain & Poncin, 2015 ; Cohn & Kutalek, 2016), et cela ne cesse de se vérifier avec la crise mondiale du Covid-19. Dans le contexte particulier d'Ebola en Guinée, ces stratégies d'évitement de la part des populations ont par exemple pris la forme de dissimulation de malades, ou de pratiques illicites d'enterrements non sécurisés (Carrión Martín et al., 2016 ; Kpanake et al., 2016), qui ont été souvent présentées comme des « résistances » vis-à-vis de la riposte à l'épidémie. A Forécariah, une femme suspecte a échappé au suivi des cas contacts et est demeurée introuvable, malgré sa position d'agent communautaire investie dans la riposte (Desclaux et al., 2016). Certaines mesures ou discours sur l'épidémie ont pu être remis en question par les populations, comme le montre par exemple ce panneau de sensibilisation pris en photo devant l'hôpital préfectoral de Macenta, sur lequel les symboles représentés ont été rayés (figure 4).

Ces réactions populaires ont été motivées par ce contexte bien ancré de violence qui a alimenté une peur parfois plus importante vis-à-vis de la riposte et de ses agents que du virus lui-même ; les CTE étaient notamment considérés comme des mouroirs, voire des abattoirs (Desclaux & Touré, 2018 ; Sams et al., 2019). Certains comportements communautaires ont été perçus comme aggravant l'épidémie et comme étant des signes d'opposition immatures et inconscients, mais ces formes de résistances constituaient parfois des mesures de protection initiées par les communautés (Hoffman, 2016).

L'exemple le plus tristement célèbre de ces « résistances » a été le massacre survenu à Womey (sous-préfecture de N'Zérékoré) en septembre 2014, lors duquel huit membres d'une délégation de la riposte ont été assassinés par des habitants. Cet événement tragique a suscité par la suite une vague de violence de la part des autorités (Somparé, 2020), et une intervention militaire a conduit au pillage sur plusieurs jours de la zone, au point que des personnalités ont organisé une grève de la faim pour protester contre cette militarisation (BBC News Afrique, 2014). Le massacre a donné lieu à un procès, qui a condamné onze hommes à la prison à perpétuité en avril 2015 (D. Barry, 2015), mais il n'y a eu aucune reconnaissance des dommages subis par la population à la suite du drame. Ce contexte a eu des répercussions sur la riposte à la deuxième épidémie d'Ebola survenue en début d'année 2021, comme nous le verrons dans un prochain chapitre.

Figure 4 : Ancien panneau de sensibilisation sur la MVE affiché à l'entrée de l'hôpital préfectoral de Macenta. Les symboles, bien qu'ils restent visibles ont été rayés, 9 mars 2020, Macenta, © Barranca



Ainsi, l'analyse de la gravité de l'épidémie ne peut se faire sans questionner la situation socio-économique et politique dans laquelle se trouve le pays depuis des décennies⁶¹. La définition de certaines stratégies de riposte a d'ailleurs reproduit des inégalités économiques, raciales et politiques, et le personnel africain des CTE de Guinée, de Libéria et de Sierra Léone, était moins protégé que le personnel expatrié des organismes de santé globale (Gomez-Temesio, 2020 ; Hirsch, 2021). Selon Le Marcis et al. (2019) les décès dus au virus pouvaient ainsi être considérés comme des morts politiques, qui auraient pu être évités dans des contextes plus favorisés.

On peut ainsi souligner qu'il y avait une sorte de cercle vicieux de la surveillance. En tant qu'organe de la riposte, la surveillance de santé publique a été établie dans le contexte d'un système de santé profondément dégradé : la faible qualité du service n'encourageait pas la confiance des populations vis-à-vis du système sanitaire et des autorités en général. Les populations ont alors défié les mesures de la riposte, et échappaient volontairement à la surveillance. Ces réactions ont été interprétées par la riposte et ses acteurs comme des signes d'inconscience, mais sans que leurs motivations ne soient visiblement questionnées. En réponse à ces réactions populaires, les trois pays les plus touchés par l'épidémie ont fréquemment mis en place des interventions sécuritaires et militaires, visant à susciter le respect des mesures. Mais celles-ci ont aggravé la défiance mutuelle et suscité de nouvelles tensions (Amos, 2017 ; Benton, 2017 ; Hoffman, 2016 ; Pellicchia et al., 2015). En Guinée, en novembre 2014, Alpha Condé a par exemple annoncé lors d'une conférence de presse que le suivi des cas contacts allait faire l'objet de l'utilisation de la « force », au motif que « *les gens refusent le contact – du médecin – et que la maladie continue à nous fatiguer* » (A. Touré, 2014). Le même article indiquait pourtant que sur 4 106 cas contacts alors recensés, 3 921 étaient considérés comme suivis, soit 95 % d'entre eux, un pourcentage plutôt satisfaisant (A. Touré, 2014). Dans ce contexte, l'isolement des cas contacts a été

⁶¹ Voir à ce propos les ouvrages *Understanding West Africa's Ebola epidemic: towards a political economy* (Abdullah & Rashid, 2017), et *Fevers, Feuds, and Diamonds: Ebola and the Ravages of History* (Farmer, 2021).

considéré comme une mesure visant à « *contrôler le déplacement des gens qu'on estime peu fiables pour signaler leurs symptômes* » (Calain & Poncin, 2015 : 129). Les ambitions sanitaires initiales de la mise en place de la surveillance, ont été ainsi entremêlées à des considérations politiques. Elles ont en tout cas été fréquemment vécues comme telles par les populations, ce qui a aggravé l'escalade de la violence. En parallèle, la riposte a parfois mené des interventions visant à restaurer le dialogue social, notamment en recourant aux sciences sociales (Somparé, 2020). Il y avait ainsi une sorte de riposte à double visage, à la fois autoritaire et coercitive, et plus compréhensive car soucieuse de l'engagement communautaire.

Ainsi, malgré les efforts et différents programmes visant le renforcement de la surveillance, celle-ci a été débordée à certaines périodes et a fait défaut dans certaines zones. Le système d'alerte a notamment été « *défaillant lors de l'émergence et imparfait tout au long de l'épidémie* » (Migliani, Keita, Diallo, Rodier, et al., 2016 : 158). Ajoutons ici que les défaillances enregistrées par la surveillance n'étaient pas seulement dues aux difficiles relations entre les populations et la riposte, mais qu'elles pouvaient également être liées à des erreurs survenant au sein du dispositif - telles que des difficultés d'identification et de confirmation laboratoire des cas, ou encore un manque de traçabilité des échantillons (M. Keita et al., 2017). La mauvaise qualité des données et une utilisation non adéquate des définitions de cas ont également été citées parmi les raisons ayant entravé la surveillance (McNamara et al., 2016). Ces difficultés ont été accentuées par le fait que les connaissances scientifiques sur la MVE étaient encore incomplètes, et des études ultérieures ont notamment montré que certaines personnes en contact avec des cas confirmés ont développé des formes plus légères de la maladie, des formes paucisymptomatiques ou asymptomatiques, qui n'avaient pas été étudiées auparavant (M. S. K. Diallo et al., 2019). Ne se doutant pas qu'elles étaient contaminées, ces personnes ont pu échapper d'autant plus facilement à la surveillance (I. Camara, Sow, et al., 2020).

4.2 L'institutionnalisation de la santé communautaire

Maintenant que nous avons décrit la situation du système de santé à l'aube de la première épidémie d'Ebola, et les diverses difficultés auxquelles la lutte contre celle-ci a été confrontée, nous verrons dans cette deuxième partie que cette épidémie a permis de renouveler l'intérêt pour la mise en place d'une politique de santé communautaire.

4.2.1 L'épidémie comme prise de conscience

L'importance de la santé communautaire et du renforcement du système de santé a été réaffirmée au sortir de l'épidémie d'Ebola, comme le souligne ce cadre du Ministère de la santé : « *Cette défaillance qui s'est introduite là-dedans, dans les programmes verticaux s'est fait ressentir tu le sais quand nous avons été victime de l'épidémie de la maladie à virus Ebola qui a démontré que le système est complètement défaillant* » (Entretien avec Foromo, cadre à la DNSCMT). A ce titre l'épidémie a permis une certaine prise de conscience.

a) La nécessité de renforcer le système de santé

Cette première épidémie d'Ebola a mis en avant les nombreuses faiblesses du système de santé en Guinée. Elle les a également aggravées puisqu'elle a entraîné une importante baisse de la fréquentation des structures des zones touchées, notamment à Guéckédou (Moisan et al., 2016 ; Tiffany et al., 2016), et Macenta (Leuenberger et al., 2015). Le passage de l'épidémie a fragilisé la santé

des établissements sanitaires, leurs financements reposant principalement sur le paiement des consultations par les patients, comme nous l'avons vu précédemment (Leuenberger et al., 2015). Ce contexte a également contribué à fragiliser l'état de santé des populations puisqu'une proportion importante de malades n'ont pu être soignés et les cas de paludisme ont notamment enregistré une hausse importante (Philips, 2017).

En juin 2014, les Etats généraux de la santé organisés par les autorités sanitaires, ont permis de dresser un bilan des faiblesses du système sanitaire en Guinée :

« Le système de santé est caractérisé par une morbidité et une mortalité encore élevées en particulier chez les groupes les plus vulnérables y compris le couple mère-enfant, une couverture effective faible pour la plupart des services essentiels de santé dont la qualité est parfois douteuse, une offre de santé inefficace et inéquitable et un environnement caractérisé par d'importants obstacles et contraintes, le tout aggravé par la survenue, en mars 2014, de l'épidémie de la maladie à virus Ebola, avec son important impact socioéconomique » (Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2024, 2015 : 12)

La riposte à l'épidémie a également remis en question les programmes de santé publique dits « verticaux » (ciblant certaines pathologies dans un temps limité ne renforçant pas les systèmes de santé à la base), qui étaient alors prédominants dans les pays touchés par Ebola (Jabot & Kane, 2017). Ces constats ont fait prendre conscience de la nécessité à ce que l'Etat s'emploie à reconstruire le système de santé dans sa globalité, dans l'espoir de pouvoir être mieux préparé à de futures épidémies (Delfraissy et al., 2016 ; Jacobsen et al., 2016 ; Milleliri, 2014).

Ainsi, en Guinée, l'argumentaire autour de la reconstruction du système de santé s'est surtout construit sur le paradigme de la préparation aux épidémies, comme dans d'autres pays à l'ère de la santé globale (Dry & Leach, 2010). Cet aspect sera discuté en fin de chapitre, cette préparation concernant surtout le renforcement de la surveillance des maladies. Notons toutefois, que la forme qu'a pris cette institutionnalisation en Guinée ne s'est pas arrêtée à l'extension de la surveillance, l'idée globale étant de renforcer le système de santé communautaire, comme cela est mentionné dans le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2024 : « *Le défi majeur du système de santé pour les années à venir est d'élargir la couverture sanitaire à l'ensemble de la population par le renforcement des prestations des services de santé et le développement de la santé communautaire* » (Plan national de développement sanitaire (PNDS), 2015 : 47).

b) L'intérêt d'institutionnaliser la santé communautaire

La première épidémie d'Ebola a donc entraîné une réflexion sur la nécessité de renforcer le système de santé dans sa globalité et l'Etat guinéen s'est doté d'une politique nationale de santé communautaire en 2017 (*Politique Nationale de Santé communautaire*, 2017). Celle-ci a été élaborée par la DNSCMT du Ministère de la santé, en collaboration avec le Ministère de l'administration du territoire et de la décentralisation.

Elle suit les directives du PNDS 2015-2024 qui recommande, entre autres points, une plus grande participation au financement et à la gouvernance du système de santé de la part de l'Etat et des collectivités locales (*Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2024*, 2015). La mise en application de la Politique⁶² est supposée suivre le « Guide harmonisé de mise en œuvre de la santé

⁶² La politique nationale de santé communautaire sera désignée comme « Politique » (avec une majuscule, pour éviter des confusions avec les autres emplois de ce terme).

communautaire » publié en juin 2019 (*Guide harmonisé de mise en œuvre de la santé communautaire, 2019*).

Selon Youssouf, cadre au Ministère de la santé, les réflexions sur le renforcement de la santé communautaire ont d'abord concerné la SBC, sur laquelle nous reviendrons plus loin. Les premières actions lancées pendant l'épidémie et menées en particulier par l'ANSS et ses partenaires ont effectivement concerné la SBC. Avec l'implication du Ministère de la santé à travers la DNSCMT, les décideurs ont ensuite convenu qu'il fallait penser la santé communautaire de façon plus globale :

« Maintenant on sait que si nous voulons que ça marche au niveau communautaire ce n'est pas seulement la surveillance, c'est toutes les autres rubriques des soins, des prestations dont les populations ont besoin au niveau communautaire. Parce que par endroit c'est des populations qui peuvent être à 10, 20, 30, 40 km du centre de santé. Y a certaines actions qui peuvent être développées, pas obligatoirement par un professionnel de santé, mais même si c'est en termes de conseils seulement. Donc pratiquement on s'est basés sur ça pour dire : "Voilà, élargissons de manière à ce qu'on ait un paquet d'activités au niveau communautaire" » (Entretien avec Youssouf, cadre à la DNSCMT).

Dans ce contexte, l'objectif principal de la nouvelle politique nationale est de renforcer la coordination des actions de santé communautaire, qui étaient auparavant disparates et cycliques comme nous l'avons vu, afin d'aboutir à un système plus institutionnalisé: *« Dans le cadre de la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux diverses affections qui sévissent en République de Guinée, plusieurs interventions sont mises en œuvre au niveau communautaire par les programmes de santé, souvent de façon parcellaire et verticale sans base institutionnelle consensuelle » (Politique Nationale de Santé communautaire, 2017 : 3).*

La mise en place de la politique est supportée par différents partenaires institutionnels. Comme le souligne Foromo, l'objectif de l'institutionnalisation de la santé communautaire est ainsi d'harmoniser les différents projets, et d'aboutir à un « alignement » de ces partenaires qui avaient différentes façons de fonctionner auparavant :

« L'un des objectifs de la mise en œuvre de cette stratégie actuelle c'est d'harmoniser toutes les actions qui vont se mener au niveau communautaire. Et comme nous le savons l'alignement des partenaires est très compliqué, c'est difficile, chacun était là avec sa façon de faire. Mais maintenant en tout cas avec les plaidoyers, avec les différentes rencontres de la plateforme multisectorielle de la santé communautaire qu'on a mise en place, en tout cas beaucoup de partenaires, surtout les partenaires privilégiés, sont en train vraiment de s'aligner. Et le premier partenaire qui s'est aligné c'était l'UNICEF, après c'est le Fonds mondial, maintenant là nous sommes avec l'USAID et la Banque mondiale » (Entretien avec Foromo, cadre à la DNSCMT).

En Guinée, le renforcement de la santé communautaire a donc été encouragé par l'épidémie d'Ebola. Notons que cet engouement n'est pas visible qu'en Guinée et qu'il y a une propension globale à la remise à jour de la santé communautaire dans les années 2010, axée en particulier sur la santé maternelle et infantile, et se traduisant par une « tendance à l'institutionnalisation de la santé communautaire » dans le monde (Le Fonds français MUSKOKA & UNICEF, 2019 : 11). Une conférence internationale s'est notamment tenue sur ce sujet à Johannesburg en mars 2017 (Le Fonds français MUSKOKA & UNICEF, 2019). Ce mouvement suit les constats dressés en 2008 à l'occasion des 30 ans de la Conférence d'Alma-Ata, qui ont été présentés en début de chapitre.

4.2.2 Organisation et déploiement de la nouvelle politique de santé communautaire

Maintenant que nous avons présenté le contexte dans lequel la PNSC a été élaborée, nous allons nous intéresser de plus près à ses principales caractéristiques et à son modèle de fonctionnement.

a) Une gouvernance nationale et locale

La gouvernance de cette nouvelle politique se veut à la fois nationale et locale. Elle est dirigée par la DNSCMT et le Ministère de l'Administration du territoire et de la décentralisation, qui donnent les directives, s'assurent de sa mise en œuvre et de son évaluation. Ces deux composantes sont réalisées avec le soutien de différents partenaires techniques et financiers, l'UNICEF étant le plus impliqué, comme à l'époque des SSP.

Ces derniers soutiennent la mise en place de la stratégie de santé communautaire au départ, en assurant notamment le financement de la formation des agents communautaires – qui sont les principaux acteurs de cette nouvelle politique - ainsi que le paiement de leurs primes pendant la première année de fonctionnement. Les contrats des agents communautaires sont conclus avec leur commune de résidence, celles-ci devant prendre le relais au bout d'un an sur le financement de leurs primes :

« Ce qui est très encourageant est que l'Etat s'est engagé à prendre la relève. C'est pourquoi maintenant un partenaire qui appuie le Ministère de la santé l'appuie pour un an, par rapport aux paiements des salaires. Parce que le paiement d'un salaire d'un personnel relève de l'autorité de l'État. Mais puisqu'il fallait commencer alors les partenaires se sont engagés à payer pour une année » (Entretien avec Foromo, cadre à la DNSCMT).

L'ANAFIC (Agence nationale de financement des collectivités) a été créée en 2017 pour assurer la continuité du financement de la Politique de santé communautaire. Les ressources financières de l'agence proviennent des taxations minières, et l'Etat s'est engagé à y verser 15 % de celles-ci (ANAFIC, 2019).

La Politique prévoit que les agents communautaires soient rattachés à un centre de santé, qui sont les structures qui représentent « *l'ancrage institutionnel du système* », selon les propos de Foromo. Ces centres sont supposés être gérés par des COSAH (Comité de santé et d'hygiène) composés de membres issus de la population et d'agents de la structure sanitaire en question, qui rappellent les comités de gestion de l'époque des SSP. Notons que la nouvelle Politique de santé communautaire ne prévoit pas de changements concernant les ressources financières des structures sanitaires, qui reposent toujours en très grande partie sur le paiement des prestations par les patients, et qu'il n'y a donc pas de remise en question de la politique de recouvrement des coûts.

Pour Foromo, la PNSC entend ainsi responsabiliser les collectivités locales et les populations : « *On s'est dit qu'il faut responsabiliser les communautés, il faut aller avec les communautés, il faut inciter une approche qui va avoir d'abord l'engagement des communautés, le soutien des collectivités locales pour permettre vraiment une bonne gouvernance locale et utiliser les ressources humaines locales pour pouvoir vraiment booster les indicateurs de santé* » (Entretien avec Foromo, cadre à la DNSCMT).

b) Les communes couvertes en 2022

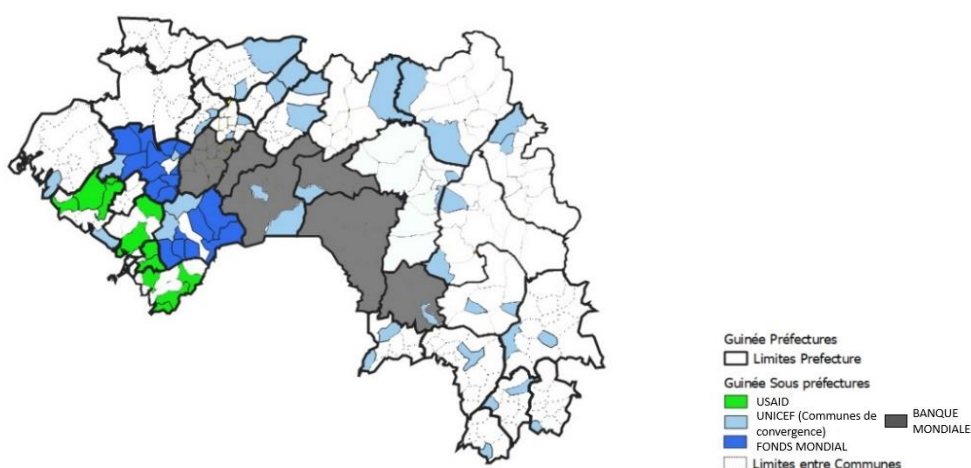
Les 40 premières communes ayant été couvertes par la nouvelle politique de santé communautaire font partie du Programme national d'appui aux Communes de convergence (PNACC) porté par l'UNICEF, et supervisé par les Ministères de la santé et de l'Administration du territoire. Dans celles-ci, il y a des activités de santé communautaire (avec la mobilisation d'agents communautaires), mais aussi des activités liées à d'autres domaines, telles que l'éducation, ou l'amélioration des services administratifs publics (état civil, notamment). Ces communes ont été choisies sur des critères de « vulnérabilité », comme l'a expliqué un cadre du PNACC, qui a également souligné le caractère expérimental du programme :

« Concernant les critères, le gouvernement guinéen a parlé de la même voix que le système des Nations-Unies, en l'occurrence UNICEF qui est le guide dans ces communes de convergence. Nous avons tenu compte de critères. Il y a d'abord un critère de vulnérabilité. Maintenant, l'accès aux services sociaux de base, on a tenu compte de ça, c'est-à-dire qu'on a choisi les communes où l'accès à ces services n'était pas assuré. Mais une chose demeure claire, on est en train de voir si ça réussit et c'est une première pratiquement en Afrique » (Entretien avec Ismaël, cadre au PNACC).

Outre les 40 Communes de convergence, d'autres communes sont également couvertes par la politique de santé communautaire. Dans celles-ci, ce sont d'autres bailleurs, tels que le Fonds Mondial, la Banque mondiale, ou l'USAID (*United States Agency for international development*) qui soutiennent la mise en œuvre, toujours avec l'objectif que l'Etat prenne à terme le relais sur le financement (à travers l'ANAFIC). Notons que par « couvertes » nous entendons les communes dans lesquelles les RECO et ASC sont actifs, et dans lesquelles la responsabilité a été transférée aux communes (même si celles-ci ne prennent pas encore en charge le paiement des agents).

La figure 5 présente la localisation des 130 communes qui étaient couvertes par la PNSC en mai 2022, ainsi que la répartition des institutions partenaires. On y voit assez clairement qu'outre le PNACC qui a concerné des communes dans toutes les régions du pays, ce sont pour le moment surtout les régions administratives de Kindia, Mamou et Faranah qui ont été favorisées dans l'implémentation de la Politique. Dans la région de N'Zérékoré (au Sud-Ouest du pays), peu de localités sont concernées pour le moment.

Figure 5: Carte des communes couvertes par la politique nationale de santé communautaire et répartition des partenaires, Mai 2022



En dehors de ces 130 communes concernées par la PNSC, il peut aussi y avoir des projets et programmes de santé communautaire portés par différentes ONG et institutions internationales qui impliquent parfois des agents communautaires. Ces projets, parfois portés par des partenariats de longue date, visent souvent une pathologie ou une population spécifique, en suivant le modèle bien ancré des programmes verticaux. Ces communes ne sont pas considérées comme couvertes par la Politique car le transfert de responsabilité des partenaires à l'Etat n'est pas encore engagé, et les RECO et ASC n'y sont pas considérés comme agents de la fonction publique locale. Une partie des enquêtes de terrain ont concerné des localités dans ce cas, et nous présenterons certaines de leurs caractéristiques dans le chapitre suivant.

c) Le recours aux agents communautaires

Le fonctionnement de la PNSC repose sur deux types d'agents communautaires : les Agents de santé communautaire (ASC) et les Relais communautaires (RECO). La différenciation entre deux types d'agents communautaires au sein d'une même politique nationale est également le modèle choisi au Niger, en Ethiopie ou encore au Mali, et la Guinée ne fait donc pas exception (Leon et al., 2015).

La très grande majorité des politiques nationales de santé communautaire dans les pays du Sud, répondant à l'engouement d'institutionnalisation de la santé communautaire, s'appuient sur les agents communautaires qui « *sont aujourd'hui reconnus pour être partie intégrante d'une stratégie prometteuse dans la recherche d'un accès accru aux soins et traitements réservés aux enfants, contribuant ainsi à améliorer l'équité et à la réduction de la mortalité infantile* » (Le Fonds français MUSKOKA & UNICEF, 2019 : 11). Ces agents communautaires sont supposés pallier le manque de professionnels de santé, comme cela est relevé dans la PNSC : « *Le développement de la santé communautaire à travers les interventions à base communautaire est devenu une nécessité d'autant que la couverture du pays en personnels de santé reste insuffisante* » (Politique Nationale de Santé communautaire, 2017 : 3). En 2015, les auteurs du PNDS notaient que ces derniers n'étaient pas assez nombreux pour couvrir tous les territoires et insuffisamment fidélisés du fait de leur statut de volontaires (PNDS, 2015).

En Guinée, les RECO sont les plus nombreux, et ce sont les agents les plus en lien avec les populations. Ils sont désignés par les communautés dans lesquelles ils travaillent, et desquelles ils doivent être issus. Ils ne sont pas tenus d'avoir une expérience ou une formation préalable dans le domaine sanitaire, le principal critère de sélection étant leur faculté à lire et à écrire. En principe, il doit y avoir un RECO pour 650 habitants : ce qui est plus qu'en République du Congo (1 pour 150), en Guinée-Bissau (1 pour 300) ou au Niger (1 pour 500), mais moins qu'au Mali (1 pour 700/800) et au Ghana (1 pour 3 000) (Le Fonds français MUSKOKA & UNICEF, 2019) puisqu'il n'y a pas de recommandations précises au niveau régional ou international.

Les RECO sont contractuels de la fonction publique locale, alors que les ASC sont fonctionnaires du Ministère de la santé. Ceux-ci sont les superviseurs directs des RECO (chaque ASC ayant dix RECO à suivre). Leurs profils diffèrent des RECO, et ils doivent avoir suivi au moins deux ans de formation dans le domaine de la santé. Ce sont en général des ATS.

Avant la mise en place de la Politique nationale dans les communes couvertes, comme nous l'avons vu, il y avait des projets de santé communautaire menés de manière disparate qui impliquaient parfois des agents communautaires. Les conditions de travail de ces derniers différaient d'un projet à l'autre, notamment en matière de rétribution, et il y a eu une volonté d'harmoniser les rémunérations des agents communautaires dans la nouvelle Politique. Les primes mensuelles des ASC ont ainsi été fixées

à 1 500 000 GNF mensuels (environ 167 €), et celles des RECO à 450 000 GNF par mois (environ 50 €). Notons que les fonds alloués au paiement de ces salaires transitent dès l'implémentation de la Politique par la commune concernée, et ce sont les fonctionnaires locaux qui sont chargés de leur versement aux agents communautaires (même si ces fonds proviennent au départ de dotations externes à l'Etat).

Les agents communautaires, en particulier les RECO, sont supposés mener différentes actions qui ont été définies selon les directives de l'OMS, comme le souligne Youssouf : « *En se basant donc sur ce que l'OMS a élaboré en termes de compétences nécessaires pour les agents communautaires nous avons élaboré le module de référence des relais communautaires qui contient toutes les compétences que l'OMS a dédiées aux agents communautaires* » (Entretien avec Youssouf, cadre à la DNSCMT). Ces activités ont trait :

- ❖ A la promotion de la santé (en particulier de la santé maternelle, néonatale et infantile, mais aussi à propos des pratiques d'assainissement et l'hygiène)
- ❖ A la prévention (notamment la vaccination, le suivi de la croissance des enfants, le dépistage de la malnutrition, la distribution de moustiquaires imprégnées à longue durée d'action)
- ❖ Et à diverses activités curatives qui doivent être définies par le Ministère de la santé.

Les RECO sont supposés assurer 17 tâches, dont certaines avec le concours des ASC (tableau 2).

Tableau 2: Compétences des ASC et RECO, d'après le Guide de mise en œuvre de la santé communautaire, 2019 (p.18-19).

Domaines de compétences		RECO	ASC
1	Promotion d'un comportement approprié de recours aux soins et aux soins prénatals	X	X
2	Promotion du compagnonnage des femmes enceintes	X	X
3	Préparation des femmes enceintes à l'accouchement	X	X
4	Promotion de l'usage de la moustiquaire	X	
5	Promotion de soins qualifiés à l'accouchement	X	X
6	Promotion d'une nutrition adéquate, des suppléments en fer et acide folique	X	X
7	Promotion et le soutien à la surveillance de la croissance de l'enfant	X	
8	Promotion de la santé reproductive et du planning familial	X	
9	Promotion du dépistage du VIH/SIDA	X	
10	Promotion de l'allaitement maternel exclusif	X	X
11	Promotion des soins post-partum	X	X
12	Promotion de la vaccination selon les directives nationales	X	X
13	Promotion de la méthode kangourou de soins maternels en faveur des enfants de faible poids à la naissance	X	X
14	Promotion de soins néonataux de base	X	X
15	Administration du misoprostol pour prévenir l'hémorragie post-partum		X
16	Fourniture d'un soutien continu pour la femme en travail en présence d'une accoucheuse qualifiée	X	X
17	Surveillance des maladies à potentiel épidémique	X	X
18	Promotion de la santé reproductive et du planning familial		X
19	Promotion de l'alimentation de complément		X
20	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant de moins de 5 ans (paludisme, diarrhées et infections respiratoires aiguës)		X
21	Promotion et soutien à la surveillance de la croissance		X
22	Violences basées sur le genre		X
23	Promotion du dépistage des cas de malnutrition		X
24	Promotion de l'hygiène	X	X
25	Lutte contre les maladies		X

Cette « nouvelle » Politique reprend largement le modèle des SSP, mais dans une version « améliorée » comme le souligne Foromo : « *La santé communautaire n'est pas une nouvelle chose en Guinée, mais c'est la forme qui a été améliorée* ». La nouveauté est sans doute l'implication envisagée des communes dans la gestion et le financement des activités, afin d'assurer une certaine pérennité à celles-ci.

4.2.3 Une institutionnalisation progressive

Lors du premier séjour de terrain, des interlocuteurs du Ministère de la santé ont présenté la chronologie de la mise en place de la PNSC, ainsi que les perspectives et nouvelles orientations qui étaient alors prévues. En janvier 2020, la Politique couvrait 69 communes, réparties en 40 Communes de convergence dans lesquelles l'UNICEF était le partenaire principal ; et 29 autres communes dans lesquelles le Fonds mondial (à travers *Catholic Relief Services*, une ONG catholique américaine - CRS) et l'USAID, à travers l'organisation JHPIEGO (*Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics*) ont soutenu la mise en place. Entre janvier 2020 et mai 2022, le nombre de communes couvertes par la PNSC a pratiquement doublé, puisqu'elles sont passées de 69 à 130, ce qui représente près d'un tiers des communes du pays. Le tableau 3 détaille le nombre et le pourcentage de communes couvertes dans chacune des huit régions du pays.

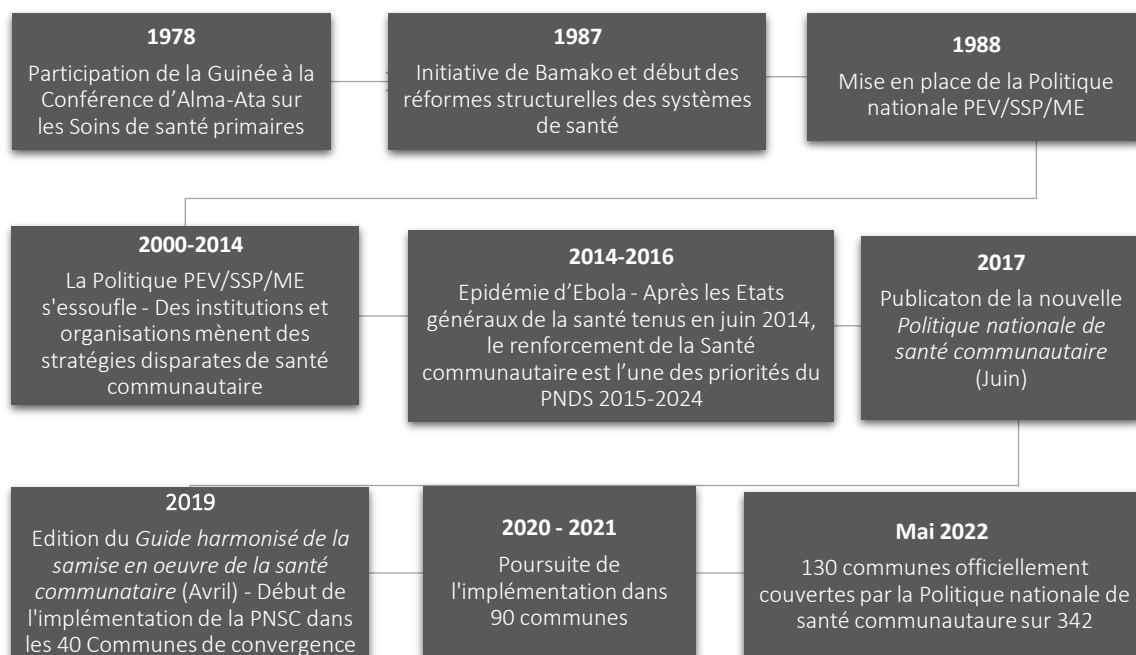
Tableau 3: Nombre et pourcentage de communes couvertes par la Politique nationale de santé communautaire, Mai 2022

Région	Nombre de communes	Nombre de communes couvertes	Pourcentage de communes couvertes (%)
Boké	37	5	13 %
Conakry	5	0	0 %
Faranah	42	32	76 %
Kankan	58	10	17 %
Kindia	45	30	67 %
Labé	53	10	19 %
Mamou	36	34	94 %
N'Zérékoré	66	9	14 %
TOTAL	342	130	38 %

Les prévisions de la DNSCMT et ses différents partenaires ont parfois dues être réajustées, et alors qu'il était prévu que la Banque mondiale soutienne le lancement de la Politique dans 53 communes supplémentaires, le processus était toujours en cours mais pas encore abouti en mai 2022, et les RECO et ASC n'y étaient pas encore fonctionnels. Zaoro, cadre à la DNSCMT, n'a pas expliqué les raisons de ce retard, mais il semble probable que le calendrier de la DNSCMT ait été perturbé par la déclaration de l'épidémie de Covid-19 en mars 2020. Il a toutefois noté que la DNSCMT avait été sollicitée à plusieurs reprises concernant des interventions de riposte à l'épidémie de Covid-19, et que les activités de la Direction n'avaient donc pas cessé.

L'institutionnalisation de la santé communautaire a donc connu différentes périodes en Guinée, et elle est toujours en cours à ce jour. La figure 6 reprend les principales dates évoquées dans les sections précédentes concernant les stratégies et politiques de santé communautaire du pays.

Figure 6: L'institutionnalisation progressive de la santé communautaire en Guinée



4.3 La lente mise en place d'un système de surveillance sanitaire effectif

Après avoir présenté l'institutionnalisation de la santé communautaire impulsée par l'épidémie d'Ebola (et fortement inspirée du modèle des SSP), nous allons maintenant nous intéresser de plus près aux changements intervenus dans le domaine de la surveillance.

4.3.1 Le format de l'institutionnalisation de la surveillance

Nous allons premièrement voir qu'en Guinée l'institutionnalisation de la surveillance sanitaire s'est inscrit dans des modèles plus globaux de santé publique : la préparation aux épidémies (*preparedness*) et l'approche « Une seule santé » (*One Health*).

a) Le paradigme de la préparation aux épidémies

Outre le renforcement du système de santé, cette épidémie d'Ebola a aussi contribué à mettre en avant la nécessité de renforcer la surveillance des maladies, à la fois pour répondre aux besoins usuels de santé publique (surveillance continue de l'incidence des maladies) et à des besoins plus exceptionnels, telle que la surveillance de l'occurrence d'épidémies (Moisan et al., 2016). Le renforcement du système de surveillance qui a suivi Ebola, a ainsi été largement construit autour du principe de la préparation aux épidémies, qu'il convient de tout d'abord contextualiser⁶³. Notons qu'à l'image de l'usage du terme *preparedness* sans qualificatif en anglais, nous utiliserons ici le terme de « préparation » pour faire référence au domaine particulier de la préparation aux épidémies.

⁶³ La notion de préparation est également définie dans les concepts clés de la thèse (chapitre 1).

➤ *Un principe reconnu au niveau international*

Le concept de préparation aux épidémies est souvent présenté comme ayant été développé au courant des années 2000, mais il repose sur des fondements plus anciens. Dès 1947, l'OMS réfléchit par exemple à une coopération internationale sur la surveillance et la réponse à la grippe (Aranzazu, 2013). En parallèle de la prévention des risques sanitaires naturels, se développe également la prévention des risques biochimiques et bactériologiques militaires, dans les années 1950 (David & Le Dévédec, 2019).

Dans les années 2000, la notion de préparation aux risques n'est donc pas nouvelle ; mais à cette période elle devient une inquiétude majeure des décideurs dans les pays occidentaux, qui développent des stratégies de prévention face aux risques, qu'ils soient de nature terroristes, économiques, naturels, ou encore infectieux (Seid et al., 2007). Après les épidémies de SRAS en 2003 et de grippe aviaire A H5N1 entre 2004 et 2005, l'OMS a entrepris de réviser le RSI (Wilson et al., 2010). Ces nouvelles recommandations ont été suivies avec plus ou moins d'efficacité lors de la riposte globale à la grippe H1N1 en 2009, et avec difficultés dans les pays du Sud qui ont souvent d'autres priorités (Wilson et al., 2010).

La notion de préparation a progressivement investi le domaine de la santé publique, dont elle est devenue partie intégrante (Lurie, 2007). La préparation aux épidémies est aujourd'hui considérée comme essentielle par les organisations et institutions sanitaires internationales car elle permettrait de répondre rapidement et efficacement aux épidémies afin de réduire la propagation des cas et le nombre de personnes infectées (WHO, 2017a). Elle n'est cependant pas évidente à mettre en œuvre et comporte différents défis, puisqu'elle est particulièrement coûteuse, et suppose notamment d'investir des fonds lors des périodes non épidémiques (Aranzazu, 2013), et des investissements « *sur le long terme sans résultat immédiat* » (Fortin et al., 2017 : 467). Elle nécessite également une bonne gouvernance, et ne fait pas toujours l'objet de consensus en termes de stratégies et standards employés (Fortin et al., 2017). La préparation est un monde, avec son histoire, ses propres codes et méthodes (Seid et al., 2007). Elle fait l'objet de critiques, sur lesquelles nous reviendrons dans la discussion. Pour le moment, gardons seulement en tête qu'elle a influencé l'institutionnalisation du système de surveillance en Guinée, puisque la surveillance est considéré comme un outil important de la préparation (Figuié, 2016).

➤ *La préparation comme ambition supranationale*

Il convient également de souligner que le renforcement du système de surveillance des maladies, et du système de santé en général, traduit une volonté nationale, régionale et internationale, et différentes institutions et organisations soutiennent le Ministère guinéen de la santé dans cet objectif. Comme nous l'avons déjà souligné, l'épidémie d'Ebola de 2013-2016 a mis en avant la nécessité que la Guinée, comme ses pays voisins, soit mieux préparée aux épidémies. Une nécessité d'autant plus partagée que dans un monde globalisé où les humains comme les pathogènes circulent sans cesse, la réponse à une épidémie nationale a également des enjeux internationaux (WHO, 2018a).

Dans ce contexte, le lancement du *Global Health Security Agenda* (GHSA) en 2014, avait pour ambition d'améliorer la coopération internationale entre gouvernements et organisations pour renforcer les capacités de surveillance, de prévention, de détection et de réponse aux épidémies, principalement dans les pays du Sud, dans le but d'atteindre les recommandations du RSI (André et al., 2017). Dès janvier 2015, le CDC et d'autres partenaires ont par exemple lancé les programmes STEP (*Surveillance*

training for Ebola preparedness) dans des pays frontaliers à la Guinée, au Libéria et Sierra Léone (André et al., 2017). C'est dans cette même mouvance de coopération supranationale, que le CDC africain a été officiellement créé à Addis Abeba en janvier 2017. La mission principale de cette institution est de renforcer les capacités de préparation, de surveillance, de laboratoire et d'expertise dans la région (Nkengasong et al., 2017).

➤ *Les applications de la préparation en Guinée*

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, au début des années 2000, le système de surveillance des maladies connaît quelques améliorations en Guinée. Entre 2005 et 2010, la surveillance de la grippe aviaire hautement pathogène a notamment été renforcée grâce à un programme d'appui mené par la FAO (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture) et la Banque mondiale. Mais l'arrêt de ce programme et des financements qui y étaient associés a contribué au délaissement de la surveillance, les laboratoires n'ayant notamment plus d'intrants (Standley et al., 2019). Ainsi, comme d'autres pays, la Guinée n'avait pas réellement mis en place les anciennes et nouvelles mesures du RSI avant l'épidémie d'Ebola, ce que celle-ci a mis en lumière.

Depuis cette épidémie d'Ebola, le Ministère de la santé et ses partenaires ambitionnent de renforcer les capacités nationales de préparation pour mettre en œuvre les recommandations du RSI (Collins et al., 2020). Le renforcement du système de surveillance a débuté par la création par décret de l'Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSS), en juillet 2016. Cette Agence n'a pas été créée de toute pièce et elle a remplacé la Coordination nationale de lutte contre Ebola. Selon les informations recueillies lors de l'intervention d'un cadre de l'Agence au cours d'un forum organisé par celle-ci en janvier 2020, ses missions d'attribution sont les suivantes :

- *Mettre en place les orientations du Ministère de la santé en matière de sécurité sanitaire*
 - *Mettre en place un plan d'intervention pour la Riposte*
 - *Renforcer les capacités du personnel en matière de surveillance et de prise en charge*
 - *Veiller à l'aménagement d'espaces de quarantaine et au développement d'un système national de surveillance des risques sanitaires*
 - *Mettre en place un système national de surveillance et de réponse aux épidémies, urgences et catastrophes*
 - *Participer à l'élaboration de la cartographie sanitaire des risques sur tout le territoire*
 - *Développement d'un système d'alerte précoce*
 - *Participer à la riposte publique de la sécurité animale, humaine et environnementale*
 - *Veiller à l'application du RSI*
- (Observations lors de l'intervention d'un cadre de l'ANSS lors du Forum international pour le financement durable de la sécurité sanitaire en Guinée, 15 janvier 2020, Conakry).*

L'ANSS est composée de différents départements, dont le Centre d'opération d'urgence (COU) - qui s'occupe notamment de la formation des agents aux niveaux central et périphérique, et de la gestion des opérations en cas de crise – ainsi que des départements Prise en charge, Communication et Logistique. Le département de la Surveillance a pour mission de collecter et analyser les données de surveillance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, de mener des investigations en cas de suspicion d'épidémie, et de planifier la riposte aux épidémies avérées.

Pour ce faire, et afin de décentraliser la surveillance, l'ANSS a créé huit Equipe régionales d'alerte et de réponse aux épidémies (ERARE), avec l'appui de l'Union Européenne et d'Expertise France (Migliani,

Keita, Diallo, Rodier, et al., 2016). Ces ERARE sont supposées être composées de 24 agents provenant des différentes Directions régionales de la santé correspondantes, qui forment ainsi un « véritable commando anti épidémique, conçu pour des missions rapides, permettant soit de juguler l'épidémie sinon d'initier la lutte dans l'attente du déclenchement du plan de contingence adapté » (ANSS, 2020a). Au passage, nous pouvons noter le vocabulaire emprunté au domaine militaire ici.

A ces équipes régionales, se sont ajoutées 38 Equipes préfectorales d'alerte et de réponse aux épidémies (EPARE), dont les membres sont désignés par les DPS, parmi des professionnels du secteur sanitaire de la zone concernée (ANSS, 2020a). Afin de faciliter et de décentraliser la prise en charge des cas suspects et confirmés de MPE, 38 Centres de traitement des épidémies (CT-EPI) ont également été construits dans chacune des préfectures du pays. A ce dispositif, s'ajoutent également des stratégies de surveillance à base communautaire, que nous développerons ensuite.

L'une des stratégies employées dans le renforcement de la surveillance a été d'améliorer la formation des agents de santé. Lors de l'épidémie d'Ebola, le manque de formation des personnels de santé vis-à-vis des pratiques de surveillance a entraîné une probable sous-notification des cas et un manque de complétude et de fiabilité des données de surveillance, alors que celles-ci sont considérées comme primordiales en temps de riposte (Hemingway-Foday et al., 2019). Dans la poursuite de ce qui avait été amorcé aux débuts des années 2000, le Ministère de la santé s'est ainsi engagé à renforcer la SIMR dès 2015, et a établi une liste de 14 maladies prioritaires à surveiller pour une meilleure préparation à de futures émergences. Grâce à un partenariat entre l'OMS, le CDC et RTI International, de nombreux agents de santé ont été formés sur tout le territoire à l'identification de ces pathologies (Hemingway-Foday et al., 2019). En parallèle, le CDC a soutenu la formation d'un certain nombre d'agents de la fonction publique en épidémiologie de terrain, en suivant le modèle de programmes apparus dans les années 1980 (André et al., 2017). Ces agents sont des fonctionnaires, diplômés en santé publique ou en médecine vétérinaire, qui sont formés pour constituer un ensemble d'experts de la préparation et de la réponse aux épidémies. Afin que ceux-ci ne se détournent pas du système public, il est jugé nécessaire que leurs postes soient pérennisés par l'Etat (André et al., 2017 ; Standley et al., 2019). Zézé, agent de la DPS de Macenta, présenté plus haut, a notamment été sélectionné pour suivre ces formations en épidémiologie de terrain.

Le renforcement du système de surveillance a également abouti à l'implémentation nationale d'un système électronique de gestion des données de santé publique, entre 2016 et 2018. A travers un partenariat entre le CDC, l'OMS, le Ministère de la santé et d'autres institutions, tous les niveaux de la pyramide sanitaire ont ainsi été dotés d'équipements informatiques et du logiciel DHIS2 (Reynolds et al., 2019). Les préfectures l'utilisent officiellement pour la transmission hebdomadaire des données depuis janvier 2018. Une évaluation de 2019 montrait une bonne appropriation et une bonne utilisation aux niveaux préfectoral et régional, mais un suivi faible au niveau national (Reynolds et al., 2019). Différents partenaires ont également contribué à l'amélioration des capacités de laboratoire et de diagnostic de diverses maladies infectieuses dans le cadre du *Global Health Security Agenda* (Ndjomou et al., 2021).

b) L'approche « Une seule santé »

L'institutionnalisation de la surveillance des maladies en Guinée a donc été principalement construite autour du paradigme de la préparation aux épidémies. Dans cet objectif, le concept « Une seule santé » (*One Health*), a également été mobilisé afin de guider les stratégies. Ce principe entend encourager l'interconnexion entre les approches de la santé humaine, animale et environnementale,

pour mieux prévenir et répondre aux épidémies, qui sont principalement d'origine zoonotiques aujourd'hui (Figuié, 2016). Comme nous l'avons vu dans le troisième chapitre, la santé animale faisait déjà l'objet d'une certaine attention à l'époque coloniale. Ainsi, la connexion entre la santé humaine et animale n'est pas nouvelle : par exemple, les programmes mondiaux de surveillance de la grippe humaine et de la grippe animale ont fusionné dès 1949 (Aranzazu, 2016).

La faible coordination entre les différents ministères a été un frein important à la riposte à l'épidémie d'Ebola en Guinée, et en novembre 2016 l'OOAS a établi une feuille de route stratégique visant à institutionnaliser l'approche « Une seule santé » en vue d'améliorer la détection, la prévention et la réponse aux zoonoses dans les quinze pays de la sous-région (Agbo et al., 2019). Cet élan a suscité l'intérêt de bailleurs internationaux tels que l'USAID et la Banque mondiale.

L'agence états-unienne a ainsi porté le projet « *Emerging pandemic threats 2* » (EPT2) dont l'une des composantes était le programme « *Preparedness and response* », qui a débuté en 2016 dans les trois pays principalement touchés par l'épidémie, et qui avait déjà été testé en Asie du Sud et en Afrique de l'Est (Agbo et al., 2019). L'objectif principal de ce projet était de susciter la collaboration entre les Ministères de la Santé, de l'Environnement et de l'Élevage, ce qui était complexe dans un contexte où elle était auparavant inexistante (Agbo et al., 2019). Les collaborations ont néanmoins porté fruit et le programme « *Preparedness and response* » a abouti à la création par arrêté ministériel conjoint (entre les Ministères de la Santé, de l'Élevage et de l'Environnement) de la Plateforme nationale One Health en juillet 2017 (Standley et al., 2019). Cette plateforme a ensuite été complétée progressivement par des instances préfectorales « Une seule santé », composées d'agents des services préfectoraux de la santé, de l'élevage et de l'environnement, comme celle qui a été lancée officiellement à Yomou en janvier 2020 (Koné, 2020). Ces plateformes n'ont pas fait l'objet d'études ou d'évaluation et on ignore si elles sont effectives. La surveillance qu'elles sont supposées effectuer vise six zoonoses qui ont été considérées comme prioritaires par les différents acteurs : à savoir l'anthrax, la trypanosomiase, la grippe aviaire hautement pathogène, la rage, la brucellose et les Fièvres hémorragiques virales (FHV) - dont Ebola (Standley et al., 2019). Des agents communautaires en santé animale peuvent être désignés par les populations (au niveau sous-préfectoral). Il s'agit de volontaires qui n'ont pas de rémunération, et qui sont encouragés à avertir le vétérinaire de leur zone en cas d'alerte (Guenin et al., 2022).

4.3.2 Le cas particulier de la surveillance à base communautaire

La SBC est un outil reconnu depuis les années 2000 par les institutions sanitaires internationales pour la réponse et la prévention des épidémies. La première édition du guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie dans la région africaine, signé par l'OMS en 2001, recommandait notamment la mise en place de la SBC dans les États du continent (OMS, 2014b). Mais dans les faits, peu de pays ont suivi ces recommandations, et la SBC était jugée « *quasiment inexistante* » en 2009 en Guinée (Sudre & Bompangue, 2009 : 56).

La mise en place de la SBC se traduit par différentes stratégies selon les pays et régions où elle est implémentée, mais elle est définie d'une manière générale comme la détection et la notification systématiques de tous les événements importants pour la santé publique qui surviennent dans une communauté, et qui sont remontés par les membres de celle-ci (Technical Contributors To The June WHO Meeting, 2019). Après Ebola, en Guinée la SBC a pris deux formes différentes que nous allons maintenant présenter.

a) *La surveillance des personnes guéries de la MVE*

Comme nous l'avons vu, pendant la première épidémie d'Ebola, le recours à la SBC a été tardif et celle-ci n'a pas toujours été effective. Elle a été encouragée progressivement, et elle a pris plusieurs formes (la constitution des CVV et l'implication des AC).

Après la déclaration de la fin de l'épidémie le 29 décembre 2015, le pays a entamé une période de surveillance renforcée de 90 jours, conformément aux recommandations de l'OMS. L'attention de la surveillance s'est alors tournée vers une population particulière, les personnes ayant survécu à la maladie, dont on ignorait par exemple si elles portaient encore le virus. Les autorités et leurs partenaires ont alors mis en place le programme de Surveillance active en ceinture (SA-CEINT) autour des personnes déclarées guéries, qui étaient organisées en groupes ou familles représentés par des points focaux chargés de remonter la survenue de symptômes douteux ou de décès parmi leurs proches, afin de prévenir une éventuelle résurgence (Coordination nationale de lutte contre Ebola, 2016). Entre décembre 2015 et septembre 2016, un total de 1 130 personnes guéries auraient participé à la SA-CEINT (M. Keita et al., 2019).

Le projet PostEboGui a également contribué à améliorer les connaissances scientifiques sur cette population, dans une perspective associant les recherches cliniques, virologiques et anthropologiques (Desclaux, Sow, et al., 2017 ; M. S. K. Diallo, Toure, et al., 2021 ; Etard et al., 2017 ; A. K. Keita et al., 2019 ; Msellati et al., 2016 ; Subtil et al., 2017 ; T. Y. Sylla & Taverne, 2020). Ce projet a pris fin en 2019, après quatre ans d'exercice. Le suivi des personnes guéries n'a pas été poursuivi par la suite, ce qui a eu un impact lors de la deuxième épidémie d'Ebola survenue en 2021, comme nous le verrons dans un chapitre ultérieur.

b) *La difficile implication des agents communautaires*

En dehors de cette forme de SBC auprès des survivants de la MVE, il a été recommandé à la fin de l'épidémie de pérenniser l'implication des AC dans la réalisation de la SBC (Migliani, Keita, Diallo, Rodier, et al., 2016). Cet élan était global, il n'a pas concerné que les pays les plus touchés par l'épidémie : *"Following the outbreak, the work of community health workers [...] in the West Africa Ebola outbreak has been highlighted to advocate for increasing the numbers of CHWs globally to build resilience [...] strengthen health systems and provide capacity to respond to future emergencies"* (Miller et al., 2018 : 2).

Comme nous l'avons déjà vu à propos de la mise en place de la PNSC, l'implication des agents communautaires est reconnue comme importante pour le renforcement des systèmes de santé, et pour mener une surveillance au plus près des populations dans le cadre de la préparation aux épidémies (Boyce et al., 2021 ; OMS, 2017 ; Ratnayake et al., 2016). La SBC est particulièrement reconnue comme essentielle dans les zones reculées qui ne seraient pas pourvues en structures sanitaires et professionnels de santé (Collins et al., 2020). Afin de ne pas aboutir aux mêmes résultats que la politique des SSP, il est recommandé que les Etats engagent des moyens financiers et humains sur le long terme, ainsi qu'un appui technique et logistique à la mise en œuvre de la SBC (Perry et al., 2016).

Ainsi, la SBC fait partie des missions des agents communautaires dans les communes couvertes par la PNSC (*Politique Nationale de Santé communautaire*, 2017). Selon Youssouf, cadre à la DNSCMT, celle-ci est née d'une « *insuffisance constatée* » de l'engagement communautaire pendant l'épidémie d'Ebola. Il a d'ailleurs ajouté : « *On a commencé tout ce qui est communautaire par la surveillance à*

base communautaire », puisque la stratégie de SBC a été appliquée avant l'adoption de la nouvelle PNSC en 2017, comme nous l'avons vu auparavant. L'objectif principal de la mise en place de la SBC était ainsi selon lui de compléter le système de surveillance qui était auparavant défaillant :

« Pendant la lutte contre Ebola on s'est rendu compte qu'il y avait un niveau qui manquait à la surveillance des maladies. C'est le système de Surveillance intégrée des maladies et de la réponse. Le système était mis en place jusqu'au niveau des centres de santé, c'est-à-dire qu'on a des données épidémiologiques recueillies par les agents de santé. Ce qui veut dire qu'il y a quelque chose qui manque puisque c'est pas tout le monde qui vient dans la structure de santé. Plein de malades restent chez eux, ils meurent là-bas. Et pour avoir les informations sur tout ce qui se passe dans la population en termes de maladie il fallait élargir ce système jusqu'au niveau des populations [...] Et puisqu'il n'y avait rien pour le niveau communautaire, alors avec les partenaires on s'est entendus de mettre en place quelque chose au niveau communautaire pour permettre de continuer le système de surveillance, mais surtout de le commencer là où commencent les problèmes. Les problèmes c'est dans la communauté, les gens sont malades dans la communauté. Il faut que ce soit à l'intérieur de la communauté qu'il y ait un système de surveillance qui permette de remonter les cas » (Entretien avec Youssouf, cadre à la DNSCMT).

Avant l'introduction du logiciel DHIS2 en 2017 et l'institutionnalisation de la surveillance, les informations de santé publique ne provenaient effectivement que très peu des niveaux inférieurs de la pyramide sanitaire. Il y avait par exemple très peu de données sur l'incidence des maladies infectieuses (telles que le choléra, les méningites, la rougeole, la fièvre jaune, la dengue et les FHV), dans les préfectures et sous-préfectures (Collins et al., 2020).

Après l'épidémie, les autorités sanitaires et leurs partenaires ont mis en place des programmes de soutien à la réalisation de la SBC sur tout le territoire. Ce processus a connu deux principales périodes : en 2016 ce sont d'abord 18 préfectures qui ont été couvertes avec le soutien de l'OIM, et des ONG RTI (*Research Triangle Institute*) et IMC (*International Medical Corps*) ; en 2017, les 20 préfectures restantes ont été couvertes, avec le soutien de l'OMS cette fois-ci.

D'après Bafodé, agent à l'ANSS, ce programme national de soutien à la SBC s'appuyait sur l'implication d'AC (nommés ainsi, à l'inverse donc des RECO et ASC), qui étaient chargés de « *sensibiliser la population, les leaders communautaires, les élus locaux ainsi de suite* », et de surveiller l'apparition de pathologies suspectes au sein de leur population. Peu à peu, « *ces AC ont commencé à remonter les informations, et ça a été la base de notre surveillance* » (Entretien avec Bafodé, agent à l'ANSS). Selon Foromo, cadre à la DNSCMT, ce sont un peu plus de 18 000 AC qui auraient été impliqués par ces différents programmes sur tout le territoire, dont 7 317 par l'OIM (OIM Guinée, 2019). Ces AC devaient être « *volontaires, dynamiques, habitant dans le secteur, sachant lire et écrire dans l'idéal, respectés dans la communauté, mais ni fonctionnaires ni élèves en situation de classe* », selon les propos de Bafodé. Ils ont été dotés en téléphones, et parfois, mais rarement en bottes et bicyclettes.

Selon les propos de Zézé (qui est, pour rappel, agent de la DPS de Macenta), à Macenta ce sont différents partenaires qui se sont succédés pour renforcer la continuité de la réalisation de la SBC dans la préfecture. C'est d'abord l'ONG Plan International qui a poursuivi ses activités entamées lors de l'épidémie, en demandant aux plus de 600 AC de la préfecture d'effectuer une surveillance régulière. Il y avait des réunions mensuelles lors desquelles les AC partageaient leurs rapports (principalement oraux) sur la surveillance du mois écoulé. Ils recevaient également une formation de « *recyclage* » tous les trois mois. Dans le cadre du programme national de soutien à la SBC, ce sont ensuite IMC et l'OIM qui ont pris le relais, mais la chronologie ne m'a pas été clairement explicitée. Cette organisation a également demandé aux AC de notifier tous les événements de santé publique qui survenaient dans

leurs communautés (tels que les décès maternels), ainsi que ceux qui concernaient la santé animale (tels que les décès groupés d'animaux).

Mais selon Zézé, après la fin de l'épidémie qui était « *venue avec beaucoup d'argent* », les AC ont été de moins en moins rémunérés, ce qui a contribué à ce qu'ils abandonnent progressivement leurs responsabilités. Alors que les primes étaient de 1 500 000 GNF mensuels (environ 167 €)⁶⁴ pendant l'épidémie, elles sont passées à 100 000 GNF par mois (environ 11 €) en 2016, puis sont descendues à 70 000 GNF mensuels (environ 7 €) en 2017-2018. Au départ d'IMC en septembre 2019, les AC ne recevaient plus que 20 000 GNF (environ 2 €) de recharges téléphoniques mensuelles. Progressivement le rythme des réunions s'est également espacé, et les AC n'étaient conviés que tous les trois mois pour des formations de rappel d'un jour, lors desquelles Zézé note qu'ils recevaient des frais de *perdiems* et de transport de 80 000 GNF (environ 8 €), qui constituaient ainsi leur seul « *salaire* ». Pour Zézé, le népotisme qui s'était illustré dans le choix des AC pendant l'épidémie a également contribué à ce que ces derniers « *lâchent* » puisqu'ils étaient « *habitués à l'argent* ». De même, il note que le matériel qu'ils avaient reçu pendant Ebola s'est peu à peu dégradé, et qu'à la fin des projets en 2019, la grande majorité des téléphones qui avaient été donnés aux AC ne marchaient plus et n'avaient pas été remplacés.

Selon Djibril, cadre à la DPS de Macenta, après le départ des partenaires les autorités sanitaires ont tenté de « *motiver les communautés* » à s'investir dans la SBC et à notifier les cas et événements suspects. Pour les acteurs de la DPS, cet engagement ne nécessitait pas forcément d'appui matériel ou financier. Mais cet appel au volontariat n'a pas vraiment fonctionné, et seuls quelques AC auraient continué à partager des informations. Une enquête menée à Macenta et dans d'autres préfectures souligne effectivement que beaucoup d'AC impliqués pendant l'épidémie ont regretté de voir leurs primes s'amenuiser. Certains déploraient également que l'Etat n'ait pas reconnu leur engagement et revendiquaient le droit à avoir un vrai statut (Miller et al., 2018).

Ainsi, entre la fin de l'année 2018 et la fin de l'année 2019, les différentes institutions et ONG partenaires de l'ANSS se sont progressivement retirées du programme national. Il était ensuite prévu que l'Etat prenne le relais dans le soutien à la SBC, et la PNSC, publiée entre temps en 2017, prévoyait que sa réalisation soit parmi les missions allouées aux RECO et ASC. A partir de janvier 2020, il n'y a plus eu de programme de SBC à l'échelle nationale, et ce sont seulement les agents communautaires des communes couvertes par la Politique de santé communautaire qui ont été tenus de la réaliser. Il est possible néanmoins que des projets de soutien à la SBC aient été menés dans certaines régions ou préfectures, mais cela n'est pas indiqué dans les documents et sites internet des institutions sanitaires guinéennes. Nous reviendrons plus en détail sur l'évolution de la SBC depuis la fin du programme national dans le sixième chapitre. Pour résumer, la figure 7 présentée ci-dessous reprend les différentes étapes de la mise en place de la SBC au niveau national depuis la première épidémie de MVE en Guinée.

⁶⁴ Le taux de conversion présenté dans la thèse date de septembre 2022.

Figure 7 : Chronologie de la mise en place de la Surveillance à base communautaire (SBC) en Guinée



Conclusion

Ce quatrième chapitre a permis de poursuivre l’historique entamé dans le troisième, en recentrant le propos sur les implications de l’épidémie d’Ebola en termes de santé communautaire et de surveillance des maladies. Après le déclin de la politique des SSP, le système de santé guinéen est dans un état délétère et seuls des programmes périodiques soutiennent la promotion de la santé communautaire. La surveillance des maladies, elle, fait l’objet d’une tentative d’institutionnalisation aux débuts des années 2000, mais ses réalisations ne sont pas pérennes et ne survivent pas au retrait des bailleurs, l’Etat ne prenant pas vraiment le relais. Cette situation délétère est latente jusqu’à la déclaration de l’épidémie d’Ebola en 2014, qui la révèle avec une certaine violence, l’épidémie étant aggravé par ces faiblesses et d’autres éléments contextuels. Au sortir d’Ebola, la reconstruction et le renforcement du système de santé sont considérés comme essentiels, et le gouvernement met officiellement en place une nouvelle PNSC dès 2017. Celle-ci est fortement inspirée des SSP, et présente des limites qui similaires à celles observées à la fin des années 1980, comme nous le verrons dans le prochain chapitre.

L’institutionnalisation de la surveillance des maladies, amorcée pendant l’épidémie, est officialisée avec la création de l’ANSS en 2016. Le renforcement du système de surveillance se construit alors autour du concept global de préparation aux épidémies, dans une perspective associant la santé animale, humaine et environnementale, selon les ambitions « Une seule santé ». La SBC, mise en pratique tardivement pendant l’épidémie, est devenue depuis lors un outil reconnu comme essentiel dans le cadre de la préparation. Mais depuis la fin de la première épidémie d’Ebola, celle-ci semble périliter, les primes allouées aux agents communautaires s’amenuisant, et les projets de soutien ayant pris fin en 2019. Depuis, seules les communes couvertes par la Politique nationale de santé communautaire sont supposées avoir des RECO qui réalisent cette surveillance. Qu’en est-il de ces stratégies et de leur application aujourd’hui ? Afin de donner un aperçu de la santé communautaire et de la surveillance des maladies au niveau local, nous présenterons les enquêtes de terrain menées en région forestière dans la prochaine partie de cette thèse.

TROISIEME PARTIE : SANTE ET SURVEILLANCE COMMUNAUTAIRES DANS LA PREPARATION AUX EPIDEMIES

Après avoir décrit dans la partie précédente les étapes ayant conduit à l'implémentation de la nouvelle politique nationale de santé communautaire, et à l'institutionnalisation progressive du système de surveillance des maladies, nous aborderons dans cette troisième partie les actualités de ces deux composantes en contexte de préparation et de riposte aux épidémies dans la région forestière de la Guinée.

Dans cette optique, le cinquième chapitre sera consacré à la description du système de santé communautaire dans la préfecture de Macenta, à travers une enquête menée dans une commune couverte par la Politique nationale de santé communautaire, et dans une autre localité qui ne l'est pas encore mais dans laquelle des agents communautaires sont déployés. Au travers de ces deux exemples nous questionnerons l'effet de l'institutionnalisation sur les stratégies de santé communautaire, ainsi que les avancées et difficultés que connaît ce domaine de la santé publique dans cette préfecture.

Dans la continuité, le sixième chapitre abordera plus précisément la réalisation de la SBC dans la région forestière, à la fois comme un outil de préparation mais aussi de riposte aux épidémies. Nous questionnerons notamment la poursuite des interventions menées dans le cadre de la surveillance depuis la première épidémie d'Ebola, qui ont été présentées dans la partie précédente.

Cette troisième partie concerne les sous-objectifs 2 et 3 de la thèse.

Figure 8: Pancarte d'un projet d'appui à la surveillance mené après l'épidémie d'Ebola, avec le soutien de l'USAID et d'IMC. Enceinte de la Direction préfectorale de la santé de Macenta, 12 mars 2020, © Barranca



CHAPITRE 5 : UN SYSTEME DE SANTE COMMUNAUTAIRE QUI PRESENTE DES AVANCEES MAIS QUI DEMEURE FRAGILE

Après avoir présenté l’historique et le fonctionnement du système de santé communautaire en Guinée, ce chapitre sera consacré aux enquêtes de terrain réalisées dans la région forestière. Comme nous l’avons vu précédemment, le pays s’est doté d’une Politique nationale de santé communautaire (PNSC) depuis 2017. L’implémentation de celle-ci a débuté dans plusieurs communes, mais elle ne couvre pas encore tout le territoire.

Afin d’illustrer les actualités de la santé communautaire dans la préfecture de Macenta, cette enquête a été menée dans deux localités : dans la commune de convergence de Sengbedou (qui est la seule sous-préfecture couverte par la PNSC) ; et dans la commune urbaine de Bowa, qui n’est pas encore intégrée au système national mais au sein de laquelle il a été possible de rencontrer des agents communautaires mobilisés par des ONG. Ces observations ont également été élargies aux localités ayant été touchées par l’épidémie d’Ebola survenue en 2021 dans la région de N’Zérékoré, des communes qui ne sont pas non plus couvertes par la PNSC (Gouécké et N’Zérékoré). Les données présentées dans ce chapitre sont issues des enquêtes 2 et 4.

Les deux premières parties de ce chapitre seront consacrées à la présentation des études menées dans ces localités en tâchant de décrire notamment les profils, missions et appréciations des acteurs communautaires rencontrés. En fin de chapitre, nous étudierons en détail les diverses difficultés relevées à propos du système actuel de santé communautaire.

5.1 L’exercice de la santé communautaire dans la Commune de convergence de Sengbedou (Macenta)

Afin d’illustrer les implications de la Politique de santé communautaire dans la préfecture de Macenta, le choix de la commune rurale de Sengbedou s’est imposé puisqu’il s’agit de la seule sous-préfecture couverte (sur les 18 sous-préfectures de Macenta). Sengbedou fait partie des 40 Communes de convergence du pays, dans lesquelles la santé communautaire institutionnelle sous sa forme actuelle a été mise en place initialement.

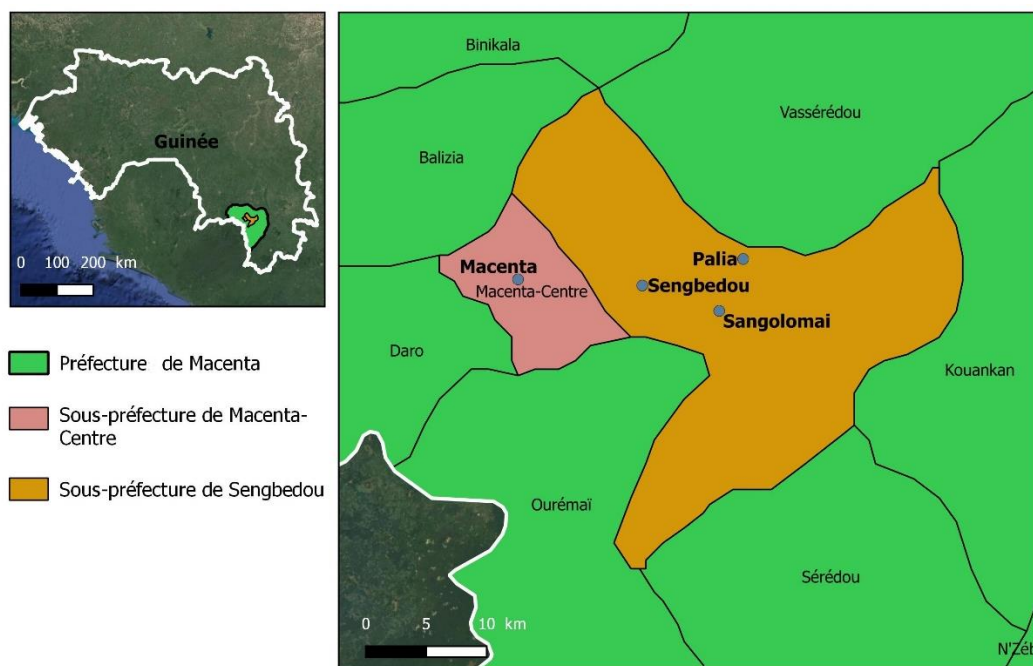
5.1.1 Présentation des localités étudiées

Avant d’aborder plus précisément les questions relatives à l’exercice de la santé communautaire dans la commune de convergence de Sengbedou, il convient de donner au préalable quelques éléments de contexte sur les localités concernées par cette enquête.

a) La sous-préfecture de Sengbedou et son chef-lieu

Selon les informations recueillies à la DPS, la population de la sous-préfecture de Sengbedou était d’environ 16 000 habitants en 2019. Elle est intégrée à la préfecture de Macenta (figure 9) où vivaient environ 324 000 habitants la même année. Sengbedou compte 21 villages, auxquels s’ajoute la commune de Sengbedou-centre, qui est le chef-lieu de la sous-préfecture.

Figure 9 : Carte de la préfecture de Macenta et des lieux d'enquête



Sengbedou-centre abrite les organes administratifs de la zone (telle que la mairie), ainsi que le seul centre de santé de la sous-préfecture, au sein duquel deux RECO et leurs superviseurs ont été rencontrés en mars 2020. La commune est relativement facile d'accès depuis Macenta, et elle n'est pas enclavée. Sa population est de 1 500 habitants environ, qui sont majoritairement commerçants et agriculteurs.

b) Le village de Palia

Les données présentées dans ce chapitre proviennent également d'une enquête menée auprès du RECO mobilisé à Palia, un village au Nord-Ouest de la sous-préfecture de Sengbedou, situé à 25 km de Sengbedou-centre, et à 40 km de Macenta (figure 9). Le séjour sur place a duré un peu moins d'une semaine, et bien qu'il ait été écourté en raison du contexte politique et sanitaire national mouvementé, les échanges avec le RECO du village - Siba - ont été particulièrement riches.

A l'inverse de la commune de Sengbedou-centre, le village de Palia est particulièrement enclavé et isolé. Il est d'ailleurs considéré comme un village « *d'accès difficile* » par le personnel du centre de santé de la sous-préfecture. La route qui y mène est effectivement étroite et permet difficilement aux véhicules d'y accéder (figure 10), aussi les villageois se déplacent principalement à pied et à moto. Ces conditions sont aggravées en saison des pluies, la piste étant en terre et devenant alors très boueuse, ce qui amplifie l'enclavement de la localité. Le village est entouré d'une végétation importante et d'une rivière.

Selon les informations recueillies au centre de santé, en 2018 Palia comptait 397 habitants, qui seraient en réalité 450 selon les estimations de Siba, le RECO. Les villageois sont pour la plupart agriculteurs (les cultures principales étant le riz, le café et les palmiers à huile – voir figure 10), et la population est particulièrement précaire. Le village n'est pas relié au réseau électrique. Il est doté d'un forage, mais dont les capacités ne sont pas suffisantes pour couvrir tous les besoins, et les habitants utilisent l'eau

de la rivière pour leur consommation, leur toilette personnelle et les besoins ménagers courants (lessive, vaisselle, etc). Palia possède une école, qui était partiellement fermée lors de la semaine passée sur place (en raison de l'absence d'un instituteur depuis plusieurs mois).

Figure 10 : Piste menant au village (gauche) et pressoir dans lequel les noix de palme sont broyées afin de récolter leur huile (droite), Palia, 18 mars 2020, © Barranca



Au cours de cette enquête, le village de Sangolomai a également été visité (avec le RECO de Palia). Celui-ci est situé à 5 km de Palia (figure 9), et des informations complémentaires seront données plus loin.

c) Les particularités historiques et ethniques de la zone

Avant de présenter les profils et fonctions de ces différents RECO, il paraît important de dire quelques mots sur les particularités ethniques et historiques de la zone d'enquête. A l'image du reste de la région forestière, la préfecture de Macenta a été le théâtre de nombreuses violences, et elle a notamment subi l'invasion successive des troupes de Samory Touré, puis des Français, à la fin du 19^e siècle (Fairhead & Leach, 1994)⁶⁵. Elle a également été particulièrement ciblée par le processus de démythification sous la politique de Sékou Touré, qui a entraîné des altercations avec les populations qui ont vu certains de leurs attributs culturels et religieux interdits, confisqués ou brûlés (McGovern, 2004). Durant cette période, les populations ont néanmoins continué à procéder aux rites d'initiation, en particulier les Tomas (Giovannoni-Setbon, 1988). Ce sont exclusivement des Tomas qui vivent au village de Palia, tandis que Sengbedou-centre est principalement peuplée de Manias⁶⁶.

Ces deux peuples, qui sont communément désignés sous le terme de « *Forestiers* », à l'image des autres ethnies de la région (Giovannoni-Setbon, 1988), entretiennent des rapports assez complexes. Il

⁶⁵ Pour une histoire plus détaillée de la région et des identités ethniques, se référer notamment à : (Béavogui, 1991 ; Fairhead & Leach, 1994 ; Højbjerg, 2002 ; McGovern, 2004).

⁶⁶ J'emploierai ici la dénomination « Mania » car c'est celle qui est utilisée par mes interlocuteurs. La dénomination de cette ethnie ne fait pas consensus, et elle peut être tantôt nommée « Toma Mania » (Diallo, 2021), « Manians » (McGovern, 2004), ou encore « Manyas » en anglais (Robert, 2006). Les Tomas sont également nommés « Loma » en anglais, à propos de la population qui réside au Libéria (Robert, 2006).

y a à la fois des discours attestant de leur assimilation, ou au contraire de leur différenciation (McGovern, 2004). Les Tomas et les Manias se revendiquent d'être les premiers habitants de cette zone, et ils se disputent notamment la paternité de la ville de Macenta, sans qu'un consensus ait été trouvé du fait de leurs visions historiques divergentes (Diallo, 2021 ; Højbjerg, 2002), dans un contexte où il est difficile de démêler les sources contradictoires (Groelsema, 1998). A l'occasion de l'inauguration de la statut du patriarche Toma de la ville, ces divisions ont conduit à des violences intercommunautaires en décembre 2020, ayant causé la mort d'au moins 17 personnes (Guinéematin, 2020). Ces relations ethniques particulières ont des répercussions sur les appréciations des RECO vis-à-vis de la Politique de santé communautaire et sa mise en place, comme nous le verrons.

5.1.2 Les profils et rôles officiels des RECO de Sengbedou-Centre et Palia

Ces précisions faites, passons maintenant au détail des fonctions et conditions de travail des RECO rencontrés. Selon les responsables du centre de santé, les RECO sont au nombre de 24 dans la sous-préfecture, dont trois exercent à Sengbedou-centre, et les autres dans chacun des 21 villages. Ce sont majoritairement des hommes, puisqu'il n'y a que trois femmes parmi eux. Ces 24 RECO sont tous affiliés au centre de santé de Sengbedou-centre, et rémunérés par la mairie de cette localité, avec laquelle ils ont également signé leurs contrats. Ils sont supervisés par deux ASC, qui ont chacun 12 RECO à suivre. Les RECO sont en activité depuis 2018. Les échanges avec le RECO de Palia ont été plus nourris puisque le séjour dans le village a été plus long qu'à Sengbedou-centre (une journée). Aussi, les exemples ci-dessous concerneront davantage Palia, mais ils renseignent également sur les missions des autres RECO de la zone.

a) Profils des RECO

Les trois RECO qui exercent à Sengbedou-centre sont répartis en trois secteurs. Deux d'entre eux ont été rencontrés : Fanta (qui couvre une zone de 672 habitants) et Sékouba (qui exerce dans un secteur de 548 habitants) ; ainsi que leurs superviseurs : Aly (un ATS qui a été nommé comme ASC), et Amara (cadre du centre de santé). Ces quatre interlocuteurs sont Manias.

Avant d'être RECO, Fanta et Sékouba étaient tous les deux agents communautaires pendant plusieurs années pour un projet de lutte contre le paludisme (Stop-Palu). Selon Amara, les dix agents communautaires qui étaient impliqués par ce projet dans la sous-préfecture ont d'ailleurs tous été maintenus et reconvertis en RECO, et 14 nouveaux se sont ajoutés. Depuis, le projet Stop-palu a arrêté de fournir des tests de diagnostic rapide (TDR) et traitements contre la malaria à ses anciens AC. Mais Sékouba assure que ces intrants sont toujours disponibles au centre de santé et auprès de tous les RECO de la sous-préfecture, ce qui n'est pas corroboré par les propos de Siba, comme nous le verrons plus loin. La troisième RECO de Sengbedou-centre n'a pu être rencontrée car elle n'était pas disponible (elle était à un stade avancé de grossesse, et n'exerçait plus ses fonctions de RECO. Elle n'avait pas été remplacée).

Siba, quant à lui, vit au village de Palia depuis douze ans. Il dit avoir signé son contrat en 2017, mais n'avoir commencé à être rémunéré, et donc à travailler, qu'en 2018. Il ignore les raisons de ce délai. Siba est originaire de Sérédou, une autre sous-préfecture de Macenta, et il est Toma. Il n'est donc pas ressortissant de Palia, où il s'est initialement rendu pour recevoir des soins suite à un envoutement, le village étant réputé pour ses thérapeutes traditionnels. Comme nous le verrons dans le prochain chapitre, avant d'être RECO, Siba avait été chargé de la surveillance des MPE après Ebola. Il est marié

et il a quatre enfants. Lors de cette enquête, il vivait à Palia avec l'un de ses fils, et sa femme et ses trois derniers enfants résidaient à Sérédou.

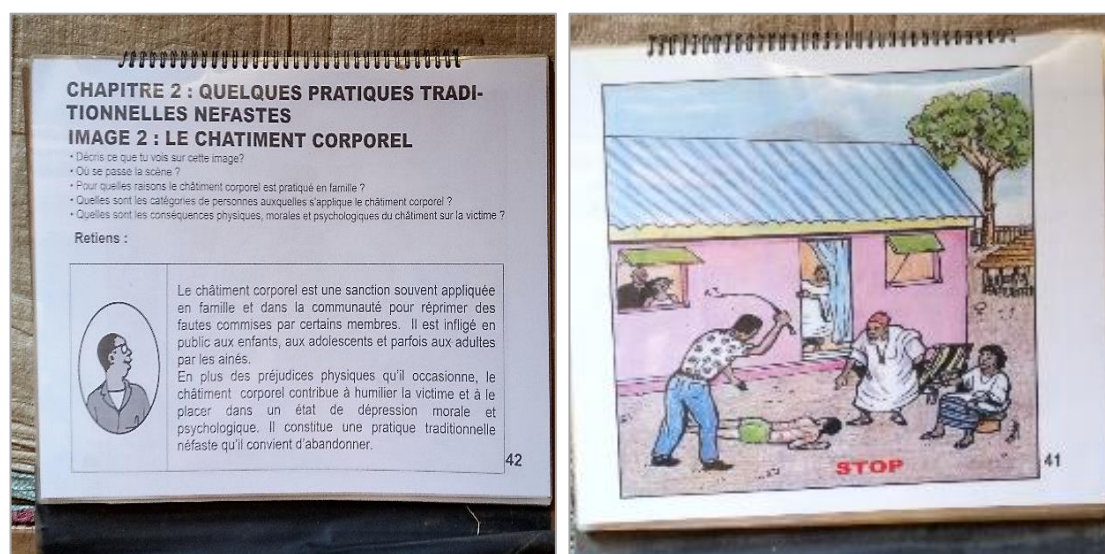
b) Leurs missions

Les RECO sont supposés assumer plusieurs fonctions auprès des populations qu'ils couvrent, conformément à ce qui est prévu dans la Politique (elles sont détaillées dans le chapitre 4). Celles-ci sont principalement des activités de promotion de la santé, à travers la réalisation de sensibilisations dans les ménages, du suivi de la vaccination des enfants et des CPN pour les femmes enceintes. Ils sont également supposés surveiller la survenue de MPE dans le cadre de la SBC des maladies, mais nous aborderons ce point dans le prochain chapitre.

➤ Les sensibilisations

A propos des sensibilisations, les RECO ont une certaine marge de manœuvre, et ils peuvent notamment choisir les sujets qu'ils abordent, ainsi que la fréquence des séances. Ces sujets ne sont toutefois pas choisis au hasard, et ils sont supposés suivre une liste qui leur a été recommandée. Les RECO ont reçu une boîte à images pour mener ces séances, dans laquelle chaque thème est représenté par une image toujours accompagnée d'un texte, duquel l'agent peut s'inspirer pour élaborer ses propos. Les sujets sélectionnés dépassent le seul domaine médical, et la prévention des châtiments corporels ou des mutilations génitales féminines doivent par exemple être abordées (figure 11). Siba souligne toutefois qu'il n'a jamais mené de sensibilisations sur des sujets qu'il juge délicats, telle que la prévention de l'excision, tant cette pratique est répandue à Palia et sujette à polémique en Guinée. D'après lui, son statut d'homme ne lui permet pas d'aborder cette question qui est une « affaire de femmes ». Siba évite également de mener des sensibilisations sur l'importance du lavage régulier des mains, étant donné que l'accès à l'eau n'est pas aisé à Palia. Pour des raisons sociales, culturelles et matérielles, Siba évite ainsi volontairement certains sujets qu'il est supposé aborder, et il est probable que d'autres RECO fassent de même.

Figure 11 : Extraits de la boîte à images de Siba pour les sensibilisations, Palia, 20 mars 2020, © Barranca



En mars 2020, Siba indiquait qu'il n'utilisait plus la boîte à images, car il était déjà passé dans tous les ménages pour la présenter. Il assurait néanmoins continuer les sensibilisations, choisies souvent selon les actualités (lors d'une campagne de distribution de déparasitants par exemple). Il menait également ces sensibilisations au gré des discussions qu'il pouvait avoir avec des villageois ou des situations qui se présentaient (lors de la présentation d'un nouveau-né par ses parents par exemple).

➤ *Les registres*

S'ils ont une certaine liberté dans le choix des sujets qu'ils abordent, les RECO sont supposés garder une trace des sensibilisations qu'ils mènent afin d'en faire part à leurs superviseurs lors de la réunion mensuelle qui réunit tous les RECO au centre de santé. Ainsi, Fanta tient un cahier dans lequel elle recense les différentes séances de sensibilisation qu'elle conduit. Elle y renseigne la date, le thème abordé, le nombre d'auditeurs (hommes et femmes), le nom et la signature du représentant du ménage sensibilisé. Le cahier de Fanta a une fonction documentaire, et il lui sert également de preuve qu'elle remplit ses fonctions. Après la réunion mensuelle, la liste des séances de sensibilisation réalisées par les différents RECO est reportée par un agent du centre de santé dans un autre registre. Ce registre est stocké en interne sans être partagé aux strates supérieures du système sanitaire, selon les informations recueillies.

Notons que les RECO ont d'autres registres à remplir et à adresser à leurs supérieurs lors de la réunion mensuelle. Il s'agit d'un « Registre communautaire pour le suivi des enfants de moins de cinq ans d'âge », et d'un « Registre communautaire pour le suivi des femmes enceintes et nouveaux-nés (0-28 jours) ». Ces registres sont des outils de supervision, qui permettent également d'établir des indicateurs de surveillance. Siba note que leur remplissage est assez difficile, et que la formation n'a pas été assez longue à son goût sur le sujet. Il a d'ailleurs rempli les premières pages au crayon à papier car il craignait de faire des erreurs au départ. Après en avoir parcouru quelques pages, ces registres paraissent effectivement difficiles à maîtriser et parfois peu adaptés, comme le montrent ces extraits de journal de terrain :

« Les registres semblent compliqués à remplir, et il y a beaucoup d'items. A la case "allaitement", les RECO doivent par exemple écrire " - " si c'est "oui" et "x" si c'est "non". Siba dit que c'est "sur le terrain" qu'il a compris comment les remplir, et non en formation. Apparemment, certains RECO ont encore des soucis, et Siba aide certains à les remplir lors de la réunion mensuelle. Il m'explique que plusieurs d'entre eux ont par exemple du mal à noter la "diversification alimentaire" des enfants, cette notation se faisant de 0 à 2, et 2 correspondant à "bien alimenté". Cela correspond au fait qu'il est conseillé que l'allaitement soit exclusif jusqu'à 6 mois, puis que les enfants passent à la "diversification alimentaire", ce qui est d'ailleurs peu respecté selon Siba puisque les mères allaitent longtemps leurs enfants. Sur cette partie certains mots sont en anglais, il y a par exemple écrit "animal prod. " et Siba comprend le mot "prod. " comme "produits" au sens de médicaments, alors qu'il s'agit très certainement d'aliments d'origine animale. Certaines cases à remplir comportent les termes anglais "or" (ou) et "and" (et), que je traduis à Siba après qu'il m'ait demandé des clarifications » (Observations à Palia, 20 mars 2020).

Le caractère peu approprié de ces registres est un exemple du fait que dans le cadre de la santé globale les outils produits sont souvent développés à l'extérieur des contextes dans lesquels ils sont ensuite utilisés, et qu'ils sont donc parfois peu adaptés (Olivier de Sardan, 2021).

➤ *Le suivi de la vaccination infantile et des CPN*

Les deux autres fonctions principales des RECO concernent le suivi des enfants et de leurs mères dans le cadre des activités du PEV et des CPN. Ils sont notamment chargés de veiller à ce que tous les enfants habitant dans leur zone soient correctement vaccinés et qu'ils suivent le calendrier vaccinal établi au niveau national. Les RECO sont supposés rappeler aux parents les échéances et les inviter à se rendre aux séances du PEV, qui ont lieu deux fois par semaine au centre de santé de Sengbedou, et une fois par mois à Palia. Ils ne sont pas chargés de vacciner eux-mêmes les enfants concernés, puisque cette charge revient aux « agents PEV », des ATS ou infirmiers diplômés qui sont formés pour assurer cette fonction. Il y a normalement un agent PEV par centre de santé, mais celui de Sengbedou est secondé par d'autres agents étant donné que sa zone d'intervention est vaste.

Ainsi, les vaccinations des enfants de Palia sont effectuées par le chef du poste de santé de Sangolomai - Zaou - depuis 2019, année durant laquelle le poste a été doté d'un congélateur dédié au stockage des sérums grâce à l'appui de GAVI. Afin de faciliter le déroulement des activités, le suivi de la vaccination des enfants est couplé à la réalisation des CPN pour les femmes enceintes le jour de la visite du chef de poste. En principe Zaou est secondé par une assistante, stagiaire au centre de santé de Sangolomai et ATS. Ce type de stratégie où le personnel de santé se déplace vers les populations est nommé « stratégie avancée » dans le jargon administratif médical.

Des observations ont pu être réalisées lors de la vaccination des enfants et des CPN par le chef du poste de santé de Sangolomai durant la matinée du 21 mars 2020. La veille, Siba s'était rendu dans les familles concernées par les visites pour leur demander de se rendre disponibles le lendemain. Il a également refait un tour dans chaque famille le matin même, afin de vérifier que les mères en question (seules des mères étaient présentes) ne se rendaient pas aux champs (puisqu'elles sont en grande majorité agricultrices). Il en a également profité pour relever tous les carnets de santé.

Lors de cette séance, les mères n'étaient pas informées du type de vaccin administré à leur progéniture. Le chef de poste, assisté de Siba, remplissait simplement les carnets de santé des femmes et des enfants en y renseignant les sérums administrés, sans communiquer à ce sujet. Cette information n'est pas considérée comme destinée aux patients, mais davantage au personnel médical qui pourrait consulter ces carnets. Zaou répertoriait également ces informations dans une « fiche de consultation infantile », afin de garder une trace au poste de santé, et de pouvoir remonter à ses supérieurs le nombre d'enfants vaccinés. Il est intéressant de noter que Zaou portait une blouse sans manche sur laquelle il est écrit : « *La vaccination est un droit pour nos enfants et un devoir pour les parents* », aux côtés de divers logos d'organisations, telles que l'UNICEF, GAVI et Hellen Keller International. Cette observation rappelle, comme les registres mentionnés plus haut, que ces stratégies sont menées dans le cadre de la santé globale.

Selon les informations données par Zaou et Siba, le planning de vaccination ne peut pas toujours être tenu car tous les vaccins ne sont pas disponibles, et certains ne l'ont jamais été, pour des raisons qu'ils ignorent. Les vaccins disponibles pour les enfants sont les vaccins contre la tuberculose (BCG), la poliomyélite (vaccin antipoliomyélitique oral - VPO), contre la rougeole (Orovax), les vaccins Penta 1, 2 et 3⁶⁷ qui protègent de cinq pathologies (diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B et la bactérie *Haemophilus influenzae* type B) et celui prévenant la fièvre jaune. Selon Siba, qui compare les protocoles indiqués sur ses registres et les procédures mises en place, les vaccins prévenant les méningites, les infections à pneumocoque, les gastro-entérites sévères à rotavirus et l'hépatite B n'ont

⁶⁷ Il s'agit des dénominations inscrites sur les registres de Siba. Ici le terme « Penta » désigne le fait que ce vaccin est pentavalent (il vise plusieurs affections).

jamais été disponibles. Or, le vaccin Penta prévient l'hépatite B et l'infection par la bactérie HIB qui peut causer des méningites, et on peut donc remarquer que Siba n'est pas informé du contenu de ce vaccin. Il a souligné que le vaccin contre le tétanos néonatal à destination des femmes enceintes était disponible, et que toutes les femmes concernées à Palia l'auraient accepté. Les enfants sont également supposés recevoir des doses de vitamine A et de mébendazole (déparasitant) lors des consultations du PEV, mais l'approvisionnement n'est pas régulier, et Zaou dit qu'ils sont distribués « *quand ça vient* », c'est-à-dire quand le poste de santé en reçoit du centre de santé.

Des écarts vis-à-vis des procédures officielles en raison de l'indisponibilité des intrants sont également observés à propos des CPN, et les femmes enceintes de Palia ne sont notamment pas soumises aux tests détectant l'infection à VIH et la syphilis. De même, il n'est pas possible de connaître le groupe sanguin des futures mères car le matériel nécessaire pour le déterminer n'est pas disponible, or cela fait partie des items à remplir dans le registre des CPN.

A Palia, les CPN sont également assurées par Zaou. Comme pour la vaccination des enfants, Siba a joué le rôle d'organisateur, coordinateur et assistant du chef de poste. Il était également chargé de répartir les doses de comprimés destinés aux femmes enceintes pour la prévention de l'anémie et du paludisme, dans des sachets individuels. Ces médicaments sont gratuits car Sengbedou est couverte par la politique de santé communautaire. De même que les informations liées à la vaccination des enfants, la communication avec les femmes enceintes était très réduite lors des CPN, comme le montre l'extrait ci-dessous :

« Les CPN ont lieu dans une chambre dans la maison du chef-secteur⁶⁸, au centre du village. C'est très poussiéreux. Le lit est pourvu d'un matelas (de fabrication locale). Le CPS dit d'abord à la femme de se coucher. Il ne l'aide pas, et elle s'exécute assez péniblement. Elle est à son 5e mois de grossesse et c'est sa première CPN. Zaou dit qu'en général les CPN débutent au 4e ou au 5e mois. Il m'explique que normalement il y a 4 paramètres à prendre lors de chaque visite : la tension, la hauteur utérine, la taille et le poids. Sans mètre, ni balance, les deux dernières mesures ne sont pas possibles. Pour commencer il prend la tension de la femme qui est couchée. Le tensiomètre est en allemand (c'est pratique), il indique 12/6 (il y a écrit 12 et quelques sur la première ligne et 6 et quelques sur la deuxième). Ce sont les deux chiffres que Zaou me montre pour m'indiquer la tension de la patiente. Il dit que c'est une tension bonne pour une femme enceinte, pour qui les risques débutent à 14 ou à 15. Il lui demande ensuite de replier ses jambes de sorte à avoir les pieds collés aux fesses. Il découvre son ventre et place un petit mètre en position verticale du bas du ventre jusqu'au point où il sent l'extrémité de l'enfant. Cela sert à calculer la hauteur utérine. Comme pour la tension, il note le résultat sur le carnet de la mère, et la fiche du poste de santé. Il n'informe pas la femme de ses résultats, ne lui dit pas non plus que tout semble normal. Il lui pose ensuite des questions : est-ce qu'elle a des pertes (pour détecter une éventuelle infection) ? Est-ce qu'elle sent le bébé bouger ? Il reporte les réponses sur les registres. Il m'a semblé le voir inscrire des réponses sans les demander à la patiente. Depuis le début, il porte des gants chirurgicaux, qu'il ne change pas entre les patientes. Il regarde ensuite la longueur du bassin qu'il calcule avec son mètre en le plaçant sur les deux os en bas du dos. La taille du bassin de la patiente est normale. Comme la pièce est assez obscure il se met à la fenêtre pour écrire à la lumière. Il ne relève aucun paramètre du fœtus. Il n'a pas de stéthoscope. Il ne fait pas non plus d'examen gynécologique. La patiente ressort, environ cinq minutes après être arrivée. Zaou appelle la prochaine, pour laquelle il suivra exactement la même procédure » (Observations lors des CPN à Palia, 21 mars 2020).

⁶⁸ Il s'agit de la désignation employée communément dans cette zone à propos des chefs du village qui ont un statut officiel.

On remarque que lors des consultations, Zaou est supposé remplir deux registres : le carnet de santé de la mère et de l'enfant, déjà mentionné plus haut, ainsi qu'un registre de CPN destiné à être conservé au poste de santé. On peut observer que ces documents sont importants. Ils ont pour objectif officiel de faciliter le suivi des patients, notamment s'ils sont pris en charge ultérieurement par d'autres professionnels. Le registre conservé par le poste de santé assure également une fonction documentaire (il permet de laisser des traces de chaque intervention), et parfois une fonction évaluative, lorsque les informations qui y sont renseignées servent de base au calcul d'indicateurs (tel que le nombre de CPN suivies par une femme enceinte). Nous reviendrons plus loin sur la question des indicateurs développés.

Le remplissage et l'archivage des registres rajoute une charge de travail non négligeable à Zaou, qui contribue sans doute au fait que ces consultations PEV et CPN sont assez « *expéditives* », comme cela a été observé ailleurs (Olivier De Sardan, 2021 : 196). Leur objectif officiel est de prévenir les éventuelles complications de la grossesse et de l'accouchement, mais cela semble ambitieux lorsque la communication avec la patiente se résume à quelques questions, et que les résultats des examens pratiqués ne lui sont pas communiqués. Il est toutefois probable qu'une norme tacite implique que si celle-ci n'est pas entretenue d'un problème c'est que la consultation n'a pas révélé de complications possibles.

Selon le protocole suivi par Zaou, certaines femmes sont automatiquement considérées comme ayant des grossesses à risque. Il s'agit des femmes de moins de 17 ans ou de plus de 35 ans, et celles ayant subi des césariennes antérieures. Il a assuré que lorsqu'une femme dans cette catégorie approche du terme de sa grossesse, elle est référée à l'hôpital de Macenta pour une meilleure prise en charge. Mais dans les faits, cela n'est pas toujours possible d'après Siba, puisqu'un accouchement à l'hôpital représente une charge financière considérable pour les familles. Notons d'ailleurs que comme cela est prévu, les CPN et vaccinations des enfants sont gratuites, et aucun échange d'argent n'a été observé lors de celles-ci.

➤ *Les consultations parallèles auprès des femmes enceintes*

En parallèle des CPN officielles, les RECO sont également supposés effectuer des visites régulières auprès des femmes enceintes pour vérifier que la grossesse ne présente pas de problème particulier. Siba en effectue régulièrement, selon ses disponibilités et celle des futures mères, à un rythme non continu. Deux de ces consultations ont pu être observées. Elles ont été assez rapides et peu centrées sur la santé des mères, comme l'illustre l'extrait ci-dessous :

« La première femme que Siba voulait consulter se présente. Elle est enceinte de 9 mois, le terme est donc proche. Elle s'allonge sur le couchage du bureau. Il découvre son ventre, et palpe en haut et en bas. Il sort également un stéthoscope et le pose sur le ventre. Conformément à ce qu'il pressentait, le bébé est en mauvaise position. Il informe la femme (en toma) et lui suggère de s'allonger sur son lit les pieds contre le mur et de venir le voir pendant quatre jours pour le suivi. Si ça ne va pas mieux (c'est-à-dire si le bébé ne change pas de position) il la réfèrera ailleurs. La consultation n'a pas duré plus de trois minutes. Je n'ai pas vu d'échange d'argent entre eux » (Observations lors d'une consultation à Palia, 17 mars 2020).

Ces consultations paraissent assez sommaires et brèves mais elles sont primordiales pour Siba, car elles permettraient de prévenir les éventuelles complications d'accouchements, et de prévoir en avance le déplacement de la parturiente vers l'hôpital de Macenta, ou au moins vers le poste de santé

de Sangolomai. Siba prend ce rôle d'autant plus à cœur qu'il considère que les agents chargés de la CPN sont peu compétents, alors que lui-même a acquis des notions en santé maternelle grâce à ses expériences antérieures, comme nous l'aborderons plus loin. Dans ce cas précis, Siba a conseillé à la femme et son mari de se rendre à Sangolomai pour l'accouchement, ce qu'ils ont fait deux jours plus tard. Selon Siba, la très grande majorité des femmes accouchent avec la matrone de Palia, excepté dans quelques rares cas, et celle-ci semble bénéficier d'une certaine légitimité au village. Palia étant assez enclavé, il est arrivé que des femmes soient évacuées en urgence en plein travail, jusqu'au poste de santé de Sangolomai parfois à moto, mais aussi en « *hamac* » (brancard). Les consultations qu'il effectue lui-même, comme les CPN officielles, sont donc supposées prévenir ce genre de complications.

5.1.3 Les fonctions non officielles du RECO de Palia

A Palia, le rôle de Siba auprès de la population dépasse ses fonctions de RECO. Il est probable que ceux de Sengbedou-centre occupent, comme lui, des fonctions qui ne sont pas officiellement inscrites dans leurs attributions, mais comme ils n'ont pas été suivis « sur le terrain », il n'est pas possible de les décrire ici.

a) Le docteur du village

Siba occupe depuis longtemps le rôle de « *docteur* » du village, et c'est d'ailleurs ainsi que la plupart des habitants le nomment. Après avoir interrompu sa scolarité en neuvième année (équivalent à la classe de quatrième dans le système scolaire français), en raison de difficultés familiales, Siba a travaillé durant plusieurs années dans une clinique privée de Sérédou tenue par l'un de ses proches. Il y a acquis de nombreuses connaissances médicales puisqu'il tenait le rôle d'assistant lors de consultations régulières, et parfois lors d'opérations (hernies et appendicites par exemple). Siba aurait aimé suivre la formation pour devenir ATS afin que son expérience soit officiellement valorisée mais il n'en a jamais eu les moyens, et son expertise n'est donc pas reconnue par le système de santé. Elle l'est en revanche aux yeux des habitants.

Lorsqu'il exerçait à la clinique de Sérédou, Siba avait soigné gratuitement la femme d'un ressortissant du village de Palia, ce qui lui a valu d'être bien intégré dès son arrivée au village, et a facilité l'acquisition de son statut de « docteur » (car son acte de générosité a été valorisé, et que la femme en question a été guérie par ses soins). Pour reprendre les observations de Didier Fassin, il a de cette manière acquis le « *pouvoir de guérir* » aux yeux des habitants (Fassin, 1992a : 270), ainsi qu'une certaine légitimité et cela lui vaut d'être assez bien intégré dans le village, bien qu'il n'en soit pas originaire. Néanmoins, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, cette intégration est assez relative et sa position au sein du village est parfois ambiguë.

Pendant plusieurs années, Siba se rendait régulièrement à Sangolomai, où il avait noué une relation avec l'ancien chef du poste de santé. Ce dernier lui a enseigné d'autres connaissances médicales, notamment en parasitologie (le poste de santé possédait alors un petit laboratoire – qui n'existe plus aujourd'hui), mais aussi sur la santé reproductive et maternelle. Siba renseignait dans un cahier les connaissances qu'il acquérait au poste de santé. Il le possède toujours et le consulte régulièrement. Aujourd'hui, le chef de poste a changé et Siba se rend moins fréquemment à Sangolomai, mais il continue d'y aller de temps à autre. Cela lui permet de compléter ses maigres revenus, les patients le rétribuant pour ses consultations, et de seconder l'équipe du poste de santé (composée de Zaou, le chef de poste, et d'une stagiaire).

Ainsi, depuis quelques années, Siba s'est installé un « bureau » dans l'enceinte d'un bâtiment construit par les villageois pour accueillir les étrangers séjournant au village (le plus souvent pour consulter les tradithérapeutes qui y sont réputés). Ce bâtiment est fait de briques de terre brute, comme les autres habitats de Palia (figure 12). Il est composé de trois pièces, dont un dortoir réservé à l'accueil des étrangers, et une pièce centrale qui constitue son bureau à proprement parler. Celle-ci est très sommaire, et particulièrement poussiéreuse. Elle est agrémentée d'un lit et d'un matelas de fabrication locale, de deux chaises en mauvais état, et d'un petit bureau sur lequel Siba stocke certains ustensiles (figure 12). Il y a quelques affiches sur les murs.

Figure 12 : Siba devant l'entrée de son bureau (gauche), et pièce centrale (droite), Palia, 17 mars 2020, © Barranca



La troisième pièce lui sert de réserve, dans laquelle il stocke les quelques produits pharmaceutiques qu'il possède (figure 13), et qu'il prend d'ailleurs soin de toujours bien fermer à clé. Ces intrants sont pour la plupart périmés et il ne les utilise plus, mais il les conserve toutefois (figure 13).

Figure 13 : Réserve adjacente au bureau de Siba (gauche), et carton de médicaments périmés (droite), Palia, 17 mars 2020, © Barranca



Avant d'être RECO, Siba traitait ainsi les pathologies courantes (en particulier les accès palustres, mais aussi les diarrhées infantiles) et pouvait fournir quelques soins d'urgence. Il possède toujours quelques ustensiles médicaux (stéthoscope, kits de seringues à usage unique, thermomètre digital, pinces, stock de compresses et coton), auxquels se sont ajoutés un bracelet brachial (utile à l'évaluation de l'état de croissance staturo-pondérale des enfants), seul instrument qu'il a acquis pour réaliser ses fonctions de RECO.

Étant donné qu'ils n'ont pas de formation médicale, les RECO ne sont pas supposés offrir des soins médicaux dans les zones où ils exercent (au-delà des tests et traitements de certaines pathologies telles que le paludisme et l'onchocercose, s'ils ont les intrants nécessaires). Mais dans une zone reculée et sinistrée sur le plan sanitaire telle que Palia, Siba est fréquemment sollicité. C'est notamment le cas lors de situations d'urgence, ou lorsque les habitants cherchent un premier conseil médical. Les quelques ustensiles qu'il possède lui permettent de soigner facilement des plaies, ou de procéder à des actes chirurgicaux légers. Plusieurs de ces consultations ont été observées, notamment la prise en charge en urgence d'un enfant blessé à la jambe par une pioche, au moment où se déroulaient les CPN :

« Durant les CPN, une femme vient chercher Siba, ça a l'air assez urgent. Je vois ensuite qu'il y a un rassemblement devant son bureau. Je m'approche et aperçois Siba dans sa réserve. Je lui parle par la fenêtre et lui demande si tout va bien. Il m'explique qu'un enfant est blessé et qu'il cherche son anesthésiant pour lui faire une suture. Il ne le trouve pas. Un enfant sort en pleurs, on m'explique que c'est le frère de l'enfant blessé qui lui a involontairement fait mal avec une pioche. Siba m'invite à venir voir l'enfant à l'intérieur. Je rentre. Le petit est allongé sur le côté, il est calme et ne pleure pas. Il a pourtant une grosse plaie bien ouverte au-dessus de la fesse. La vision de la plaie me donne mal au ventre. Les mouches tournent autour. Il y a beaucoup de monde dans la pièce. Siba prend un bout de papier pour faire une "ordonnance" qu'il porte au chef de poste pour trouver de l'anesthésiant. Il dit qu'il a besoin d'au moins "4 cc". Zaou est en consultation avec une femme enceinte (puisque les CPN ont lieu en même temps). Par la fenêtre il lui dit qu'il y a peut-être de l'anesthésiant au poste de santé mais que ce ne sera sans doute pas assez. La situation n'a pas l'air de l'affoler et il ajoute qu'il ne veut pas vider son stock. Siba dit alors qu'un homme venu d'un autre village pour un "problème" a peut-être de l'anesthésiant avec lui. Je me demande pourquoi cet homme étranger aurait de l'anesthésiant mais Siba reste évasif par rapport à mes questions, et je suppose qu'il s'agit d'un féticheur, d'où le tabou (car j'ai eu vent d'une cérémonie qui aurait mal tourné quelques jours auparavant, et dans laquelle un féticheur était impliquée). Toute la scène est très lente. L'enfant doit souffrir, même s'il fournit des efforts pour ne pas le montrer. Quelques minutes plus tard Siba revient avec l'homme en question qui a effectivement de l'anesthésiant (Lidocaïne) avec lui. Siba me fait signe de le suivre dans la salle, il y a toujours beaucoup de monde autour de l'enfant. J'aperçois la matrone qui me dit de m'avancer, je lui réponds que je préfère rester en retrait. Plusieurs hommes tiennent le petit pour que Siba puisse le piquer. Quelqu'un ferme le loquet de la porte. L'enfant hurle. D'un coup je me sens très mal à l'aise (entre les cris de l'enfant, la vue de la plaie et la foule amassée dans la pièce) et je me dis que je n'arriverai pas à voir la suture, je m'excuse et sors. Plus tard Siba me dit que la suture de la plaie s'est bien déroulée. Il prévoit de donner des comprimés de Paracétamol à l'enfant un peu plus tard, celui-ci risquant d'avoir mal lorsque l'effet de l'anesthésiant se sera atténué » (Observations à Palia, Samedi 21 mars 2020).

Cet exemple montre bien qu'à Palia, Siba occupe un rôle qui outrepassé ses fonctions de RECO. Les notions de Siba constituent un avantage pour les habitants lors de situations d'urgence telle que celle-ci, puisque la structure sanitaire la plus proche est à 5 km, et que les véhicules sont très rares. Siba représente ainsi un premier recours non négligeable en l'absence d'agents de santé pouvant assurer ces mêmes soins. Cette fonction constitue également une opportunité financière pour le RECO qui

peut ainsi augmenter ses revenus. Le paiement des prestations est soumis à négociation, et Siba avait demandé 80 000 GNF (environ 8 €) à la famille de l'enfant pour sa prise en charge. Il a finalement reçu 60 000 GNF (environ 6 €). Lors de ce type de consultation, il arrive que Siba réfère les patients au poste de santé de Sangolomai lorsque les affections dépassent ses capacités. Ainsi, un soir de la semaine Siba a été consulté en urgence par des parents dont l'enfant présentait une « *inflammation* » qui commençait à suppurer au niveau de la poitrine. Siba ne se jugeant pas apte à le soigner, il leur a conseillé de se rendre à Sangolomai, ce qu'ils ont fait. On remarque toutefois que le poste de santé n'est pas toujours pourvu du matériel et des produits nécessaires, puisque Zaou se montrait par exemple réticent à fournir de l'anesthésiant lors de cette situation.

b) Une petite pharmacie

Afin de pouvoir faciliter le traitement des patients, et de dégager quelques bénéficiaires, Siba détenait auparavant une pharmacie au village, constituée de médicaments et autres intrants qu'il allait acheter à Macenta. Il se fournissait notamment en TDR (tests de diagnostic rapide) et traitements pour le paludisme. Il possède encore quelques produits, mais en mars 2020 il avait arrêté d'aller se fournir en nouveaux produits car le prix de vente de plusieurs médicaments avait récemment augmenté. A titre d'exemple le prix d'une boîte de 1 000 comprimés de Paracétamol était passé de 35 000 GNF (environ 4 €), à 90 000 GNF (environ 10 €). Il pensait que les habitants de Palia l'auraient accusé de les surfacturer s'il augmentait le prix de revente, et il a donc préféré arrêter.

Depuis, les habitants du village se fournissaient principalement à Sangolomai (au poste de santé ou dans les pharmacies non officielles) lorsqu'ils souhaitaient acheter des médicaments. Le fait que Siba ne possède plus de pharmacie au village n'est pas anodin sur un plan financier, ni pour lui (puisque'il n'a plus de revenus secondaires par la vente de médicaments), ni pour les habitants (qui doivent engager des frais supplémentaires, de déplacement notamment). On peut également supposer que cela retarde la prise en charge des malades, notamment dans le cas des accès palustres, qui sont les affections les plus courantes à Palia (selon le RECO). D'autant que comme nous allons le voir ensuite, Siba ne reçoit pas les intrants nécessaires au diagnostic et au traitement des cas de paludisme, contrairement à ce qui est prévu dans la Politique de santé communautaire.

5.1.4 Les appréciations des RECO sur la Politique de santé communautaire

Dans cette quatrième section nous aborderons les avis partagés par ces différents RECO à propos de leurs rôles auprès des populations et des effets de la Politique. Nous verrons que leurs avis divergent en fonction des localités, les résultats de la Politique se faisant plus ou moins sentir selon les endroits.

a) L'impact des sensibilisations

Depuis qu'ils mènent des sensibilisations, tous les RECO rencontrés lors de cette enquête constatent des changements de comportements chez leurs concitoyens. Sékouba assure notamment que les femmes viennent plus facilement au centre de santé depuis l'implication des RECO. Selon lui elles « *acceptent* » et « *comprennent* » désormais l'importance des CPN ou de la vaccination des enfants. A Sengbedou, ce sont les femmes qui visitent davantage le centre de santé, car ce sont souvent elles qui assurent le suivi des soins des enfants, comme souvent en Guinée (Somparé, 2020) et ailleurs en Afrique de l'Ouest (Egrot & Bila, 2017).

Sékouba et Fanta ont également souligné que depuis qu'ils sont RECO, les vaccinations de routine organisées par le centre de santé deux jours par semaine ne désemploient pas. Ils ont aussi remarqué que depuis que les RECO sont actifs, tous les nouveau-nés reçoivent un carnet de naissance et sont enregistrés à l'Etat-civil. Ce point semble effectivement être l'une des volontés phares de la politique de santé communautaire à Sengbedou. Cette fonction des RECO est notamment valorisée sur une affiche présentée dans la pièce centrale du centre de santé (figure 14).

Figure 14 : Affiche valorisant le rôle du centre de santé et des RECO dans l'enregistrement des nouveau-nés à l'Etat-civil, Centre de santé de Sengbedou, 10 mars 2020, ©Barranca



En tant qu'agents de la fonction publique locale, le rôle des RECO dépasse ainsi le seul domaine sanitaire. Notons que l'implication des RECO dans cette tâche s'inscrit dans la poursuite des stratégies de connaissance et contrôle des populations encouragées depuis les années 1950 par les théories de la modernisation (Desgrées du Loû, 2011 ; Packard, 2016), bien qu'il n'y ait pas d'objectif implicite de contrôle de la démographie ici.

Siba observe, lui aussi, quelques changements de comportements depuis qu'il a débuté ses fonctions de RECO et les séances de sensibilisation. Comme les RECO de Sengbedou, il note que toutes les familles acceptent de faire vacciner leurs enfants désormais, et il assure que tous les enfants de 0 à 59 mois (qui sont les cibles prioritaires du PEV) sont vaccinés (avec les vaccins disponibles). Toutes les femmes enceintes suivraient également les CPN depuis que celles-ci sont assurées au village dans le cadre des stratégies avancées.

Néanmoins, contrairement à ses collègues de Sengbedou-centre il dit rencontrer des difficultés concernant l'enregistrement des enfants à l'Etat civil. C'est une disposition particulièrement difficile à mettre en place selon lui, et beaucoup de ménages refusent de payer les 5 000 GNF (environ 5 €) demandés pour obtenir l'acte de naissance des enfants car elles n'en voient pas l'utilité malgré les sensibilisations de Siba.

b) Des avis divergents à Sengbedou-centre et Palia

En dehors des effets attestés par les RECO à propos des sensibilisations qu'ils mènent, les agents de Sengbedou-centre et Siba ont des avis plutôt divergents sur la Politique. D'une manière générale, les premiers affichent un avis très positif, et très enthousiaste vis-à-vis de celle-ci et à plusieurs reprises Sékouba a vanté les mérites du programme des communes de convergence, comme le montrent les extraits du journal de terrain ci-dessous :

« Sékouba dit que ses collègues et lui sont bien intégrés, bien acceptés dans leurs districts. Parfois quand il sillonne les rues de Sengbedou, certains habitants disent "C'est notre RECO". Il souligne à plusieurs reprises l'important soutien d'UNICEF qui est leur "partenaire privilégié", et le fait que Sengbedou devienne une commune de convergence a contribué à faire changer les "mentalités". Quand je lui demande comment, il répond "A travers les causeries éducatives", les séances de sensibilisation. Il explique que chacun a un rôle à jouer dans la gestion de la commune, et que les femmes et les jeunes sont notamment impliqués, ce qui renforce la cohésion et l'adhésion au programme. Il y a également une "plateforme des jeunes" qui organise des sensibilisations sur les mariages précoces, l'éducation des jeunes filles, les mutilations génitales... Depuis leur intégration Sékouba dit que les mariages précoces ont été interdits et que davantage de jeunes filles vont à l'école. Il semble très satisfait de tout ce qui se passe dans la commune et du programme de commune de convergence. Fanta ne parle pas mais elle acquiesce à quasiment tout ce qu'il dit. Aly, écoute d'une oreille en faisant un jeu sur son téléphone. Depuis que je suis là tout le monde est enjoué et ne parle d'aucun problème, je n'ai pas l'habitude et je trouve cela assez bizarre. Sékouba ajoute avec une certaine fierté que le maire est récemment parti en Allemagne pendant deux semaines dans le cadre du programme des Communes de convergence » (Observations au centre de santé de Sengbedou, 10 mars 2020).

Sékouba et ses collègues ont également souligné que dans le cadre du PNACC, Centre d'encadrement communautaire (CEC) a été construit derrière le centre de santé (figure 15). Bâti en 2019, il a pour fonction d'accueillir les enfants de 3 à 5 ans pendant la journée (du lundi au samedi), afin que leurs parents puissent plus facilement aller travailler. Ils y reçoivent des leçons d'alphabétisation, dispensées par deux femmes désignées parmi les habitants de la commune. Notons que ce type de CEC existe aussi de manière non informelle dans d'autres villages, où ils sont construits à l'initiative des habitants.

Figure 15 : Centre d'encadrement communautaire (CEC) de Sengbedou-centre, 10 mars 2020, © Barranca



L'avis de Siba sur les bénéfices de la Politique de santé communautaire est bien plus nuancé. Il regrette notamment que certaines dispositions prévues par la Politique ne soient pas respectées, telle que la prise en charge gratuite des cas de paludisme. Lors de sa formation de RECO (en juillet 2018) il a été

dit que les RECO seraient dotés en TDR et en traitements (Coartem), mais il n'a jamais rien reçu. Selon Siba, il y a un problème au niveau national, et il suppose que les intrants promis sont détournés au niveau central :

« Il y a un gilet du projet Palu qui est marqué : "Stop-Palu, le traitement du paludisme est gratuit". Donc les produits normalement sont gratuits. Et d'ailleurs actuellement c'est trop cher. Je dis que le problème vient de Conakry, parce que si c'était Macenta seule j'allais dire que le problème est au niveau de la DPS. Mais c'est pas Macenta seule. Tu vas à Nzérékoré aussi c'est la même chose. Donc c'est que le problème est venu de Conakry. Sinon les bailleurs de fonds n'allaient pas écrire cela, que le traitement du paludisme est gratuit. Et quand c'est annoncé c'est que ça doit être appliqué, ça doit être appliqué normalement. Tu peux pas dire ça seulement, écrire ça pour rien » (Entretien avec Siba, RECO à Palia).

Auparavant, Siba se procurait lui-même des TDR et des traitements pour la prise en charge du paludisme à Palia, mais depuis qu'il n'en a plus les malades étaient obligés de se déplacer pour recevoir des soins, comme nous l'avons évoqué plus haut.

De même, alors que les RECO sont supposés être dotés en médicaments pour la prévention des diarrhées infantiles, Siba est assez dépourvu sur ce point. Il dit avoir reçu une fois des boîtes d'Oracel (sels de réhydratation orale) par le centre de santé, mais elles périmaient un mois plus tard et il ne les a donc pas toutes distribuées. Lors d'une consultation, Siba a donné gratuitement des comprimés de Mectizan - un traitement recommandé pour le traitement et la prévention de l'onchocercose et qui lui a été transmis par le centre de santé - à une jeune enfant qui s'est présentée à lui avec un œil gonflé et qu'il a ainsi suspectée d'être atteinte de cette pathologie. Il n'a par la suite pas orienté l'enfant vers un laboratoire pour confirmation (il n'y a pas de laboratoire aux alentours, excepté à Macenta). Siba souligne également n'avoir jamais reçu de gants de protection et de traitements déparasitants pour les enfants, contrairement à ce qui a été dit lors de sa formation. Il suppose que ces intrants arrivent au centre de santé de Sengbedou, où ils seraient retenus. Il souligne toutefois que lors des CPN les femmes enceintes reçoivent des traitements préventifs contre le paludisme, ainsi que des comprimés prévenant l'anémie, qui leur sont délivrés gratuitement.

Le RECO déplore également que la mairie lui ponctionne chaque mois 50 000 GNF (environ 5 €), sur son salaire déjà insuffisant de 450 000 GNF (environ 50 €). Cette ponction lui est présentée comme permettant de couvrir les frais d'impression de ses « dossiers », et il ignore à quoi cela correspond.

Comme souvent dans les projets et programmes de développement, on observe ainsi des écarts entre les ambitions affichées et les réalités de terrain (Olivier de Sardan, 2021). Pour Siba, ces écarts sont symptomatiques de la corruption des autorités sanitaires nationales ou locales. Ces promesses non tenues renforcent un sentiment partagé par de nombreux citoyens d'être écartés des moyens dévolus à la prise en charge des problèmes sanitaires, comme lors de l'épidémie d'Ebola et de l'émergence des représentations autour de « l'Ebola-business », évoqué dans le quatrième chapitre.

Ainsi selon Siba, le programme des Communes de convergence ne profite qu'à certains villages et pas à d'autres. Lors d'une réunion rassemblant les autorités de la sous-préfecture à laquelle il a assisté en 2019, il a entendu que les autorités allaient investir 700 000 000 GNF (environ 78 000 €) dans les différents villages de la sous-préfecture. A Palia, il devait ainsi y avoir la construction d'une extension, d'un nouveau forage et la fourniture de panneaux solaires pour l'école. Mais rien n'a été fait depuis, et Siba, en dehors de l'avidité présumée des autorités, explique cela par les tensions ethniques locales. Selon lui, les autorités de la sous-préfecture étant manias, elles ne favorisent que les villages peuplés par des Manias, et non les villages habités par des Tomas comme Palia.

Ces tensions sont également perceptibles dans la relation que Siba entretient avec le centre de santé de Sengbedou. Il semble très méfiant vis-à-vis du personnel du centre, et notamment de la direction, en raison du contexte ethnique et politique que nous venons de décrire. Il soupçonne par exemple les autorités du centre d'avoir revendu des stocks de nutriments pour les enfants, car il a entendu que certains RECO en avaient reçu et d'autres non (notamment lui). De façon générale, Siba a peu de relations avec les strates supérieures du système sanitaire, ce qui contrevient à certaines de ses fonctions de RECO. Ce point sera abordé plus amplement dans le sixième chapitre, car cela constitue un frein au bon déroulement de la SBC.

Notons néanmoins que les suspicions de détournement et de corruption ne concernent pas que des personnalités manias, et lors de l'enquête à Palia, plusieurs habitants ont évoqué leurs réticences vis-à-vis du *chef-secteur*. Siba le soupçonnait notamment d'avoir détourné l'argent engagé par l'équipe des écologues du CIRAD pour la construction d'un bâtiment qui devait servir de poste de santé (non officiel). En mars 2020, la structure était loin d'être terminée et les villageois, dont Siba, soupçonnaient le chef-secteur d'avoir détourné une partie des fonds. Officiellement, l'équivalent de quatre sacs de ciment avait été revendu pour régler une affaire impliquant certains habitants du village au tribunal de Macenta. Au-delà des différences ethniques, ce sont aussi les relations de pouvoir qui entraînent des tensions entre les habitants.

c) Une inégalité entre communes

Ainsi, la meilleure appréciation de la Politique par les RECO de Sengbedou-centre est sans doute liée à des considérations politiques, leur localité ayant été davantage dotée par le programme des Communes de convergence. Elle bénéficie par exemple d'un CEC, présenté plus haut, ou encore d'une unité de saponification inaugurée en 2020 supposée offrir du travail à plusieurs salariés locaux (O. Traoré, 2020).

Le séjour de terrain dans la préfecture a coïncidé avec la tenue d'élections législatives couplées à un référendum constitutionnel initié par le gouvernement d'Alpha Condé. Ces élections très contestées⁶⁹ avaient lieu quelques jours après les visites à Sengbedou et Palia, et cette actualité était parfois visible dans les échanges avec les acteurs du domaine sanitaire. Aly, ASC à Sengbedou, arborait par exemple un tee-shirt invitant à voter « *oui* » au référendum constitutionnel. Ces observations ne sont pas anodines, et nous y reviendrons plus loin. Il est possible que le calendrier politique ait influé sur le portrait très positif dépeint par les agents de Sengbedou à propos de la Politique de santé communautaire, et plus largement du PNACC, puisqu'il s'agit d'un programme mis en place par le gouvernement d'Alpha Condé.

Il semble ainsi y avoir des disparités importantes concernant les bienfaits ressentis du programme selon les communes, et excepté l'implication des RECO, rien ne semble avoir changé à Sangolomai et Palia. On note que, comme souvent, les tensions ethniques se cristallisent autour d'enjeux politiques, représentés ici par une apparente inégalité dans la répartition des ressources financières allouées aux communes de convergence. Ce type de constat a été fait dans d'autres contextes, notamment à Tenkodogo, au Centre-Est du Burkina-Faso, où la santé communautaire est aussi au centre de tensions politiques, financières et ethniques (Sombié et al., 2015).

⁶⁹ Le référendum avait pour ambition d'aboutir à un changement de constitution afin que le Président puisse se porter candidat pour un troisième mandat. Ces élections ont entraîné un important mouvement de contestation, et de nombreuses victimes (Châtelot, 2020).

Selon le découpage administratif de la zone, Palia dépend de Sengbedou. Néanmoins, selon les observations réalisées et les informations données par Siba, il est très rare que les habitants se rendent à Sengbedou-centre. En cas de problèmes de santé, ceux-ci se rendent le plus souvent au poste de santé de Sangolomai, ou dans les différentes structures sanitaires de Macenta, le choix étant opéré selon la gravité et la nature du problème, ainsi que les moyens financiers des personnes concernées. Sauf exception très rare, ils ne vont jamais au centre de santé de Sengbedou, pour des raisons géographiques - le trajet pour s'y rendre étant à peine moins long que pour aller à Macenta - mais aussi pour des raisons ethniques et politiques, puisque la plupart des habitants ne font pas confiance aux autorités manias de la zone, comme Siba.

Dans la littérature, peu de travaux traitent des représentations des acteurs communautaires sur leur implication et leurs rôles au sein des populations. Une enquête menée auprès d'agents de santé communautaires (« *Community health workers* ») en Afrique du Sud, indique que les agents rencontrés estiment jouer un rôle important dans l'amélioration de la couverture sanitaire de leur zone, et qu'ils entretiennent des liens jugés importants et de qualité avec leurs supérieurs (Ramukumba, 2020). Bien qu'ils se disent satisfaits, la plupart regrettent toutefois de ne pas être rémunérés à la hauteur de leur travail, un sentiment également partagé par des agents communautaires en Inde (désignés comme « *Accredited social health activists* ») (Wahid et al., 2020). Ces considérations ont été également relevées par les interlocuteurs présentés ici, qu'il s'agisse des RECO, ou des AC impliqués par différents projets dans les communes qui ne sont pas encore couvertes par la PNSC, comme nous allons le voir maintenant.

5.2 Etat des lieux dans des communes non couvertes par la Politique nationale de santé communautaire

La partie précédente était consacrée à la description d'une enquête réalisée à Sengbedou, seule commune couverte par la Politique de santé communautaire dans la préfecture de Macenta. Afin d'illustrer les conditions de travail des agents communautaires exerçant dans des communes qui ne sont pas encore incluses dans le système national, cette deuxième partie présentera des enquêtes de terrains réalisés dans la commune urbaine de Macenta, et autour de N'Zérékoré.

5.2.1 Des disparités nationales

Comme dans les autres pays aux ressources limitées, de nombreuses organisations et institutions nationales et internationales mènent des projets sanitaires en Guinée. Quelques « partenaires », selon l'appellation consacrée dans les services ministériels, soutiennent notamment l'institutionnalisation de la santé communautaire, comme nous l'avons vu plus tôt. Certains mènent également des projets et programmes de santé communautaire, en concertation avec le Ministère de la santé (particulièrement avec la DNSCMT), mais sans que ces derniers soient considérés comme étant partie intégrante de la PNSC. Nous considérons toutefois que ces différents programmes font partie du système de santé communautaire, puisque leur apport n'est pas négligeable à l'échelle du pays. Plusieurs de ces organisations étaient d'ailleurs présentes lors de la réunion de la plateforme technique multisectorielle de la santé communautaire, organisée par la DNSCMT en février 2020. La plupart de ces partenaires ne sont pas alignés sur la Politique nationale, et les conditions de prise en charge des AC diffèrent ainsi d'un projet à l'autre, oscillant autour de la grille officielle.

a) L'exemple des grilles de rémunération

Parmi les projets menés dans des zones qui ne sont pas encore couvertes par la Politique, il y a notamment celui de MSF, qui sollicitait alors 152 RECO dans la préfecture de Kouroussa (région de Kankan) pour mener des activités de prévention et de prise en charge du paludisme infantile. Ces RECO étaient rémunérés à hauteur de 800 000 GNF (environ 90 €) par mois (répartis en 600 000 GNF de primes, et 200 000 GNF de frais de transport), soit presque le double du montant des incitations reçues par les RECO officiels de l'Etat (rémunérés pour rappel à 450 000 GNF – environ 50 €). MSF emploie aussi des ASC, rémunérés conformément à la grille officielle (1 500 000 GNF – environ 167 €).

Afin d'illustrer la disparité dans le traitement réservé aux agents communautaires selon les organisations qui les impliquent, on peut également citer un projet mené par l'OIM dans le cadre de la lutte contre la tuberculose et le VIH/sida. L'OIM est présente en Guinée depuis de nombreuses années dans le cadre d'activités menées autour de la migration (qui est la mission principale de cette agence des Nations Unies). Depuis la première épidémie d'Ebola, elle s'est également dotée d'un département de santé publique et elle a commencé à mener des programmes centrés sur la santé, dont celui-ci mis en place depuis 2019, avec l'appui du Fonds mondial (OIM Guinée, 2019). Selon les informations recueillies lors du Comité technique préfectoral de la santé de Macenta, qui s'est tenu du 11 au 13 mars 2020, le projet concernait alors 13 centres de santé sur les 18 répartis dans la préfecture. Il impliquait des AC chargés de mener des « causeries éducatives » et des visites à domicile afin de détecter les éventuels cas suspects de tuberculose et de VIH/sida, qu'ils étaient ensuite supposés référer aux structures sanitaires partenaires du projet afin de recevoir une prise en charge gratuite. Ces AC étaient rémunérés à hauteur de 25 000 GNF par mois (environ 2,5 €), pour effectuer 30 visites à domicile et deux causeries éducatives, auxquels s'ajoutaient 25 000 GNF pour chaque cas suspect repéré et référé. Ces conditions de rémunération des AC paraissent dérisoires, et relèvent davantage du bénévolat. On note qu'il y a également une forme d'incitation à la performance à travers les primes supplémentaires prévues. Les RECO rencontrés à Sengbedou, Palia et dans le quartier de Bowa n'ont pas été impliqués dans ce projet, et il est probable que les AC choisis soient des agents de santé officiant dans les structures partenaires.

b) Des écarts par rapport à la Politique nationale

Les deux organisations présentées plus haut ne suivent pas les recommandations de la Politique nationale concernant les conditions de rémunération des agents communautaires. Certaines ont toutefois pris le parti de s'y aligner, telle que Terre des Hommes, une organisation internationale présente en Guinée depuis 1987. En février 2020, elle impliquait 285 RECO dans la région de N'Zérékoré dans le cadre du projet ReCCLAS (Renforcement de la collaboration entre les collectivités locales et les autorités sanitaires), qui s'est terminé peu de temps avant la deuxième épidémie d'Ebola déclarée en février 2021. Les enfants sont considérés comme cibles prioritaires dans les projets et programmes de l'organisation, comme on peut le voir sur la page internet dédiée à ses activités en Guinée (figure 16). Le projet ReCCLAS visait notamment l'amélioration de la santé maternelle et infantile dans la région, à travers la mobilisation des RECO dans la sensibilisation au bon suivi des CPN, du calendrier vaccinal des enfants et à l'accouchement en structure sanitaire. Ainsi, selon les chiffres présentés sur la page internet de l'ONG « 132 999 femmes enceintes et allaitantes ont été sensibilisées à la vaccination des enfants en 2020 ». On peut également y lire que « 654 904 personnes ont bénéficié du projet Covid-19 en 2020 », et que « 972 jeunes en migration ont bénéficié d'une meilleure intégration socioprofessionnelle en 2020 ».

Figure 16 : Capture d'écran du site internet de l'ONG Terre des Hommes, 14 janvier 2022.



Il est intéressant de noter que Terre des Hommes, comme la plupart des ONG et institutions sanitaires, met en avant certains indicateurs dans le but de quantifier les résultats des projets qu'elle mène. Ce constat est une tendance globale, et ce type d'indicateurs est de plus en plus utilisé dans l'évaluation des programmes de santé (Packard, 2016), en raison de l'importance grandissante accordée à l'évaluation quantitative dans tous les domaines de la santé publique depuis les années 1990 (Adams, 2013).

Huit RECO impliqués par Terre des Hommes ont été rencontrés lors d'une mission de terrain effectuée dans la région de N'Zérékoré dans le cadre de la riposte à la deuxième épidémie d'Ebola en avril 2021⁷⁰. Parmi eux, trois avaient déjà travaillé avec cette ONG au courant du projet ReCCLAS. Ils ont souligné qu'ils étaient rémunérés à hauteur de 450 000 GNF mensuels lors du projet, dont ils regrettaient qu'il ait pris fin peu avant l'épidémie. Comme nous le verrons plus loin, le montant de cette prime était le même pour leur implication dans la riposte à la deuxième épidémie d'Ebola, en dépit de la revalorisation de la rémunération des acteurs communautaires suggérée par les autorités sanitaires.

Ainsi, les primes allouées par Terre des Hommes à ses RECO correspondent à la grille prévue dans la Politique. Le mode de sélection des RECO suit également la procédure édictée dans le document officiel, qui prévoit que les RECO soient désignés par les populations desquelles ils sont issus et dans lesquelles ils exercent, lors « *d'assises communautaires* » (Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle, 2019 : 17). Mais ce type de sélection semble parfois communautaire qu'en apparence, puisque comme nous l'avons déjà souligné, certains AC ont notamment été sélectionnés par les représentants des élites locales par népotisme lors de la première épidémie d'Ebola. Il semble toutefois qu'il soit respecté par le processus mis en place par Terre des

⁷⁰Cette mission était collective, et cette enquête a été menée avec deux autres collègues (se reporter à la section méthodologie pour les détails). Mon analyse ici ne concerne que les acteurs que j'ai pu rencontrer, et non ceux que mes collègues ont suivi seuls. Nous avons ainsi rencontré davantage de RECO dans notre enquête que le nombre présenté ici.

Hommes, selon les propos de Sylvestre, RECO dans la sous-préfecture de Gouécké, qui avait été sélectionné par les femmes de son village pour être impliqué dans le projet ReCCLAS :

« Un jour, j'étais au village, en ce moment je n'étais pas RECO. Je suis resté au village comme ça, Terre des Hommes est venu avec un programme. Le programme concernait de sensibiliser les femmes car ils ont constaté que les femmes n'envoient pas les enfants pour les consultations, pour les vaccinations, et surtout que les femmes enceintes-là ne viennent pas [pour les CPN]. Donc Terre des Hommes a demandé aux femmes "Qui est là dans votre village, et s'il parle vous l'écoutez ?". Les femmes ont dit "C'est Sylvestre", et moi je n'étais même pas là-bas, j'étais couché chez moi. Ils ont dit « Ok, allez appeler Sylvestre". Elles sont parties, elles m'ont appelé. Dès que je suis venu les femmes ont dit "Voilà c'est lui que tout le monde écoute ici". C'est de là-bas que Terre des Hommes m'a pris » (Entretien avec Sylvestre, RECO dans un village aux alentours de Gouécké).

Les procédures de Terre des Hommes sont donc en adéquation avec la PNSC, ce qui n'est pas le cas de toutes les structures. A Macenta, une petite ONG locale nommée FEDIPHU (Femmes pour le développement intégré et la promotion humaine) impliquait par exemple 30 « animateurs communautaires » en mars 2020, qui eux étaient désignés par les maires et chefs des centres de santé partenaires du projet - un mode de sélection qui peut encourager le népotisme et le clientélisme. Notons que si les dénominations des agents communautaires sont diverses, ce qui a d'ailleurs été montré ailleurs (Haines et al., 2007), les activités qu'ils sont encouragés à mener le sont moins, puisque les animateurs de FEDIPHU étaient chargés de mener des activités de sensibilisation des ménages sur le suivi des CPN et du calendrier vaccinal des enfants, comme ceux de Terre des Hommes.

On observe donc que les conditions de rémunération et de sélection des différents types d'agents communautaires (AC, RECO, animateurs) sont corrélées à la diversité des organisations qui les impliquent. Certaines, comme l'OIM sont de grandes institutions internationales, alors que d'autres structures sont locales et bien plus modestes. Néanmoins cela n'a pas toujours l'influence escomptée sur les conditions de travail des AC, puisque ceux qui sont impliqués par l'OIM à Macenta touchent une prime dérisoire.

Face à cette diversité, le Ministère de la santé encourage les différentes organisations à s'aligner sur les recommandations de la Politique nationale, et à respecter notamment les grilles de salaire officielles, l'argument central ici étant d'assurer la pérennité du dispositif. Une revue de la littérature réalisée en 2020 à propos du recours aux agents communautaires dans les pays du Sud indique, comme ici, qu'il y a une forte disparité des conditions de rémunération et de travail de ces agents selon les organisations et projets dans lesquels ils sont impliqués (Schaaf et al., 2020). Cette observation rejoint une autre revue de la littérature réalisée en 2014 sur les acteurs communautaires impliqués dans la prise en charge du VIH/sida dans les pays aux ressources limitées (Lefevre et al., 2014).

5.2.2 Les activités menées par les agents communautaires du quartier urbain de Bowa à Macenta

Afin d'illustrer les conditions de travail des agents communautaires impliqués dans des communes non couvertes par la PNSC, plusieurs AC ont été rencontrés dans le quartier urbain de Bowa à Macenta. Dans cette seconde section nous allons nous intéresser aux missions qui leur sont attribuées et aux conditions dans lesquelles ils les réalisent, après avoir donné pour commencer quelques éléments de contexte sur le quartier.

a) *Le quartier et le centre de santé de Bowa*

Bien qu'il soit situé dans la ville de Macenta, le quartier de Bowa comprend peu d'infrastructures et ses voies ne sont pas bitumées (figure 17), à l'image des autres quartiers de Macenta situés en périphérie de la route centrale qui traverse la ville. Il est couvert par le réseau électrique urbain, qui ne fonctionne cependant pas toute la journée, et le centre a ainsi été doté de panneaux solaires après la première épidémie d'Ebola. L'accès à l'eau demeure un problème, et beaucoup d'habitants du voisinage du centre de santé viennent s'approvisionner au puits dont il est doté.

Figure 17 : Rue extérieure (gauche) et devanture du centre de santé de Bowa, Macenta, 25 mars 2020, © Barranca



La population de Bowa est diversifiée sur le plan ethnique, en particulier dans la partie urbaine, et il ne semble pas y avoir de tensions équivalentes à celles observées dans la sous-préfecture de Sengbedou. Les agents du centre de santé illustrent d'ailleurs cette diversité ethnique, puisque certains sont Tomas, d'autres sont Manias, ou encore Kissi ou Peuhls. La zone qui est supposée couverte par le centre de santé est également diversifiée sur le plan géographique. Elle est aussi assez vaste, comme le montre la carte affichée dans la salle de réunion du centre de santé (figure 18). Elle couvre à la fois des villages, dont certains sont distants et accessibles seulement à pied, mais aussi des habitations urbaines et plus proches du centre de santé. La population de la zone est estimée à 25 500 habitants (selon les chiffres présentés lors du CTPS de mars 2020).

Notons toutefois que cette population « sanitaire » semble assez fictive, puisque les frontières administratives ne reflètent pas nécessairement les usages des populations, et qu'il est donc probable que certains habitants ne fréquentent pas les structures de la commune urbaine de Bowa, au profit d'autres localités (à l'image des habitants de Palia qui ne se rendent pas au centre de santé de Sengbedou). Il y a différentes officines privées officielles et non officielles qui sont aussi des lieux de soins dans la zone de Bowa, mais ces structures n'ont pas été visitées pour l'enquête.

Figure 18 : Carte sanitaire du centre de santé de Bowa (représenté par le rectangle vert) affichée dans la salle de réunion du centre, 25 mars 2020, © Barranca



Le centre de santé de Bowa a été construit en 1991, et il a connu des rénovations en 2016 après la première épidémie d’Ebola, notamment la construction d’une extension pour le tri des patients. L’une des cadres du centre, Gamey, y travaille depuis 2018. Elle est assistée par quelques agents titulaires, mais surtout par des ATS stagiaires, et non rémunérés, à l’image des autres structures sanitaires en Guinée.

b) *Profils des agents communautaires*

Depuis 2013, un programme de lutte contre le paludisme implique des agents communautaires de la zone de Bowa, par l’intermédiaire du centre de santé. Ils sont aujourd’hui au nombre de dix. Ces agents, qui sont huit femmes et deux hommes, sont nommés « AC » par le personnel et les concernés (nous emploierons donc cette dénomination - d’autant qu’elle permet de faire la différence avec les RECO officiels de la Politique de santé communautaire). Les AC de Bowa n’ont pas pu être suivis lors de leurs séances de sensibilisations en mars 2020, la fin de la mission ayant été anticipée par la survenue de l’épidémie de Covid-19. Certains aspects liés à leurs conditions de travail peuvent toutefois être détaillés à travers les informations recueillies lors d’observations effectuées au centre de santé ou lors d’entretiens. Quatre d’entre eux ont été plus longuement entretenus, et à plusieurs reprises pour certains.

Le premier, Kankou, est originaire de Kissidougou mais il réside depuis son adolescence à Macenta, où il s’était rendu initialement pour soutenir son père malade. Le décès de celui-ci l’a contraint à arrêter sa scolarité avant de terminer le collège. Kankou est le porte-parole des AC, et il est aussi membre du COSAH de Bowa depuis 2013, dont il était vice-président en 2020 et 2021. L’année 2013 est également celle où il a été désigné par la « communauté » pour devenir AC dans le cadre du programme de lutte contre le paludisme. Auparavant, Kankou avait déjà travaillé avec diverses ONG, notamment UNICEF, autour de la sensibilisation à propos des mutilations génitales, des maladies sexuellement transmissibles, ou encore de la nutrition. Les personnes impliquées n’étaient pas encore nommées « AC » mais les activités étaient similaires, et Kankou avait donc déjà des expériences dans l’engagement communautaire avant 2013. En parallèle, il se « débrouillait » entre le petit commerce et les champs, des activités qu’il assure toujours aujourd’hui. En mai 2021, Kankou était également

impliqué par une ONG locale nommée ADET (Action pour le développement et la transparence), pour laquelle il était supposé mener des activités de sensibilisation dans onze ménages par jour pendant deux semaines dans toute la ville de Macenta, sur la prévention du Covid-19. Il était le seul AC du projet et devait couvrir les quatre centres de santé de la commune urbaine. Il recevait « *le prix du transport* », dont il ignorait le montant puisqu'il n'avait pas encore été rémunéré lors de nos échanges.

Comme Kankou, Mamady a arrêté sa scolarité à la fin du collège en 10^e année (qui équivaut à la troisième en France), pour des raisons qu'il n'a pas évoquées. Il est cultivateur dans son village situé à 7 km de Macenta, et duquel il est originaire. Il a été sélectionné par les habitants en 2013 pour devenir AC et note : « *Dans la communauté celui qui étudie un peu là, même s'il n'a pas assez de niveau, on le choisit* » (Entretien avec Mamady, AC au centre de santé de Bowa). Quatre autres habitants de son village avaient été sélectionnés, mais avaient finalement refusé car il s'agissait d'une activité quasiment bénévole. Mamady avait alors été formé pour la reconnaissance et le traitement des cas de paludisme (pour les cas développant des formes simples). Lors de la première épidémie d'Ebola, il a également été désigné par les notables de son village pour réaliser des sensibilisations sur la reconnaissance des signes de la MVE et les procédures d'EDS. A ce moment-là il a reçu une prime de 400 000 GNF mensuels (environ 45 €), durant trois mois pour réaliser la SBC. Il se rappelle qu'à l'époque l'ONG Plan international avait également fourni le village en kits de lavage des mains et savon.

Ramatoulaye et Gbaoui ont des profils similaires. Originaires de Macenta, elles sont toutes les deux ATS, diplômées de l'École des soins de santé communautaire de N'Zérékoré, AC, et stagiaires au centre de santé de Bowa. La première a plus d'ancienneté et elle est AC depuis 2013, alors que Gbaoui l'est depuis 2019. De même, Ramatoulaye est stagiaire depuis 2009, alors que sa collègue est arrivée en 2015. En dehors du programme de lutte contre le paludisme, Ramatoulaye a également travaillé quelques mois en 2015 dans le cadre d'un projet sur la nutrition qui consistait à mener des sensibilisations et à distribuer des vivres aux enfants et aux femmes enceintes et allaitantes. Elle avait également été désignée comme agent de suivi des cas contacts pendant la première épidémie d'Ebola.

c) Leurs missions dans la lutte contre le paludisme

Ces quatre AC sont supposés effectuer quatre « *sorties* » mensuelles durant lesquelles ils doivent sensibiliser au moins cinq ménages, soit une vingtaine de familles par mois. En mars 2020, leurs principales activités concernaient la sensibilisation des ménages dans le cadre de la prévention du paludisme (sur l'utilisation des moustiquaires notamment), et le dépistage et traitement des cas. Ils recevaient alors des TDR et des comprimés de Coartem à fournir gratuitement aux personnes atteintes par des formes simples de la maladie. Ils étaient également supposés référer les cas graves dans les structures sanitaires officielles (les centres de santé ou l'hôpital préfectoral) pour une prise en charge plus adéquate, mais non gratuite.

A ce propos, lorsque ce genre de cas se présente à lui, Kankou a mis en place une procédure pour faciliter le transfert des patients à qui il donne des « *tickets de références* ». Il s'agit de bouts de papier volant sur lesquels il note les coordonnées de la personne (ainsi que les siennes), et ajoute un mot signifiant que le malade doit recevoir des soins pour un accès de paludisme grave. Ce simple ticket aurait une forte valeur symbolique pour les patients, et il note : « *Le papier-là ça leur donne la force. Parce que quand tu donnes ils se sentent en sécurité, parce que c'est moi qui les ai envoyés et les gens me connaissent donc vous voyez ça leur donne le courage même de partir [à l'hôpital]. Parce que j'ai donné un papier, ils disent "C'est Kankou qui m'a envoyé", ils sont contents de cela* » (Entretien avec Kankou, AC de Bowa). Comme il est membre du COSAH de Bowa, Kankou est également une figure

connue de la plupart des praticiens de la ville. Il assure ainsi que les tickets de référence facilitent le transfert des malades, la plupart des médecins le connaissant.

Il souligne toutefois que parfois la référence des patients peut le rendre mal à l'aise, notamment lorsqu'il leur conseille de se rendre aux CPN et aux consultations du PEV, qui sont supposées être gratuites mais qui ne le sont pas toujours : « *Par exemple la CPN, où j'envoie beaucoup, et au PEV, c'est que là-bas y a un problème. Je réfère bien sûr, mais les gens des fois ont des difficultés. Pourquoi ? Parce qu'il se trouve que des fois l'agent devant eux en train de travailler n'est pas un agent titulaire, il est stagiaire. Donc les recommandations des fois, les gratuités ne sont pas bien appliquées* » (Entretien avec Kankou, AC de Bowa). Notons que la référence écrite est une pratique courante en Guinée, et qu'elle ne concerne donc pas que le dispositif mis en place par Kankou.

En mars 2020, les dix AC se réunissaient une fois par mois au centre de santé pour une réunion collective regroupant des représentants de l'ONG et du centre de santé, et lors de laquelle ils étaient notamment invités à rendre les registres dans lesquels ils devaient inscrire le nombre de personnes sensibilisées (selon un planning mensuel pré-établi) et/ou traitées. Notons que ce modèle de supervision est le même que celui des RECO de la commune de convergence de Sengbedou.

Lors du deuxième séjour de terrain en 2021, les sensibilisations que les AC menaient dans le cadre du projet de lutte contre le paludisme avaient évolué et elles concernaient également d'autres aspects de la santé communautaire, et notamment la santé maternelle et infantile, comme le soulignait Ramatoulaye : « *Nous sensibilisons les gens, pour leur dire comment utiliser les moustiquaires imprégnées d'insecticides, et sur l'assainissement de l'environnement. Et toujours ça concerne le palu on les sensibilise afin que les femmes enceintes viennent au centre de santé pour la première consultation* » (Entretien avec Ramatoulaye, AC et stagiaire au centre de santé de Bowa).

5.2.3 Les conditions d'exercice des agents communautaires de Bowa

Maintenant que nous avons présenté les AC rencontrés à Bowa, et la zone dans laquelle ils vivent, nous allons nous intéresser de plus près aux conditions dans lesquelles ils exercent leurs missions d'AC.

a) Une prime insuffisante et irrégulière

Dans le cadre du projet de lutte contre le paludisme, les AC reçoivent de « *petites primes* », pour reprendre l'expression de Kankou, à hauteur de 130 000 GNF par mois (environ 14 €), un montant qui semble dérisoire à tous : « *C'est simplement pour nous motiver, sinon ça ne suffit pas pour vivre* » (Ramatoulaye). Ils notent de plus que le paiement est trimestriel, et qu'il est bien souvent retardé. Selon les deux femmes, il est même arrivé qu'on ne les paye pas du tout, sans qu'elles ne sachent pourquoi. Il est possible qu'elles fassent ici référence au fait que, comme l'ont expliqué Kankou et Mamady, le projet était supposé changer d'organisme d'exécution entre décembre 2020 (date de leur dernier paiement) et janvier 2021. Les associations menant le programme impliquant les AC dans la prévention et la prise en charge du paludisme, ont changé plusieurs fois depuis 2013.

Etant donné le montant faible de la prime qu'ils perçoivent, tous ces AC ont des activités parallèles. C'est également le cas de leurs collègues qui ne sont pas présentés ici, qui font pour la plupart du petit commerce de détail et de proximité. Deux autres sont également dans le domaine médical et une AC

est ATS stagiaire dans un autre centre de santé de la commune urbaine. Selon Kankou, une autre tient un poste de santé de la zone.

b) Un changement fréquent de superviseurs

Lors du premier séjour de terrain en mars 2020, les AC étaient impliqués par une ONG locale, nommée ABEF (Association pour le bien-être familial), et les financements étaient assurés par CRS (*Catholic Relief Services*). Un an plus tard, le partenaire de mise en œuvre avait changé et le transfert de compétences avait été donné à une autre ONG locale religieuse (incluse dans le réseau Caritas) : OCPH (Organisation Catholique pour la Promotion Humaine). Le financement était toujours assuré par CRS. En principe ce transfert devait avoir lieu en janvier 2021, mais il ne semblait pas encore effectif en mai.

Le jour de la deuxième visite au centre de santé de Bowa a coïncidé avec la venue de la représentante de la nouvelle ONG chargée de se présenter aux AC. Ces derniers n'étaient pas au complet, certains ayant abandonné les activités depuis l'arrêt de leurs primes en janvier, et ne recevant pas de prise en charge de leurs frais de transport. Ils étaient supposés faire remonter leurs « *rapports* » ce jour-là à la représentante, puisque malgré le transfert visiblement complexe entre les deux ONG, les AC étaient supposés continuer à mener des activités de sensibilisation. Seuls quatre d'entre eux, dont les deux stagiaires qui viennent habituellement au centre, s'étaient déplacés. Kankou a toutefois rassuré la représentante que la plupart des AC avaient continué à travailler pendant ces mois de carence, en lui rendant son propre rapport (détaillant le nombre de ménages sensibilisés). La superviseure semblait en être ravie, et elle a répété à plusieurs reprises que ces rapports étaient très importants pour l'ONG - sans doute car comme nous l'avons souligné plus haut, le calcul d'indicateurs est de plus en plus valorisé pour l'évaluation des ONG. Elle a ajouté qu'elle supervisait les AC de trois centres de santé de la commune de Macenta, et qu'elle avait ainsi une importante charge de travail.

D'une manière générale les AC disent avoir peu de liens avec les représentants des ONG avec lesquelles ils travaillent, en particulier avec les cadres, ce qui fait dire à Kankou, avec une pointe d'humour : « *Les patrons c'est pas au soleil, c'est au climatiseur* ». Ils sont peu formés et peu supervisés, comme cela est souvent observé dans d'autres contextes à propos des programmes de santé communautaires (WHO, 2010).

c) Des dotations matérielles insuffisantes

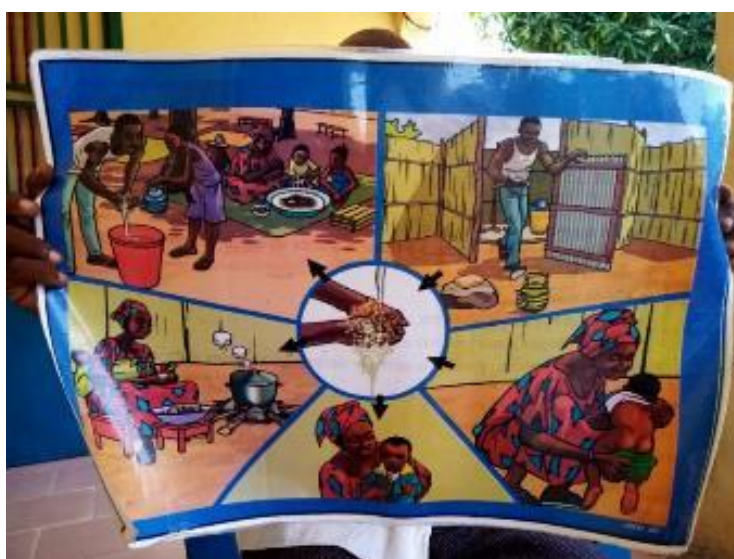
Les quatre AC de Bowa regrettent de ne pas avoir suffisamment de matériel pour réaliser leurs tâches. Lors de la première visite en 2020, Kankou en avait profité pour faire un plaidoyer à ce sujet, et il avait notamment souligné que les AC demandaient depuis longtemps à recevoir des sacs à dos ou des bottes. Un an plus tard, ses collègues et lui n'avaient pas été dotés en matériel et ils déploraient également de ne plus recevoir les intrants nécessaires à la détection et la prise en charge des cas de paludisme, sans connaître les raisons de cette rupture d'approvisionnement. Selon Kankou, les intrants n'étaient déjà plus fournis avant le départ d'ABEF, et cette rupture n'était donc pas imputable au changement d'ONG. En mai 2021, Kankou regrettait également que son *Thermoflash*⁷¹ (dont il a précisé qu'il ne lui avait pas été fourni par le centre de santé) ne fonctionne plus, car c'est un outil utile dans la détection des cas de paludisme selon lui.

⁷¹ Thermomètre frontal, qui a été très utilisé depuis la première épidémie d'Ebola en Guinée.

Mamady souligne également que les ressources sont insuffisantes pour lutter contre le fléau du paludisme, qu'il qualifie d'épidémie : « *Le palu, en tout cas y a beaucoup d'aides qui viennent au niveau des centres de santé par rapport à ça. Mais il faut augmenter encore parce que nous sommes dans une épidémie. Le palu on sensibilise mais ça diminue pas comme ça* ». Ses propos semblent également suggérer que les sensibilisations ne suffisent pas, et il a ajouté plus loin qu'il n'était pas à l'aise avec le fait de seulement « *faire les références* » lorsqu'il diagnostiquait des cas de paludisme dans son village.

Les AC n'ont également pas toujours les supports adéquats pour réaliser les sensibilisations et doivent donc faire preuve d'imagination et d'ingéniosité, des compétences que Kankou semblent particulièrement cultiver. Il conserve tous les documents qu'on lui fournit, et pour introduire les sensibilisations sur la prévention du Covid-19, Kankou réutilise par exemple une affiche qu'il avait reçue lors d'un projet antérieur mené par l'UNICEF à propos de la nutrition (figure 19).

Figure 19 : Affiche employée par Kankou pour les sensibilisations sur le Covid-19, 1 mai 2021, Macenta, © Barranca



Notons enfin que le statut d'AC ne leur confère pas toujours la primauté sur les projets et autres interventions, et certains, y compris Kankou, sont écartés lorsque les conditions de travail sont meilleures (tel que lors de la première épidémie d'Ebola, comme nous l'avons évoqué dans le deuxième chapitre), ce qui les précarise davantage. Le double statut de Kankou (AC et membre du COSAH) lui permet sans doute d'avoir accès à davantage d'opportunités que ses collègues (comme pour le projet de sensibilisation contre le Covid-19) mais ces avantages paraissent assez relatifs. En effet, sa position ne semble rien changer aux problèmes qu'il remonte. Le rôle limité des comités de santé a déjà été décrit au Sénégal à la suite des Soins de santé primaires (Fassin, 1992), et il semble que cette analyse puisse être élargie à la Guinée d'aujourd'hui.

5.3 Les limites de ce modèle de santé communautaire

Maintenant que nous avons présenté les résultats d'enquêtes réalisées auprès de RECO dans une commune couverte par la PNSC, et d'autres localités où exercent des agents communautaires non

officiels, cette troisième partie sera consacrée à l'analyse des limites du système actuel de santé communautaire en Guinée.

5.3.1 Une évaluation complexe

D'après l'OMS, on assiste ces dernières années à une « *renaissance* » des politiques nationales de santé communautaire sur le continent africain (OMS, 2017 : 1). Ce regain d'intérêt s'inscrit dans la continuité des réformes initiées dans les années 1990 par l'Initiative de Bamako, mais qui n'ont pas conduit à des dispositifs durables comme nous l'avons vu dans le premier chapitre. Depuis les années 2000, les programmes et politiques impliquant des AC leur confèrent davantage de responsabilités au-delà de la prévention et de la promotion de la santé, et ces agents sont de plus en plus impliqués dans le diagnostic et le traitement du paludisme notamment (Singh & Sachs, 2013), comme c'est le cas à Bowa. Ce changement de stratégie fait suite à l'apparition de nouvelles molécules et technologies dans la lutte contre cette pathologie (Druetz et al., 2015).

Néanmoins, comme le souligne un rapport du bureau africain de l'OMS, les politiques nationales de santé communautaire impliquant des AC sont « *complexes à concevoir et à mettre en œuvre* » (OMS, 2017 : 21). Dans un autre document, les principales difficultés relevées à propos des politiques impliquant des AC sont les défaillances de formation, ainsi que le manque de matériel et l'insuffisance des incitations (WHO, 2010).

Si le recours aux AC est de plus en plus plébiscité, depuis le terrain il semble difficile d'estimer l'impact de leur travail, bien que les politiques et programmes qui les impliquent appliquent toujours des méthodes d'évaluation. Il est admis qu'il est plus facile d'évaluer les effets de leurs activités curatives (tel que le nombre d'enfants diagnostiqués et traités pour des accès palustres), que leurs activités préventives (comme les séances de sensibilisation), dont l'impact semble plus difficile à estimer (Christopher et al., 2011). Nous allons voir que les indicateurs employés ne semblent pas tous adaptés, et que l'impact des RECO semble assez limité.

a) *Des indicateurs plus ou moins pertinents*

En 2019, la DNSCMT a effectué une supervision de la mise en œuvre des activités de santé communautaire dans 25 communes de convergence, dont Sengbedou. Les auteurs du rapport notaient que « *les communautés apprécient bien les activités curatives menées par les ASC et RECO* » (Programme national d'appui aux communes de convergence & Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle, 2019 : 16), même si ces derniers étaient nombreux à n'avoir aucun intrant nécessaire au diagnostic et à la prise en charge des cas de paludisme, ce qui rappelle la situation remontée par Siba lors de nos échanges. La manière dont les propos des « *communautés* » ont été recueillis n'est pas non plus précisée dans le rapport.

L'évaluation effectuée par la DNSCMT est basée sur plusieurs indicateurs provenant des structures sanitaires, qui sont employés pour mesurer l'impact des RECO et ASC sur la santé des populations. Il ne s'agit pas de chiffres relatifs aux activités mêmes des RECO, d'indicateurs d'activités (tel que le nombre de sensibilisations réalisées), mais plutôt d'indicateurs de résultats à propos de différentes stratégies. Ce type d'évaluation réalisée en interne par les services concernés est fréquente dans les administrations d'Afrique de l'Ouest, alors qu'il est recommandé qu'elle soit indépendante (Olivier de Sardan, 2021).

Certains de ces indicateurs paraissent assez questionnables car ils ne sont pas suffisamment contextualisés. Les nombres des premières et quatrièmes CPN suivies entre 2018 et 2019 sont par exemple comparés, et l'apport des RECO est considéré comme important si ce nombre augmente d'une année à l'autre. Ainsi à Sengbedou, 346 femmes se sont rendues à une première CPN en 2019, contre 275 en 2018, et ces chiffres passent de 192 à 310 pour la quatrième CPN entre ces deux années (PNACC & DNSCMT, 2019). Le nombre de femmes se rendant à la première et à la quatrième CPN a donc augmenté entre 2018 et 2019, mais l'attribuer aux RECO paraît un peu hâtif lorsqu'on ignore le total du nombre de femmes enceintes, et donc la proportion qui se rend effectivement aux CPN.

Certains indicateurs apparaissent plus adaptés pour apprécier l'impact de la politique de santé communautaire, telle que la proportion d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés (tableau 4).

Tableau 4 : Evolution des indicateurs des centres de santé de sept Communes de convergence entre les premiers semestres 2018 et 2019, d'après le « Rapport de supervision effectuée dans 25 Communes de convergence », (PNACC et DNSCMT, 2019 : 19-23)

Commune (Région)	12-23 mois totalement vaccinés 2018	12-23 mois totalement vaccinés 2019	Enfants avec acte de naissance 2018	Enfants avec acte de naissance 2019
Bangouya (Kindia)	923	1076	0	338
Kamsar (Boké)	2339	2340	0	2642
Daralabé (Labé)	81	39	0	9
Dounet (Mamou)	437	573	0	0
Siguirini (Kankan)	1064	1024	176	405
Bardou (Faranah)	205	199	-	-
Sengbedou (N'Zérékoré)	0	0	0	309

En analysant les chiffres on remarque qu'en 2018 et 2019, aucun enfant de cette tranche d'âge n'a été déclaré totalement vacciné à Sengbedou, contrairement aux indicateurs des autres communes de convergence. Les auteurs du rapport ne donnent pas d'informations complémentaires permettant de savoir pourquoi ce pourcentage est nul, mais il est probable que ce soit en raison de failles dans l'approvisionnement en vaccins (puisque comme nous l'avons vu précédemment ceux-ci n'étaient pas tous disponibles en mars 2020). Il est également possible que le centre de santé n'ait pas fourni les informations nécessaires au calcul de cet indicateur, et que certains aient effectivement été vaccinés. Cette nuance invite à garder en tête que les chiffres ne peuvent à eux seuls renseigner sur une situation et qu'ils doivent être accompagnés d'explications.

b) Un apport limité des RECO ?

Si on s'intéresse à la couverture vaccinale des enfants, et en présumant que les chiffres présentés plus haut sont fidèles à la réalité, l'impact de la Politique de santé communautaire semble donc limité à Sengbedou à propos de la vaccination. Les RECO semblent cependant jouer un rôle dans l'augmentation de la délivrance des actes de naissance grâce à leurs efforts de sensibilisation, comme cela avait d'ailleurs été indiqué par ceux de Sengbedou. Dans cinq des sept communes présentées dans le tableau 4, aucun enfant n'en possédait en 2018, alors que ce chiffre a augmenté en 2019, notamment à Sengbedou où 309 enfants ont été enregistrés à l'Etat civil. Rapporté au total de la

population de la sous-préfecture (16 000 en 2019), ce chiffre paraît assez faible, mais il indique toutefois une croissance. Il est possible que comme Siba, d'autres RECO de la sous-préfecture peinent à promouvoir l'importance des actes de naissance.

Des informations complémentaires sur le centre de santé de Sengbedou ont été recueillies lors de la réunion du Comité technique préfectoral de la santé de Macenta, organisé en mars 2020 par la DPS (avec une aide technique et financière de la GIZ). Cette réunion a regroupé tous les acteurs sanitaires de la préfecture : agents de la DPS, chefs des centres de santé et des autres structures sanitaires, et un représentant des COSAH (Kankou, également AC, présenté plus haut). Le CTPS est la plus haute instance d'évaluation au niveau préfectoral, et il est supposé se réunir deux fois par an, dans le but de repérer les problèmes rencontrés dans le domaine sanitaire et de trouver des solutions pour y remédier. Cette évaluation se fait surtout sur la base des indicateurs des différentes structures sanitaires (comme pour la supervision des communes de convergence réalisée par la DNSCMT). Celui de mars 2020 concernait les données du deuxième semestre de 2019.

Le centre de santé de Sengbedou a été raillé à plusieurs reprises lors du CTPS car il n'enregistre pas nécessairement de meilleurs indicateurs sanitaires que ses homologues, alors qu'il est le seul centre couvert par la PNSC de la préfecture. Bien sûr, le fait que Sengbedou soit une commune de convergence apporte certains avantages, et Sengbedou affiche notamment une bonne disponibilité en médicaments essentiels (à hauteur de 95 % selon les chiffres présentés au CTPS) grâce aux dotations de l'UNICEF. Mais ce dernier faisait partie des cinq centres de santé qui en mars n'avaient déjà plus de budget ni de provisions nécessaires pour la poursuite des activités de l'année, notamment pour l'achat d'intrants et équipements.

L'apport des RECO et plus largement de la Politique de santé communautaire paraît donc assez complexe à évaluer. Les éventuels bienfaits des activités de sensibilisation menées par les RECO paraissent notamment difficiles à établir, alors qu'elles aboutissent sans doute à des résultats. Mais ceux-ci ne sont pas toujours quantifiables, et n'attirent donc pas l'œil des évaluateurs. De plus, comme nous l'avons vu, les effets de la Politique de la santé communautaire peuvent différer d'une localité à l'autre dans une même zone. Dans nos exemples, on peut souligner que si les effets se font sentir pour la population de Sengbedou, ils semblent peu palpables dans un village comme Palia, en dehors de la réalisation des CPN et de la vaccination des enfants lors des stratégies avancées. Les avantages que peut offrir Siba aux habitants tiennent en effet plus à ses fonctions non officielles qu'à ses prérogatives de RECO.

c) Une politique dédiée à la santé maternelle et infantile

Il paraît important de préciser que les interventions mises en place dans le cadre de la Politique concernent surtout la santé maternelle et infantile. Il y a toutefois une attention particulière accordée à la lutte contre le paludisme, dont le traitement est supposé être généralisé et gratuit, et pourrait donc profiter à tous. Mais ceci n'est pas effectif dans tous les lieux visités pour cette enquête.

Il semble ainsi s'agir d'une politique de santé dite « communautaire », mais promouvant particulièrement la santé de la mère et des jeunes enfants, et les éventuels problèmes de santé des adolescents et des hommes ne sont par exemple pas considérés. Cet aspect n'est pas propre au système de santé guinéen, puisque la santé maternelle et infantile est une cible prioritaire des programmes de santé internationaux depuis la période coloniale (Packard, 2016), comme nous l'avons abordé dans le troisième chapitre. Comme la plupart des politiques et stratégies à l'heure de la santé globale, la PNSC établit donc des cibles prioritaires, malgré l'apparente universalité que cache le

vocabulaire de santé « communautaire ». Cette position de la Guinée, s'inscrit dans une mouvance plus générale en Afrique de l'Ouest et du centre, où les politiques de santé communautaire sont particulièrement tournées vers la promotion de la santé infantile : « *Les soins de santé communautaire ainsi que les Agents de santé communautaire sont aujourd'hui reconnus pour être partie intégrante d'une stratégie prometteuse dans la recherche d'un accès accru aux soins et traitements réservés aux enfants, contribuant ainsi à améliorer l'équité et à la réduction de la mortalité infantile* » (Le Fonds français MUSKOKA & UNICEF, 2019 : 11). La réduction de la mortalité infantile faisait notamment partie des Objectifs millénaires pour le développement (OMD) entre 1990 et 2015, et le recours aux AC était déjà encouragé pour suivre les vaccinations infantiles (Haines et al., 2007). Les Objectifs de développement durable (ODD) 2015-2030 renouvellent également l'appel international à l'amélioration de la santé maternelle et infantile, en parallèle à l'accroissement de la lutte contre certaines pathologies, telles que le paludisme et le VIH/sida.

L'impact de la Politique de santé communautaire sur l'amélioration de la santé des populations semble donc encore limité, et il en est de même des programmes menés dans les zones non couvertes par la Politique, par exemple à Bowa. L'exercice des RECO se heurte notamment à la fragilité du système de santé et des structures sanitaires, comme nous allons le voir maintenant.

5.3.2 Des problèmes plus larges qui contreviennent à la santé communautaire

Cette enquête de terrain réalisée dans la préfecture de Macenta a mis en lumière des difficultés pouvant impacter le déroulement des activités de santé communautaire, qui ne sont pas liées directement aux agents communautaires. Nous allons les détailler dans cette section.

a) Des structures sanitaires peu approvisionnées

Il convient premièrement de remarquer que les agents communautaires impliqués par les programmes et politiques de santé communautaires ne constituent pas « *une alternative à l'offre de soins médicaux de base. Ils sont une action complémentaire, efficace et importante. Ils renforcent et étendent les services de santé en place, leur permettant d'atteindre des populations vulnérables et marginalisées* » (Adom et al., 2019 : 316). Or, l'état des structures sanitaires paraît assez dégradé dans les zones étudiées, en particulier à Bowa et à Sangolomai, et l'objectif de couvrir les soins médicaux de base ne semble pas pouvoir être complètement atteint.

Le centre de santé de Bowa présente par exemple un bon état extérieur (figure 20), mais plusieurs difficultés. Il est composé de deux bâtiments, dont l'un comprend la salle de réunion, trois salles de consultation, une petite pharmacie et un laboratoire où sont réalisés des tests de diagnostic rapide pour le paludisme, et des tests détectant la fièvre typhoïde.

Le deuxième bâtiment est réservé à la santé maternelle, et comprend une salle d'accouchement, une salle réservée aux CPN, et une salle d'observation. Il comporte également une salle réservée à l'accueil des cas urgents - qui était auparavant dédiée à un programme de promotion de la nutrition, terminé depuis, signe que le centre est soutenu par des projets de durée limitée. D'apparence plutôt moderne, l'intérieur et l'équipement de ces salles ne sont pas toujours en bon état et une des cadres du centre de santé, Gamey, regrette notamment l'état délabré de la table d'accouchement (figure 20), ou encore la panne d'un des réfrigérateurs du laboratoire. Elle dit avoir interpellé la DPS à ce sujet depuis plusieurs mois, mais que rien n'a été fait depuis. Il ne semble pas que la direction du centre envisage que le matériel défectueux soit racheté sur les fonds propres.

Figure 20 : Etat extérieur du premier bâtiment (gauche) et table d'accouchement (droite), Centre de santé de Bowa, 25 mars 2020, Barranca



Les constats sont équivalents au poste de santé de Sangolomai. Celui-ci a été construit en 2000 par un projet mené par la Fédération internationale pour les droits humains (FIDH) - selon les informations données par Zaou, le chef de poste - qui avait financé la construction d'une « *maternité villageoise* » (figure 21). La population s'est ensuite cotisée pour construire un deuxième bâtiment, qui a été terminé en 2003, et qui constitue depuis le lieu où sont menées les consultations autres que les accouchements (figure 22). L'extérieur du poste de santé de Sangolomai paraît moins moderne que celui du centre de santé de Bowa, mais il cache lui aussi des pièces vétustes et des équipements pour la plupart délabrés, tels que la table d'accouchement (figure 21), ou la salle de soins.

Figure 21 : Devanture de la « maternité villageoise » (gauche) et table d'accouchement (droite), Poste de santé de Sangolomai, 18 mars 2020, © Barranca



Zaou déplorait notamment que les lits de la salle de repos de la maternité ne soient plus utilisables après avoir été abimés par des insectes. Il a demandé l'aide du centre de santé de Sengbedou pour les renouveler, mais sa demande n'a pas abouti, et les femmes se reposent depuis sur des nattes après

leur accouchement. Le chef de poste de santé dit avoir également peu de produits pour la prise en charge des patients, malgré les commandes mensuelles qu'il adresse au centre de santé, et il se rend ainsi parfois à Macenta pour approvisionner le poste. Il achète ainsi régulièrement des TDR pour réaliser les diagnostics de paludisme, et des traitements pour cette pathologie (qui sont principalement des traitements injectables, de diverses marques), ainsi que des molécules à large spectre, telle que du paracétamol.

Figure 22 : Devanture du deuxième bâtiment (gauche) et salle de soins (droite), Poste de santé de Sangolomai, 18 mars 2020, © Barranca



Ce type de difficultés a également été relevé lors du CTPS de mars 2020, et la plupart des structures sanitaires de la préfecture manquaient de vaccins. Les raisons évoquées concernaient le mauvais état ou l'inexistence des réfrigérateurs, mais aussi des problèmes de transport des sérums de la capitale vers la préfecture (d'après les propos des cadres présents). Ces difficultés d'approvisionnement en médicaments et outils ne sont pas relevées qu'en Guinée, mais aussi au Bénin ou au Togo, où l'acheminement est supposé être assuré par des partenaires techniques et financiers, ce qui ne facilite pas la promptitude (Adom et al., 2019).

Dans un contexte, où les structures sanitaires affichent un état de dénuement relatif, l'implication des AC dans l'amélioration de l'état de santé des populations ne semble pas suffisante, et elle devrait être accompagnée d'un renforcement des structures sanitaires (Rifkin, 2009). Or, encore aujourd'hui, ce sont surtout des interventions considérées comme ayant un ratio coût-efficacité intéressant, et souvent purement biomédicales, qui sont priorisées (Fassin, 2021 ; Packard, 2016). Ce type de stratégies peut présenter des résultats et améliorer la santé des populations - comme la distribution de traitements antipaludéens, de sels de réhydratation orale, ou encore de moustiquaires (Christopher et al., 2011), mais elles ne contribuent pas à renforcer les structures sanitaires.

b) Des problèmes de gestion interne aux structures

Certaines structures connaissent également des problèmes de gestion qui entravent le bon déroulement de leurs activités. Comme nous l'avons mentionné plus haut, en mars 2020 le centre de

santé de Sengbedou faisait partie des cinq structures sanitaires de la sous-préfecture qui n'avaient plus de budget pour la poursuite des activités de l'année. Lors du CTPS, le chef du centre de santé a annoncé que des frais inattendus avaient été employés pour l'entretien d'une moto, ce qui lui a valu une critique formulée par le Directeur préfectoral de la santé. Comme d'autres centres de santé, celui de Sengbedou a été considéré comme ayant une gestion opaque des fonds internes. Le comptable de la DPS a indiqué que le total des factures fournies par le centre était inférieur aux chiffres indiqués dans la trésorerie, et qu'une partie des fonds semblait disparaître sans raison explicite. Le DPS recommandait ainsi de respecter certains « principes » et de déposer les recettes « à la banque » plutôt que de les « garder en poche ». Mais dans les faits, les remontrances formulées par le DPS ne sont que théoriques et il ne semble pas y avoir de mesures à l'encontre des centres de santé qui affichent des procédés opaques de gestion budgétaire. Il s'agit ici d'une forme de « *nœud critique* »⁷² comme théorisé par Jean-Pierre Olivier de Sardan (2021 : 189), ce type de gestion peu transparente des fonds étant courante dans les bureaucraties des pays du Nord et du Sud, et n'étant donc pas du seul fait de la Guinée.

On peut également souligner que ces structures sanitaires connaissent des difficultés liées aux ressources humaines. Lors du CTPS, l'hôpital préfectoral notait par exemple un absentéisme important du personnel médical, ainsi qu'un abandon de poste, « *l'absentéisme social* »⁷³ étant fréquent dans les services publics dans de nombreux pays africains et pour diverses raisons (Olivier De Sardan, 2021 : 135). De même, la faible titularisation des agents médicaux rend plus difficile leurs conditions de travail, et certains cumulent les activités, notamment Gbaoui et Ramatoulaye, deux stagiaires rencontrées à Bowa, qui sont également AC. Elles soulignent toutes les deux qu'il est très difficile d'accéder aux postes de titulaires, et Ramatoulaye note par exemple : « *Il y a beaucoup de mes amis qui sont commerçantes maintenant, elles ont abandonné. Mais moi jusqu'à présent je suis là* ». Gbaoui et Ramatoulaye ajoutaient que la titularisation était souvent soumise au paiement d'une commission importante aux services administratifs concernés, en toute illégalité.

c) *Une intégration insuffisante des agents communautaires dans le système de santé*

Les AC et RECO rencontrés entretiennent des rapports diversifiés avec les responsables des structures sanitaires (allant de rapports cordiaux à des contacts plus ambigus et problématiques). Ils sont en général peu soutenus et valorisés, et occupent des places subordonnées, ce qui peut à terme altérer leur motivation. Il est pourtant recommandé que les acteurs locaux du système de santé travaillent dans un environnement propice et qui les soutienne, des failles pouvant contrevenir aux politiques et stratégies de santé communautaire (Haines et al., 2007).

Comme souligné dans la littérature, les ruptures en intrants ou leurs difficultés d'approvisionnement peuvent réduire la confiance des populations vis-à-vis de l'AC et plus largement de la politique de santé communautaire (Schaaf et al., 2020). Ici, l'approvisionnement irrégulier ou inexistant en intrants destinés à la prise en charge du paludisme contribue également à réduire la confiance des AC eux-

⁷² Cette expression renvoie aux normes implicites constatées dans les services publics africains qui contreviennent à la bonne réalisation des services attendus, sans que celle-ci n'aboutissent à des sanctions. La corruption ou le détournement de fonds dans ces services sont des exemples de normes implicites, de même que l'absentéisme social évoqué plus bas.

⁷³ Jean-Pierre Olivier de Sardan évoque « *l'absentéisme social* » à propos des absences relatives à des motifs non professionnels et souvent liés aux événements sociaux (telle que le fait de s'absenter pour se rendre à un baptême). Ces absences sont fréquentes, et tolérées, dans de nombreux services publics en Afrique de l'Ouest.

mêmes (en particulier les AC de Bowa, et Siba) vis-à-vis des structures et des autorités sanitaires et politiques. Les soupçons de Siba vis-à-vis d'éventuels détournements opérés par ses superviseurs s'inscrivent également dans un contexte ethnique particulier, qui favorise ce type de tensions.

Le montant de la prime des RECO et leurs conditions de travail semblent être également un frein à la pérennité de la Politique de santé communautaire, l'absence ou la faiblesse des incitations des agents communautaires ayant déjà été considérées comme des entraves possibles au bon déroulement de leurs activités (Christopher et al., 2011 ; Rifkin, 2009 ; Singh & Sachs, 2013 ; WHO et al., 2010). Le système actuel en Guinée ne valorise pas les agents communautaires quels qu'ils soient. Les AC des communes non couvertes peuvent être impliqués par des ONG ou des institutions internationales qui leur proposent des primes plus importantes, ou au contraire plus faibles (comme ceux de Bowa) que la grille officielle de l'Etat. Les RECO, eux, sont rémunérés conformément à cette grille, à 450 000 GNF par mois, un montant bien en dessous des ressources nécessaires pour vivre confortablement même en zone rurale, d'autant plus quand des agents comme Siba voient une partie de cette somme prélevée par leur employeur. Ce système ne semble pas valoriser les RECO, bien que ceux de Sengbedou paraissent plus satisfaits que Siba.

Il est évident que différents problèmes structurels contreviennent également à l'amélioration de la couverture sanitaire de la population. Bien que la situation globale se soit améliorée depuis l'échec des SSP, d'importantes difficultés liées au mauvais état des routes ou des réseaux de communication demeurent, en particulier à l'intérieur du pays.

5.3.3 La question épineuse de la pérennité et de la dépendance aux fonds extérieurs

Le développement de la politique actuelle de santé communautaire en Guinée n'est pas isolé et participe d'un élan plus global, même si, comme nous l'avons vu, l'épidémie d'Ebola a joué un rôle important dans sa mise en place. Ces différentes politiques nationales, comme celle de la Guinée, ambitionnent souvent une implémentation sur le long terme, grâce notamment à la fonctionnarisation des agents communautaires. En Guinée, les RECO et ASC sont supposés être des agents communaux, employés et rémunérés par les collectivités locales (*Politique Nationale de Santé communautaire*, 2017). Or, le bon déroulement de la Politique de santé communautaire est entravé par le problème récurrent et bien connu de la pérennité et de la dépendance aux financements extérieurs. Il avait déjà été souligné à propos de l'échec des SSP, mais cette question est plus largement caractéristique de l'aide au développement et de la plupart des politiques publiques et projets de développement menés dans des contextes post-coloniaux africains, où la « *pérennisation* » est considérée comme un « *horizon mythique* » (Olivier De Sardan, 2021 : 316).

En Guinée, la responsabilisation des collectivités locales est considérée comme la solution permettant à la Politique nationale d'être pérenne. Comme nous l'avons déjà mentionné, en principe les partenaires techniques et financiers s'engagent à couvrir les frais de fonctionnement (notamment le paiement des primes des ASC et RECO) pendant un an avant que les communes prennent le relais. En janvier 2020, Foromo, cadre à la DNSCMT indiquait avec enthousiasme que l'Etat s'était ainsi engagé à prendre le relais dans le financement du fonctionnement des communes de convergence, où l'UNICEF couvrait les frais depuis un an et demi. Le transfert devait avoir lieu dans l'année, et l'UNICEF envoyait déjà les fonds alloués au paiement des salaires aux mairies concernées afin de les inclure dans le processus. C'est ainsi d'ailleurs que la mairie de Sengbedou ponctionnait 50 000 GNF mensuels (environ 5 €) sur le salaire de Siba (ce qui représente pour rappel environ 11 % de son salaire, qui est de 450 000 GNF) sans que ce dernier ne puisse rien y faire, tant ce genre de pratiques est fréquent, y

compris dans d'autres contextes (Olivier de Sardan, 2021). Mais le financement des salaires des ASC et RECO n'était pas encore assuré par les fonds propres des communes en mai 2021, lors du deuxième séjour à Macenta. Ces délais d'exécution étaient imputables, selon Zaoro (cadre à la DNSCMT), à des procédures administratives particulièrement contraignantes, faisant intervenir plusieurs Ministères et autres institutions nationales.

Siba avait ainsi quitté ses fonctions quelques mois après notre rencontre, en août 2020. Ce départ a été motivé par l'arrêt du paiement des salaires des RECO le mois d'avant, et par des relations de plus en plus tendues avec certains habitants de Palia (nous y reviendrons plus loin). En avril 2021, il pensait ainsi que « *le programme des RECO* » était officiellement terminé, mais il n'a pas été possible de savoir si les RECO de la commune de convergence avaient tous arrêté de travailler, comme Siba. Il est possible que l'interprétation de Siba soit un peu exagérée, étant donné qu'il ne vit plus dans le village et qu'il n'a plus de liens avec le personnel du centre de santé. Sa supposition que le « *programme* » des RECO soit terminée n'est pas étonnante dans un contexte où « *le cycle des projets* » de développement est bien connu des experts de santé publique mais aussi des citoyens qui sont habitués au fait que ces derniers prennent fin (Olivier De Sardan, 2021 : 295).

Lorsque ce sujet a été évoqué en mai 2021 avec des agents de la DPS de Macenta, l'un d'eux a indiqué qu'il s'agissait d'un sujet « *sensible* » et « *politique* ». D'après son supérieur, interrogé ensuite, l'arrêt du paiement des salaires des RECO est dû à un « *changement de stratégie* », et au fait que depuis juillet 2020 ces frais doivent être pris en charge par les communes elles-mêmes, mais que ce processus est complexe. Les mairies devaient avoir inscrit dans leurs budgets de fonctionnement les frais alloués à la santé communautaire avant le retrait des partenaires, mais elles ont accusé un important retard, dû selon cet interlocuteur à une faible capacité des communes dans ce domaine. Lors de nos échanges, les agents communaux des différentes communes de convergence étaient en train d'être formés à ce propos, et il espérait que tout rentre rapidement dans l'ordre. Il a assuré que les RECO de Sengbedou continuaient à travailler, car leurs « *données* » étaient toujours remontées à la DPS. Entre temps, selon un cadre de la DNSCMT, le Ministère de la santé avait pris la décision que les ASC soient finalement rémunérés par le Ministère lui-même, étant donné qu'ils sont agents de santé (ce sont des ATS diplômés), et les communes n'avaient donc plus que le paiement des RECO à charge.

Il semble y avoir des incohérences à propos du niveau de responsabilité des communes dans la continuité du programme, en particulier à propos de leurs sources de financement. Au début de l'année 2020, les interlocuteurs de la DNSCMT avaient expliqué que les fonds alloués à la santé communautaire seraient pris progressivement en charge par l'ANAFIC (revenus miniers) qui les transférerait directement aux communes. Mais en mai 2021, cet interlocuteur de la DPS de Macenta évoquait que la formation des agents communaux de Sengbedou portait sur les moyens que la commune pouvait mettre en œuvre pour collecter les fonds nécessaires au paiement des RECO, comme l'instauration de taxes ou impôts à prélever auprès de la population. La situation ne semble donc pas du tout claire concernant la provenance de cet argent, et c'est sans doute l'une des raisons qui retarde le processus.

Quoi qu'il en soit, il est évident que la pérennisation de la PNSC est compromise à ce stade. Au terme d'une mission réalisée par le Ministre de la santé et son équipe en juin 2021, celui-ci a d'ailleurs déclaré que « *la pérennisation de la mise en œuvre de la stratégie de la santé communautaire n'est pas encore assurée dans les premières communes à cause du retard de la prise en charge des RECO et ASC par les communautés et l'État* » (Guinéematin, 2021). La Guinée n'est pas le seul pays à afficher des difficultés sur cette question, et au Bénin et Togo par exemple, l'Etat peine également à prendre

la relève sur les frais de fonctionnement des stratégies nationales de santé communautaire (Adom et al., 2019). Ce constat est partagé par la quasi-totalité des pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, où rares sont les gouvernements qui engagent des lignes budgétaires à ce propos (Le Fonds français MUSKOKA & UNICEF, 2019). En Guinée, comme ailleurs, l'institutionnalisation de la santé communautaire se fait donc plus ou moins sans l'Etat.

Cette enquête n'a pas permis de creuser davantage le sujet, mais il serait intéressant de poursuivre les investigations afin de savoir où en est ce processus aujourd'hui, et si la pérennisation tant espérée a pu avoir lieu. Si tel est le cas, il faudrait également s'intéresser à la provenance des fonds alloués au paiement des salaires des RECO, et notamment s'ils sont demandés à la population à travers des taxes communales. Dans le contexte que nous venons de décrire, où l'impact des RECO semble difficile à évaluer, il n'est pas du tout certain que des habitants de zones rurales plus ou moins délaissées soient enclins à supporter ces frais, aussi faibles soient-ils.

Cette question de la pérennité ne concerne pas seulement les communes couvertes par la PNSC, et les agents des structures sanitaires visitées attendent également une intervention extérieure pour financer le rachat de matériel défectueux ou vétuste par exemple. Ce contexte est très caractéristique des pays du Sud, qui dépendent pour la grande majorité d'entre eux, de fonds provenant de pays du Nord, pour le financement de leurs systèmes de santé (Gomez-Temesio & Le Marcis, 2021 ; Packard, 2016), et plus globalement de tous les services publics, tant la « *dépendance* » à l'aide au développement est « *structurelle* » (Olivier De Sardan, 2021 : 308).

Conclusion

Ce cinquième chapitre a permis de présenter un état des lieux du système de santé communautaire actuel en Guinée. A travers une enquête réalisée dans la Commune de convergence de Sengbedou (Macenta), nous avons pu voir que les RECO rencontrés appréciaient diversement la Politique nationale de santé communautaire, celle-ci ayant des répercussions différentes d'une localité à l'autre. Ils n'ont pas toujours les moyens nécessaires à la réalisation des activités promises par la Politique, et l'impact de celle-ci sur la santé des populations paraît limité, bien qu'il semble difficile à évaluer. Ces RECO sont peu valorisés par le système actuel, ce qui contrevient à la pérennité de la santé communautaire institutionnelle, aux côtés d'autres facteurs. Certains jouent néanmoins un rôle important auprès des populations, en outrepassant les fonctions qui leur sont attribuées dans la Politique nationale, comme le RECO de Palia qui, avant sa démission, faisait office de docteur du village. Notons d'ailleurs que depuis sa démission, Siba ne regrette pas sa décision. Il est retourné dans son village natal, et il gère désormais une pharmacie (non officielle), qui fait aussi office de lieu de soins, qui ne désemplit pas, et qui lui assure des revenus bien plus importants que sa prime de RECO.

La situation des agents communautaires d'une commune non couverte par la Politique ne paraît pas plus encourageante, et là aussi la question de la pérennité s'avère être un problème. Ces agents communautaires reçoivent des primes dérisoires et irrégulières, et n'ont pas toujours les équipements nécessaires pour réaliser les missions qui leur sont allouées, ce qui contribue à les démotiver parfois. Ce manque de valorisation des agents limite également la réalisation de la surveillance à base communautaire, comme nous allons le voir dans le prochain chapitre.

CHAPITRE 6 : LA SURVEILLANCE A BASE COMMUNAUTAIRE, LIMITES D'UNE STRATEGIE ENCORE PEU APPLIQUEE

Comme nous l'avons vu dans le deuxième chapitre, la SBC est vivement encouragée par les institutions sanitaires internationales depuis le début des années 2000 pour la préparation et la riposte aux épidémies. Pour rappel l'OMS, la définit comme « *un processus actif de participation communautaire dans la détection, la notification, la réponse et le suivi relatifs aux événements de santé dans la communauté* » (OMS, 2014b : 3). D'après ce même guide, la SBC devrait être réalisée de manière continue :

« *La surveillance à base communautaire devrait être assurée pendant :*

a) la période pré-épidémique (pour fournir l'alerte précoce)

b) la période épidémique (pour détecter précocement et répondre aux cas et décès)

c) la période post-épidémique (pour suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre des activités de lutte contre la maladie) » (OMS, 2014b : 3).

En Guinée, c'est précisément depuis la survenue de la première épidémie d'Ebola que la SBC a été considérée comme une stratégie importante du système de santé. Après avoir contextualisé son implémentation, ce chapitre vise à en questionner les déterminants. Dans cet objectif, la SBC sera abordée sous l'angle de son utilisation en tant qu'outil de la préparation aux épidémies, puis dans un second temps en tant que stratégie de riposte aux épidémies de Covid-19 et d'Ebola (en 2021). Nous analyserons en fin de chapitre les difficultés qui entravent le déroulement de la SBC dans ces deux acceptions.

Les données présentées dans ce chapitre proviennent de deux séjours de terrain effectués dans la préfecture de Macenta, l'un de près d'un mois, et l'autre de dix jours, en mars 2020 et mai 2021 (enquête 2). Certaines proviennent également de la troisième et de la quatrième enquête réalisée à distance et en Guinée sur la riposte au Covid-19, et à la deuxième épidémie d'Ebola.

6.1 La réalisation de la SBC hors contexte épidémique

Afin de renseigner les enjeux relatifs à la réalisation de la SBC aujourd'hui, nous commencerons par présenter dans cette première section son utilisation en tant qu'outil de la préparation aux épidémies (c'est-à-dire hors contexte épidémique, en tant qu'outil de détection des émergences). Nous verrons que depuis la première épidémie d'Ebola, la pérennisation de la SBC n'est pas évidente en raison de divers facteurs. Nous détaillerons ensuite son fonctionnement actuel, en donnant notamment un aperçu de sa réalisation dans le village de Palia, dans la préfecture de Macenta.

6.1.1 Une continuité difficile après Ebola

Durant l'épidémie d'Ebola de 2013-2016, comme nous l'avons vu dans le quatrième chapitre, la mise en place de la SBC a été assez tardive. Elle a ensuite bénéficié d'une promotion importante, et elle a été considérée comme l'une des solutions permettant à la fois d'améliorer la détection précoce des cas, et d'atténuer les tensions entre les populations et les autorités sanitaires à travers l'implication d'acteurs locaux. Elle a ainsi pris plusieurs formes, des CVV à l'implication de milliers d'AC chargés de la SBC sur le territoire - dont 634 ont, pour rappel, été mobilisés dans la seule préfecture de Macenta

(qui comptait près de 298 000 habitants en 2016). Par la suite, la SBC a continué à être encouragée dans le cadre de projets, mais qui ont progressivement pris fin, rendant son exercice de plus en plus difficile comme nous allons maintenant le voir.

a) *Des projets de soutien non pérennes*

Durant la première épidémie d’Ebola, le Ministère de la santé et plusieurs organisations internationales (en particulier RTI, OIM, IMC et l’OMS) ont mis en place des programmes visant à promouvoir l’exercice de la SBC sur l’ensemble du territoire. Ces projets ont continué après la fin de l’épidémie et ont terminé à des dates qu’il a été difficile de vérifier, mais que les interlocuteurs situent entre fin 2018 et fin 2019.

A Macenta, le programme d’appui à la SBC (financé par IMC) a officiellement été arrêté en septembre 2019, d’après les informations recueillies à la DPS. Comme souligné précédemment, les notifications par les AC avaient déjà décliné avant la fin officielle du projet au fur et à mesure que les primes s’amenuisaient. D’après Zézé (agent à la DPS de Macenta) ce relâchement progressif était également dû au fait que les superviseurs (dont il faisait partie) ne recevaient plus de soutien matériel et financier. Lorsque le programme était financé il partait régulièrement rencontrer les AC « *dans la communauté* » et échanger avec eux, ce qu’il n’a plus fait ensuite, faute d’une prise en charge des frais de déplacement :

« Depuis qu’on n’a pas de financements, je suis absent dans la communauté. C’est une source aussi de démotivation pour les AC, parce que quand quelqu’un est en train de faire une activité, de temps en temps il faut se présenter à lui. Même si y a pas de motivation [financière], il va dire "Ah oui, on ne m’a pas oublié", et ça peut le motiver. Mais si moi aussi je suis absent, eux aussi ils sont démotivés, donc tu as vu, au fur et à mesure, on abandonne » (Entretien avec Zézé, agent de la DPS de Macenta).

Ces propos corroborent les quelques données qui ont été collectées lors des réunions de l’ANSS, ou sur le site internet de celle-ci, concernant la proportion et le type d’alerte notifiées par les AC. Les rapports hebdomadaires de l’ANSS présentaient effectivement jusqu’à la mi-août 2019 un indicateur sur l’apport des agents communautaires dans la surveillance (figure 23). Selon les propos de Bafodé, agent de l’ANSS, c’est suite à une évaluation de la SBC à la fin de l’année 2017 que l’apport des AC a été ajouté à la base de données nationale. L’absence jusqu’alors de ces notifications communautaires était effectivement soulignée dans le rapport de cette évaluation, à laquelle les auteurs recommandaient de remédier (ANSS et al., 2017).

Dans les exemples présentés ci-dessous (figure 23), on remarque que les AC ont notifié quelques cas suspects de MPE entre le 30 mai et le 13 juin 2019, ces cas étant principalement des cas de rougeole, la Guinée connaissant alors une épidémie importante (ANSS, 2019). Outre la notification de ces cas, les principales informations partagées par ces AC aux structures sanitaires concernaient les décès et naissances survenus en population. On voit également que les alertes étaient vérifiées et validées ou non par les centres de santé, et pour la semaine 21-2019, un certain nombre d’informations données par les AC dans les régions de Conakry, Faranah, et N’Zérékoré, n’ont pas été validées, sans que les raisons ne soient explicitées.

Après le 15 août 2019, l’ANSS a arrêté de présenter cet indicateur sur l’apport des AC lors des réunions épidémiologiques hebdomadaires. Les raisons de cet arrêt ne sont pas connues mais il est probable qu’il soit lié au retrait progressif des partenaires des programmes de soutien à la SBC, et à la fin de la gratification des AC. Selon Bafodé, cela était également lié à des raisons institutionnelles, puisqu’à

cette période des pourparlers étaient en cours sur le fait que la SBC devait être gérée par la DNSCMT dans le cadre de la PNSC, comme nous le verrons plus en détail en fin de chapitre.

Figure 23 : Apports des agents communautaires dans la surveillance pour les semaines 21 et 23 de l'année 2019, issus des présentations épidémiologiques hebdomadaires de l'ANSS (en date des 30 mai 2019 et 13 juin 2019)

RÉUNION STRATEGIQUE							
II-19. Apport des agents communautaires dans la surveillance, Guinée S21-2019							
Régions	Alertes MPE notifiées par les AC			Autres Evènement notifiées par les AC			Types de notifications validées par CS
	Notifiée par AC	Vérifiée par CS	Validée par CS	Notifiée par AC	Vérifiée par CS	Validée par CS	
Conakry	2	2	2	161	99	92	2 rougeole; 51 décès humains; 1 décès groupés de cinq personnes; 48 naissances ; 62 naissances non vérifiées
Kindia	5	5	5	18	18	18	5 rougeole; 18 Décès humains
Boké	0	0	0	31	31	31	10 décès humains et 21 naissances
Mamou	0	0	0	0	0	0	
Labé	0	0	0	0	0	0	
Fanarah	0	0	0	54	20	20	20 décès humains; 34 naissances non vérifiées
N'Zérékoré	0	0	0	111	44	44	42 décès humains; 1 décès maternels (Liazou/Macenta); 1 morsure de chien (fassankony/Macenta); 67 naissances non vérifiées,
Total	7	7	7	375	212	205	

RÉUNION STRATEGIQUE							
II-19. Apport des agents communautaires dans la surveillance, Guinée S23-2019							
Régions	Alertes MPE notifiées par les AC			Autres Evènement notifiées par les AC			Types de notifications validées
	Notifiée par AC	Vérifiée par CS	Validée par CS	Notifiée par AC	Vérifiée par CS	Validée par CS	
Conakry	0	0	0	55	55	55	28 Décès humains; 27 Naissances communautaires
Kindia	19	19	19	30	30	30	02 cas de PFA (01 à Gberekhory et 01 à Gadawawa dans Kindia); 15 cas de rougeole; 30 décès humains
Boké	1	1	1	12	12	12	1 cas de rougeole; 6 naissance; 5 décès humains; 1 cas de morsure de serpent.
Mamou	ND	ND	ND	ND	ND	ND	
Labé	ND	ND	ND	ND	ND	ND	
Fanarah	0	0	0	21	21	21	21 Décès humains
Kankan	ND	ND	ND	ND	ND	ND	
N'Zérékoré	1	1	1	27	27	27	01 cas Fievre Jaune (Fangamadou/Gueckedou); 27 Décès humains

b) Une SBC inactive au début 2020 ?

Malgré la fin des programmes de soutien à la SBC, cette forme de surveillance est toujours censée fonctionner. A cet effet, les agents communautaires, qu'il s'agisse des RECO ou AC non officiels, sont encouragés à surveiller la survenue d'éventuels cas de MPE dans les populations et à notifier ces informations aux structures sanitaires de leurs localités. Mais cet encouragement ne répond à aucune obligation pour les AC qui ne reçoivent plus de primes ou d'outils pour la réaliser (ils ne sont par exemple plus dotés en téléphone ou en crédits de communication).

Les RECO et ASC désignés dans les communes couvertes par la PNSC sont, par contre, supposés réaliser la SBC au sein des populations, aux côtés d'autres activités de santé communautaire détaillées dans le

chapitre précédent. En principe les CVV doivent toujours être actifs dans la surveillance, et réactifs en cas d'épidémie, mais leur continuité n'a pas été documentée.

Le démarrage de cette enquête au début de l'année 2020 a donc coïncidé avec la fin des programmes de soutien à la SBC, et les interlocuteurs avaient alors des discours divergents sur les actualités de cette stratégie. Certains assuraient que la SBC était toujours active, alors que d'autres maintenaient le contraire :

- ❖ Lors de la Plateforme technique multisectorielle de la santé communautaire, un fonctionnaire du Ministère de la santé a par exemple souligné : « *Il n'y a pas de surveillance épidémiologique communautaire* », le 22 février 2020 ;
- ❖ Un agent de la DPS, participant au CTPS de Macenta le 12 mars 2020 signalait que : « *La surveillance à base communautaire ça ne marche pas* », une remarque qui a reçu l'approbation de ses collègues ;
- ❖ Un professionnel titulaire du centre de santé de Bowa notait quelques jours plus tard que les AC étaient les « *yeux* » du centre de santé par rapport aux évènements et « *nouveaux problèmes* » qui pouvaient avoir lieu au sein des populations, et que ceux-ci continuaient à réaliser la SBC ;
- ❖ Mais ses propos étaient nuancés par Kankou, représentant des AC dans le même centre, qui expliquait que leur implication dans la réalisation de la surveillance était en réalité minime puisqu'elle ne faisait pas l'objet d'un projet spécifique, et qu'ils ne recevaient pas de rétribution ;
- ❖ En janvier 2021, deux interlocutrices de la DCS de Dixinn, une commune de Conakry, indiquaient que durant la première épidémie d'Ebola, ce sont 245 AC qui avaient été formés à la reconnaissance des symptômes d'Ebola et d'autres MPE dans toute la commune, avec le soutien d'IMC. Mais elles notaient que les informations partagées par les AC ont progressivement diminué au fur et à mesure que les primes données à ces AC s'amenuisaient.

Ces observations initiales ont été quelque peu perturbantes et elles ont eu un impact sur les choix méthodologique (comme cela est évoqué dans le deuxième chapitre), étant donné qu'elles contrastaient avec la mise en avant constante de la SBC dans les discours des acteurs institutionnels et des organisations internationales.

A Macenta, ce constat sur l'inactivité de la SBC était nuancé par Zézé, qui soulignait que quelques rares AC, en dehors des ASC et RECO, continuaient toutefois à notifier des informations aux structures sanitaires, des AC qu'il qualifie de « *conscients* » :

« Le choix n'a pas été bien fait depuis le départ. Parce qu'il fallait prendre des personnes très conscientes qui savent que "Si je notifie un cas dans ma communauté, je suis en train de sauver ma communauté. Que j'aie de l'argent ou pas je suis obligé de remonter tous cas de maladies sous surveillance". Mais qu'à cela ne tienne, il y a des défaillances, mais ce n'est pas à zéro et certains remontent » (Entretien avec Zézé, agent de la DPS de Macenta).

On remarque ainsi que les programmes entamés lors de la réponse à Ebola ont permis la mise en place de processus de communication et de protocoles de notification entre les AC et les centres de santé auxquels ils sont rattachés. Des exemples montrent que ces mécanismes peuvent toujours être à l'œuvre quand les acteurs ne reçoivent plus de soutien financier, comme l'évoque Zézé. Néanmoins,

d'une manière plus globale, en Guinée la SBC semble davantage réalisée quand les agents reçoivent une compensation.

c) Les données de la SBC aujourd'hui

Depuis la fin des programmes de soutien à la SBC, les données produites par le niveau communautaire du système de santé sont supposées provenir des RECO et ASC officiels, ainsi que de quelques AC volontaires. Comme cela a été mentionné plus haut il est difficile d'avoir une idée de la proportion de ces alertes dans le système de surveillance global, puisque l'apport de ces acteurs n'est plus mentionné dans les documents partagés par l'ANSS, et que cette information n'a pu être trouvée autre part.

Comme pour les autres stratégies de santé communautaire, les RECO doivent garder une trace de leurs activités et transmettre les informations récoltées dans le cadre de la SBC en principe une fois par semaine au centre de santé. En cas de décès ou d'évènements suspects, ils doivent donner l'alerte le plus rapidement possible.

En termes d'organisation, la réalisation de la SBC ne se limite pas au rôle des agents communautaires quels qu'ils soient, et la circulation des informations suit une procédure bien définie, comme le relate Youssouf, cadre à la DNSCMT :

« Le centre de santé a comme rôle de valider les informations qui sont remontées par les RECO. Si c'est une maladie à potentiel épidémique ou à déclaration obligatoire, la supervision doit se faire instantanément pour qu'ils viennent valider ce que l'agent communautaire a remonté. Et comme ça, si ça relève d'une maladie à potentiel épidémique, l'information remonte directement au niveau de la préfecture, à la DPS. C'est au niveau de la DPS qu'on a maintenant les dispositifs nécessaires pour assurer l'investigation et la riposte, s'il y a nécessité de riposte, à travers les équipes qu'on a placées là-bas et qui ont été dotées de l'équipement et de la formation qu'il faut, qui s'appellent Équipes préfectorales d'alerte et de riposte aux épidémies (EPARE). Pour leur permettre de travailler et d'être efficaces on a développé également au niveau préfectoral ce qu'on appelle le Centre d'opération d'urgence. Donc si les équipes préfectorales qui en leur sein contiennent les personnes pour l'investigation, pour la certification laboratoire, tout et tout, et c'est à ce moment que le Centre d'opération d'urgence préfectoral est mis en état d'action pour pouvoir organiser en cas de besoin la riposte pour essayer de gérer les choses sur place. S'ils ne peuvent pas gérer les choses sur place il y a le COU au niveau régional qui viendra en appui, mais aussi l'information est remontée à l'ANSS pour les nécessités, les besoins d'appui pour riposter » (Entretien avec Youssouf, cadre à la DNSCMT).

Les postes et centres de santé sont donc également impliqués dans la SBC. Les premiers doivent signaler de manière hebdomadaire les éventuels cas suspects, confirmés ou décédés de maladies sous surveillance qu'ils ont pu rencontrer. Ces données sont ensuite transmises au centre de santé de la zone et reportées dans un registre manuscrit tel que celui qui a été photographié à Sengbedou (figure 24). Dans cet exemple de registre, on remarque que les cas signalés par les différents postes de santé ne sont que des cas de paludisme.

En parallèle, les agents des centres de santé sont également supposés participer à la notification des alertes éventuelles. Toutes ces informations épidémiologiques sont ensuite transmises à la DPS, qui les diffuse à son tour aux niveau régional et central de manière hebdomadaire. A Macenta, un agent de la DPS a ainsi pour rôle de compiler toutes les données provenant des différents centres de santé de la préfecture. Mais il semble que ce dispositif fasse parfois défaut, et lors du CTPS de Macenta de mars 2020, un agent de la DPS déplorait une faible notification des maladies et des évènements sous

surveillance de la part de la quasi-totalité des structures de santé, malgré les nombreuses recommandations des autorités sanitaires depuis l'épidémie d'Ebola.

Figure 24 : Registres des notifications de maladies et événements sous surveillance par les postes de santé durant la dernière semaine de 2019 et les trois premières semaines de 2020, Centre de santé de Sengbedou © Barranca

Sommaire Epidémiologie	Période et Structure	ARNT					D'Angine				Paludisme				Malaria			Autres				
		e	D	C	B	A	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D				
52	23-29-12-019 C.S	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	9	0	18	4	2	2	1
	PS-Sangolomai	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	6	0	16	2	3	0	2	0	0	0	0
	PS-Mialisson	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0
	PS-Siedou	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	4	0	8	1	0	1	1	0	0	0	0
	PS-N'Zoyaro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	8	0	19	4	2	0	0	0	0	0	0
	PS-Nakabaldou	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	0	8	1	0	0	1	0	0	0	0
	Total										47	32	0	76	12	7	3	5				
1	30-05-01-2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	4	0	10	1	0	1	1	0	0	0	0
	PS-Sangolomai	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	6	0	14	2	1	0	2	0	0	0	0
	PS-Mialisson	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	7	1	0	0	0	0	0	0	0
	PS-Siedou	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	8	0	0	1	0	0	0	0	0
	PS-N'Zoyaro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7	0	15	2	2	0	1	0	0	0	0
	PS-Nakabaldou	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	6	1	0	0	0	0	0	0	0
	Total										32	24	0	60	7	3	2	5				
2	6-12-01-2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	6	0	13	0	0	1	1	0	0	0	0
	PS-Sangolomai	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	8	0	17	2	1	0	1	0	0	0	0
	PS-Mialisson	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	8	1	0	0	1	0	0	0	0
	PS-Siedou	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3	0	9	0	1	1	0	0	0	0	0
	PS-N'Zoyaro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	6	0	16	3	1	0	2	0	0	0	0
	PS-Nakabaldou	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total										46	28	0	70	6	3	2	5				
3	13-19-01-020																					

Ces informations, qu’elles proviennent des RECO et ASC ou des agents des postes et centres de santé, forment les données dites « communautaires » du système de surveillance. On voit donc que les données présentées comme relatives à la SBC ne proviennent pas nécessairement des seuls agents communautaires (qu’il s’agisse des AC, RECO ou ASC), puisque les professionnels de santé des postes et centres de santé participent également à la déclaration des informations. Ce qui est entendu par données « communautaires » ne l’est donc pas nécessairement au sens où l’OMS l’entend, puisque dans le Guide pour la mise en place de la surveillance communautaire édité en 2014, les structures de santé ne sont pas mentionnées parmi les sources de la SBC :

« Une surveillance communautaire qui fonctionne doit se connecter aux sources d’information clés suivantes, mais cette liste n’est pas exhaustive :

- a) Tous les agents de santé communautaires, y compris les accoucheuses traditionnelles et les maîtres chargés de la santé à l’école : ce sont des sources privilégiées d’informations en raison de leurs liens avec la communauté locale et de leur présence sur le terrain, en particulier dans les zones reculées où l’accès aux soins de santé primaires est rare.

- b) *Les autorités communautaires, traditionnelles, religieuses, de jeunes et de la société civile : ces personnes et groupes peuvent fournir des rapports informels sur des événements de santé inhabituels ou risques sanitaires dont ils sont témoins dans la communauté.*
- c) *Les médias : les médias locaux, nationaux et internationaux sont d'importantes sources d'information pour la surveillance communautaire. Des événements tels que des grappes de cas humains, les épidémies ou les décès inattendus et inhabituels peuvent être couverts par les journaux locaux (imprimés ou disponibles par Internet) ou des reportages par radio avant qu'ils ne soient détectés et signalés par les établissements de santé locaux.*
- d) *La médecine traditionnelle, les tradipraticiens et les guérisseurs : dans certains pays africains, un nombre élevé de la population dépend de la médecine traditionnelle pour les soins de santé primaires. La médecine traditionnelle est utilisée depuis des milliers d'années, et ces praticiens peuvent constituer une source d'information précieuse.*
- e) *La médecine alternative (l'herboristerie par exemple), la médecine complémentaire et la médecine non conventionnelle : il s'agit notamment des pratiques de soins de santé qui ne font pas partie de la propre tradition du pays concerné et ne sont pas intégrées dans le système de soins de santé dominant; elles gagnent en popularité et doivent être considérées comme une source potentielle d'information sur la santé et le contact avec eux offre des possibilités pour encourager des pratiques saines.*
- f) *Les organisations confessionnelles et les organisations communautaires mises en place en tant que sources d'informations sur les événements inhabituels.*
- g) *Les familles sont également des sources d'information. Les agents de santé communautaire et pratiquant des activités porte-à-porte telles que le suivi du bien-être du bébé peuvent recueillir des informations montrant si quelqu'un dans le ménage a été malade » (OMS, 2014b : 6-7).*

Dans l'acception de l'OMS, une source communautaire est donc un informateur provenant de la population, ou communauté, dans laquelle la SBC est réalisée. D'après cette définition, seuls les « *agents de santé communautaires* » sont donc une source potentielle de SBC, contrairement à leurs homologues travaillant dans des structures sanitaires. Ici, les données de la SBC ne proviennent pas nécessairement des populations elles-mêmes (au travers des RECO ou d'autres sources) puisque les agents de santé affectés dans les postes et centres de santé ne sont effectivement pas toujours ressortissants des communautés où ils exercent (alors que cela est un critère pour la désignation des ASC et RECO), et ils ne peuvent donc pas toujours être considérés comme des « *acteurs communautaires* ». Par ailleurs, ces données, dont le qualificatif de « *communautaires* » peut donc être questionné, concernent principalement les décès qui apparaissent en population et qui peuvent être liés à n'importe quelle cause, et elles semblent peu concerner la notification des MPE.

Notons que le traitement administratif de ces données représente une importante charge de travail pour les personnels des structures sanitaires, comme cela a été montré dans d'autres pays africains (Olivier de Sardan, 2021). En février 2020, un agent du Ministère de la santé annonçait par exemple que les 178 centres de santé du pays qui avaient été inclus dans le dispositif du DHIS2 devaient remplir 4800 entrées dans le logiciel, lors de la plateforme technique multisectorielle de la Santé communautaire. Il avait ajouté que les agents du Ministère étaient alors chargés de simplifier ce dispositif, puisque la plupart des structures ne remplissaient pas correctement les entrées de la plateforme.

6.1.2 La réalisation de la SBC au niveau local : un aperçu à Palia

Afin d'illustrer plus en détail les déterminants de la SBC et ses éventuels freins sur le terrain, nous allons maintenant nous intéresser de plus près aux résultats de l'enquête menée auprès du RECO

de Palia, Siba, qui a déjà été présenté dans le chapitre précédent. Nous décrivons pour commencer les expériences et formations que le RECO a eues à propos de la surveillance des maladies, puis une situation de notification qui n'a pas aboutie.

a) *Les expériences et formations du RECO dans la surveillance*

Dans cette section nous allons décrire les expériences et formations de Siba en matière de surveillance des maladies, qui sont par ailleurs schématisées dans la figure 25.

Avant la première épidémie d'Ebola, Siba n'avait ni expérience ni reçu de formation à propos de la réalisation de la surveillance des MPE. Il avait toutefois des notions sur la transmission et la contagion de maladies infectieuses, car deux personnes de sa famille ont été atteintes du VIH/sida. Lorsqu'il résidait encore à Sérédou et qu'il travaillait dans une clinique privée, il a été sélectionné pour réaliser une séance de sensibilisation sur la prévention de cette pathologie dans un hôtel de la ville, dans le cadre d'un projet mené par Plan International. Siba narre l'expérience ainsi : avec quatre autres hommes il avait été désigné pour jouer le rôle d'un client qui devait négocier un rapport non protégé avec une prostituée. La somme promise en échange était particulièrement élevée (500 000 GNF, soit environ 55 €), et toutes les femmes concernées ont accepté. Siba et ses collègues ont ensuite averti le reste des clients à l'aide de mégaphones afin de leur conseiller d'être prudents vis-à-vis de ces dernières et des risques de contamination. Cette sensibilisation à la méthodologie très particulière lui est restée en mémoire, et il pense qu'elle a été concluante. Il s'agit de sa première expérience formelle en tant que « *sensibilisateur* ».

Lors de la première épidémie d'Ebola, Siba résidait déjà à Palia où il effectuait des soins divers, et tenait une pharmacie, comme nous l'avons vu dans le cinquième chapitre. Le village était alors totalement isolé et les habitants refusaient la visite de tout étranger, par peur d'une éventuelle contagion, et Siba note qu'aucune délégation extérieure n'est venue. D'après lui ce n'était pas une preuve de « *résistance* » vis-à-vis de la riposte, mais plutôt un signe de prévention vis-à-vis du virus. Il se rappelle que seul un jeune ressortissant qui avait séjourné à N'Zérékoré avait pu revenir à Palia lors de l'épidémie. Ce dernier était d'ailleurs tombé malade quelques semaines après son retour, et Siba avait accepté de le soigner, alors que la grande majorité des habitants refusaient de s'approcher de lui. Siba avait été rassuré car il avait calculé que le jeune était rentré au village depuis plus de 21 jours lorsqu'il était tombé malade, et que la phase d'incubation était donc dépassée. Il ne présentait de plus pas de vomissements et de fièvre, les symptômes d'Ebola selon Siba.

Siba semblait ainsi avoir quelques connaissances sur la MVE à cette période où il n'était pas encore RECO, et il a expliqué les avoir acquises auprès du chef du poste de santé de Sangolomai, qu'il assistait fréquemment à cette période. Dans le cadre de sa fonction de « *docteur* » du village (décrite dans le cinquième chapitre) il surveillait l'état de santé des habitants, et demandait parfois à certains de se rendre à l'hôpital de Macenta lorsqu'ils présentaient des symptômes suspects. Il exerçait ainsi une forme de SBC, volontaire et de sa propre initiative, car il n'a pas été impliqué par les autorités sanitaires pour l'effectuer. Les tentatives de Siba pour référer les patients suspects étaient toutefois souvent peu concluantes, car la plupart craignaient de se rendre en ville du fait du risque épidémique et de la crainte des structures sanitaires. Souvent, les patients malades se limitaient alors au poste de santé de Sangolomai. Siba ajoute que durant l'épidémie il était « *proprement* » équipé pour s'occuper des patients car le poste de santé était doté en gants, compresses, bottes et autres équipements de protection, dans le cadre d'un soutien de CRS (*Catholic Relief Services*). Bien que Siba n'était alors pas encore officiellement RECO et officiellement lié au système de santé, le chef du poste de santé de

Sangolomai lui donnait une partie de ces équipements pour qu'il réalise ses consultations en toute sécurité à Palia. Selon lui, les deux villages (Palia et Sangolomai) n'ont connu aucun cas de MVE durant l'épidémie.

C'est après la fin de l'épidémie d'Ebola en 2016, que Siba a été recruté comme agent communautaire pour réaliser la surveillance de six MPE et d'autres événements suspects. Ce projet était porté par IMC, et devait normalement débuter en 2015, mais ce n'est qu'en juin 2016 qu'il a reçu une formation d'une journée avec d'autres AC au centre de santé de Sengbedou. C'est à ce moment-là que Siba a commencé à être familier avec cette structure. Lors de ce projet, Siba et les autres AC devaient appeler les responsables du centre de santé une fois par semaine pour leur déclarer les éventuelles informations importantes, ou leur signaler qu'il n'y avait eu aucun événement suspect. Il ne devait pas remplir de registres ou de rapport, et la déclaration des informations ne se faisait que par téléphone. Lors de ce projet débuté en 2016, la surveillance concernait les cas suspects de :

- ❖ Choléra
- ❖ Rougeole
- ❖ Poliomyélite (autrement nommée Paralyse flasque aiguë - PFA)
- ❖ Méningite
- ❖ Fièvre jaune
- ❖ FHV (dont Ebola)
- ❖ Ainsi que les décès groupés d'animaux (sauvages et domestiques)
- ❖ Et les naissances et décès survenant dans la population.

En parallèle de l'exercice de la surveillance, son rôle en tant qu'AC était de mener des sensibilisations sur les pathologies et situations précédemment citées. Cette activité a duré un an, et a pris fin en mai 2017. Durant cette période, Siba dit n'avoir détecté et remonté aucun cas suspect de MPE, mais qu'il informait ses responsables des événements démographiques survenant à Palia.

Dans le cadre de ce projet, Siba et ses collègues ont reçu quelques équipements, tels qu'un téléphone, une lampe torche, des bottes, un sac à dos et un imperméable. Il déplore toutefois n'avoir reçu qu'une prime de 100 000 GNF mensuels (environ 10 €), alors que le montant qui leur avait été promis lors de la formation devait être dix fois supérieur. D'autant que cette somme n'était pas vraiment une rémunération puisqu'elle devait être en partie dédiée au paiement des unités téléphoniques. Siba ajoute qu'il n'était pas présent lors de la clôture du projet et qu'il n'a ainsi pas reçu le dernier versement qui lui était dû, malgré ses tentatives ultérieures de négociation avec les agents du centre de santé. Le fait que les AC n'aient pas reçu la somme escomptée et qu'il n'ait lui-même pas reçu son dernier salaire, est pour Siba une nouvelle preuve des supposés mauvais agissements des autorités administratives et sanitaires de Sengbedou, et il note : « *Vraiment ils sont mesquins. Ça c'est des vrais Manias, c'est des vrais Manias. Ah non mais ils sont malhonnêtes, ils sont totalement malhonnêtes. Non vraiment ils ne connaissent pas Dieu* » (Entretien avec Siba, RECO à Palia). Il ajoute que ce qu'il estime être un détournement des fonds alloués aux AC, était rendu possible par le fait que ceux-ci n'avaient pas signé de contrat et ne recevaient pas de fiches de paye - ce qui évoque la situation des acteurs communautaires impliqués dans la lutte contre la deuxième épidémie d'Ebola, comme nous le verrons dans le prochain chapitre.

Les accusations de Siba et ses collègues vis-à-vis du détournement de leurs primes sont toutefois à relativiser, car selon les propos de Zézé, les rémunérations prévues par IMC dans le cadre de ce projet étaient effectivement de 100 000 GNF par mois (environ 10 €), et donc conformes à ce que Siba dit

avoir reçu. Zézé note que le paiement des AC impliqués lors de l'épidémie était de 1 500 000 GNF (environ 167 €). Il est donc possible qu'il y ait eu un malentendu, et qu'une prime supérieure ait été promise à Siba et aux autres AC impliqués dans le projet de 2016 sur la base de celle perçue pendant Ebola. Que ces accusations soient justifiées ou non, elles révèlent encore une fois la position très particulière de Siba vis-à-vis de ses supérieurs hiérarchiques.

Figure 25 : Les formations et expériences du RECO de Palia sur la surveillance des maladies

Avant 2008	• Il travaille dans une clinique privée de Sérédou (sans formation et statut officiels) - Il est sélectionné comme sensibilisateur pour une journée dans le cadre de la prévention du VIH (première expérience de sensibilisation)
2008 - 2014	• Il arrive à Palia en 2008 : il occupe peu à peu la fonction de docteur du village, et tient une pharmacie - Il se rend régulièrement au poste de santé de Sangolomai où il parfait ses connaissances médicales (sans statut)
2014-2016	• Epidémie d'Ebola (2014-2016) : Le village s'isole - Il réalise une forme de surveillance volontaire (aucun cas détecté). Il continue les consultations au poste de santé et à Palia (le chef de poste lui fournit des équipements)
Juin 2016 - Mai 2017	• Juin 2016 : il suit une formation pour devenir AC dans le cadre d'un projet soutenu par IMC. Il est formé à la reconnaissance de six MPE (choléra, rougeole, PFA, méningite, fièvre jaune, et MVE) et d'évènements suspects en santé humaine et animale. Il occupe cette fonction jusqu'en mai 2017 - Aucune expérience de notification
Juillet 2018	• Il suit une formation de 10 jours en juillet 2018 pour devenir RECO - Selon lui les maladies sous surveillance sont toujours les mêmes que celles sur lesquelles il a été formé en 2016

La formation de Siba pour devenir RECO s'est déroulée en juillet 2018, et a duré dix jours. Il souligne à ce propos que le rôle des RECO est différent de celui qui lui était assigné précédemment en tant qu'AC, puisque comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, on lui demande différentes activités liées principalement à la santé maternelle et infantile. Selon Siba, la surveillance des maladies réalisée par les RECO concerne toujours les mêmes six MPE que lors de son implication en 2016 auxquelles s'ajoutent toujours la déclaration des actualités démographiques et des « évènements douteux ». Le Guide de formation des RECO et ASC en mentionne pourtant quatre de plus (à savoir l'anthrax humain, la brucellose, la rage humaine et le tétanos maternel et néonatal). Sur ce point, il semble y avoir une confusion sur le nombre et la nature des maladies et évènements actuellement sous surveillance en Guinée, puisque ceux-ci diffèrent d'une institution à l'autre, d'après les différents documents consultés. Cela participe au flou institutionnel à propos de la SBC, et nous y reviendrons en fin de chapitre.

b) Ses connaissances en matière de MPE

En parallèle de ses autres activités de RECO Siba dit assurer la surveillance des pathologies et évènements douteux. Il relate en détail la procédure à tenir vis-à-vis d'un cas suspect :

« - Siba : Bon là tu lui demandes d'abord "Qu'est-ce qui ne va pas dans les deux jours-là ? Je te vois trop calme", comme moi je fais partie du corps médical il va me dire son problème. Quand il explique son problème je vais essayer de prendre d'abord les paramètres. Si j'ai des tests pour le palu, je fais le test de palu, mais je n'en ai pas actuellement.



- Eva : Et quand tu n'en as pas tu fais comment ?

- Siba : Je réfère au poste de santé avec un écrit pour dire que le cas est suspect... En ce moment ils vont le prendre en charge quand le chef de poste est protégé, parce qu'il doit se protéger d'abord. Se gant les mains, se laver les mains, bon se sécuriser contre l'infection quoi. Bon après tous les paramètres il transfère. S'il assure de ce que j'ai dit au problème de suspect il va immédiatement le transférer dans les centres de santé, et comme la technologie d'ailleurs existe, bien avant qu'il ne parte à Sengbedou il

appelle pour signaler. Donc comme ça vous allez essayer de le diriger petit à petit jusqu'à ce qu'on trouve le problème » (Entretien avec Siba, RECO à Palia).

La procédure présentée par Siba est théorique et il a été difficile dans le cadre de cette enquête de la questionner en pratique, puisqu'il n'y a pas eu de notification d'un évènement ou d'un malade suspect. Néanmoins, Siba a fait état de ses connaissances vis-à-vis des maladies sous surveillance, dont il a présenté les symptômes principaux⁷⁴. Celles-ci ont pu être comparées aux définitions dites « communautaires » affichées à la DPS de Macenta à propos des maladies sous surveillance (figure 26). Cette affiche était également sur un mur du centre de santé de Sengbedou. Selon Zézé, une première version de ces définitions communautaires avait été proposée en 2016, puis révisée en 2018 pour aboutir à la version actuelle. On y voit aisément que le nombre de maladies et évènements qui devraient être sous surveillance est supérieur à ce qui est présenté par Siba. Ces définitions communautaires sont très proches de celles proposées par l'OMS (OMS, 2014b).

Figure 26 : Définitions communautaires des maladies et évènements sous surveillance révisées en 2018, DPS de Macenta, 25 mars 2020, © Barranca

 Organisation mondiale de la Santé 	
DEFINITIONS DE CAS DES MALADIES, AFFECTIONS ET EVENEMENTS SOUS SURVEILLANCE DESTINEES AUX AGENTS COMMUNAUTAIRES - 2018	
PARALYSIE FLASQUE AIGUE :	Tout enfant de moins de 15 ans qui rampait ou marchait et brusquement ne rampe plus ou ne marche plus.
CHOLERA :	Tout individu âgé de 5 ans ou plus ayant des selles liquides abondantes.
ROUGEOLE :	Toute personne, notamment des enfants, manifestant la fièvre et une éruption cutanée.
MÉNINGITE :	Tout individu souffrant de la fièvre et de raideur du cou (chez l'adulte) ou bombement de la fontanelle (chez le nourrisson).
TÉTANOS NÉONATAL :	Tout nouveau-né normal à la naissance qui, 2 jours plus tard, est incapable de téter ou de s'alimenter au sein.
FIÈVRES HÉMORRAGIQUES VIRALES :	Tout individu souffrant d'une maladie inexpliquée et atteint de fièvre et de saignements ou qui est décédé à la suite d'une maladie grave inexpliquée accompagnée de ces symptômes.
DIARRHÉE SANGUINOLENTE :	Tout individu souffrant de diarrhée et dont les selles contiennent des traces visibles de sang.
FIÈVRE JAUNE :	Tout individu souffrant de la fièvre et du jaunissement des yeux ou de la peau (plantes des pieds, ongles, paumes des mains).
BRUCELLOSE :	Toute personne présentant un corps chaud, et au moins un des sept symptômes suivants : sueurs, (abondantes, malodorantes, surtout nocturnes), frissons, douleurs dans les articulations, fatigue, maux de tête, manque d'appétit, découragement.
RAGE :	Angoisse, maux de tête, fièvre, malaises et sensations anormales très souvent suite d'une morsure par un animal. L'agitation et la peur de l'eau sont des symptômes fréquents.
SYNDROME GRIPPAL :	Fièvre accompagnée de toux ou de maux de gorge ou d'un rhume.
DÉCÈS MATERNEL :	Tout décès de femme en âge de reproduction (15 – 49 ans).
ANTHRAX HUMAIN :	Toute personne présentant le corps chaud avec les signes suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Tache noire avec enflure, Nausée, vomissement, Respiration difficile.

⁷⁴ Je précise ici que mon rôle n'était pas de faire une évaluation du RECO et de sa capacité à diagnostiquer un cas suspect de MPE, ce qui semble d'ailleurs très difficile, n'étant moi-même pas professionnelle de santé et formée à cette reconnaissance. Mais inévitablement ma présence et mes questions ont semblé pousser Siba à présenter ses connaissances, et par là ses capacités en la matière.

Siba a exposé plusieurs définitions de MPE, qui sont comparées aux définitions officielles de la DPS dans le tableau 5. En analysant ces comparaisons, on peut voir que les connaissances de Siba semblent exhaustives pour certaines maladies, et nécessitent des actualisations ou compléments pour d'autres.

Tableau 5 : Comparaison des définitions de cas proposées par Siba aux définitions de cas officielles de la DPS pour certaines MPE

Pathologie	Définition de la DPS	Définition de Siba (symptômes)	Remarque
Rougeole	« Toute personne, notamment des enfants, manifestant la fièvre et une éruption cutanée »	« Plaies cutanées, avec le corps chaud, avec la plaie au niveau de l'anus et de la bouche, et avec des vomissements »	Ajout de symptômes
Fièvre jaune	« Tout individu souffrant de la fièvre et du jaunissement des yeux ou de la peau (plantas de pieds, ongles, paumes des mains) »	« Des constipations, les paumes jaunes, et des vomissements en jets, c'est-à-dire quand il vomit la direction du vomissement va loin »,	Ajout de symptômes
Méningite	« Tout individu souffrant de la fièvre et de raideur du cou (chez l'adulte) ou bombardement de la fontanelle (chez le nourrisson)	« Raideurs à la nuque, les maux de tête avec la fièvre »	Omission de symptômes
Choléra	« Tout individu âgé de cinq ans ou plus ayant des selles liquides abondantes »	« C'est une évacuation très rapide des selles liquides, avec des déshydratations, qui peut toucher les enfants et les adultes ».	Définitions concordantes
Poliomyélite (PFA)	« Tout enfant de moins de 15 ans qui rampait ou marchait et brusquement ne rampe plus ou ne marche plus »,	« Bon la polio, la nuit le corps de l'enfant peut chauffer, mais le matin il se lève et il est en train de blaguer avec ses amis. Mais une fois, deux fois, la troisième fois, la nuit quand le corps est chaud, le matin tu le soulèves pour le mettre sur les deux pieds, là non ça sera pas possible. Il va descendre comme ça, il sera totalement paralysé »	Définitions concordantes

Globalement, l'état des connaissances de Siba à propos de ces maladies semble donc corroborer les définitions communautaires de la DPS, bien qu'il présente quelques écarts plus ou moins importants vis-à-vis de celles-ci. Il ajoute parfois des symptômes à la définition des cas de certaines pathologies, alors qu'il en omet pour d'autres. Pour deux maladies, les définitions de cas proposées par le RECO concordent avec celles de la DPS.

Siba a par ailleurs souligné la difficulté à poser un diagnostic clinique sans confirmation en laboratoire : « Sinon tu peux pas dire à quelqu'un comme ça "Tu as ça, tu as ça", c'est pas bon. Non seulement, si tu le dis alors que pratiquement toi tu n'es pas du laboratoire et si ce n'est pas le cas maintenant les gens vont te prendre comme un menteur. Donc il faut aller étape par étape avec la sensibilisation à l'appui ».

Après avoir évoqué les capacités individuelles du RECO à reconnaître un cas de MPE, point qui semble par ailleurs délicat à évaluer, examinons les éléments de contexte qui peuvent entraver la réalisation de la SBC. Il semble de prime abord y avoir un manque de formation puisque Siba pense devoir surveiller la survenue de seulement six pathologies, ce qui ne concorde pas avec les responsabilités officielles des RECO en termes de SBC, et il n'a jamais reçu d'actualisation de sa formation à ce sujet. D'autres auteurs ont par ailleurs recommandé de renforcer la formation des acteurs communautaires de la préfecture de Guéckédou à la reconnaissance des maladies sous surveillance, dans le cadre « Une seule santé » (Guenin et al., 2022).

A propos des mesures de PCI qui sont recommandées dans le cadre de la préparation aux épidémies (dans le but de prévenir la propagation en milieux de soins), Siba a souligné que la dotation du poste de santé en gants et autres intrants avait été interrompue à la fin de l'épidémie d'Ebola et que l'approvisionnement était irrégulier depuis. Ainsi, lors des observations réalisées au village et au poste de santé de Sangolomai, le respect des règles de PCI semblait compromis, puisqu'aucun des agents rencontrés ne portait d'équipements de protection face aux patients. Comme nous allons le voir maintenant, Siba a relaté une expérience de notification qui n'a pu être réalisée. Dans cet exemple, il souligne qu'il a tout de même utilisé des gants, ce qui est un signe qu'il n'utilise peut-être des moyens de protection que lorsqu'il considère qu'une situation est risquée.

c) Un exemple de notification qui n'a pas aboutie

Afin de détailler davantage les éventuels freins pouvant contrevenir à l'exercice de la SBC, il est utile de relater ici la seule expérience de notification qu'a connue Siba entre sa formation de RECO en juillet 2018 et notre rencontre en mars 2020. Celle-ci ne concerne pas un cas suspect de MPE parmi les habitants, car il dit n'en avoir jamais détecté, mais un événement suspect en santé animale survenu en 2019, qu'il relate en détail :

« - Siba : Je suis en train de faire la surveillance. Même l'année passée, je t'ai parlé de ça, j'ai vu deux chiens morts dans deux jours. Donc c'est pourquoi la deuxième journée j'ai voulu que le chien, le cas-là soit investigué. Mais pour l'investigation il faudrait qu'on fasse venir un agent vétérinaire [...] J'ai passé toute la journée arrêté [debout] à côté de ce chien mort. Parce que là-bas y a pas de réseau, par affinités j'ai délégué quelqu'un pour aller prendre mon téléphone. J'ai pris le chien mort, je l'ai envoyé jusqu'à la maison, et c'est à côté de la maison seulement que le réseau vient et il s'en va. C'est de là-bas que j'ai appelé le chef du centre [de santé de Sengbedou].

- Eva : Donc tu l'avais touché quand même le chien ?

- Siba : Oui, avec un gant [...] J'ai appelé le chef du centre, il me dit "Si tu as les moyens, on carbure la moto pour l'éleveur, il va venir investiguer" » (Entretien avec Siba, RECO à Palia).

Le guide de formation des RECO et ASC mentionne que les agents communautaires doivent notifier tous décès groupés d'animaux, définis comme les « *décès d'au moins deux animaux sauvages ou domestiques dans un espace bien donné* » (Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2019 : 6). Dans cet exemple, Siba a donc bien suivi la définition et a tenté de notifier un événement justifié. Mais cette notification n'a pas abouti en raison de facteurs extérieurs au RECO : notamment d'un manque visible de coordination entre les acteurs de la santé humaine (les agents du centre de santé de Sengbedou) et de la santé animale (le vétérinaire de la zone), et d'un apparent manque de soutien financier pour le déplacement de l'agent en question, qui n'est « *pas en charge avec le projet UNICEF* », d'après les propos de Siba. Le RECO ne pouvait supporter les frais de déplacement du vétérinaire, comme cela lui a été suggéré par le chef de centre. Il a ajouté qu'il avait d'abord tenté de joindre l'ASC, son premier supérieur hiérarchique, mais que celui-ci n'avait pas pris son appel (ce qui est d'ailleurs fréquent puisqu'il réside lui aussi dans un village où le réseau téléphonique est capricieux). Siba n'a jamais rencontré l'agent de l'élevage et il n'a pas son numéro, c'est pourquoi il n'a pas pu le contacter.

Le vétérinaire n'étant pas venu, Siba n'a pu empêcher qu'un homme du village consomme finalement le chien, malgré ses tentatives de sensibilisation :

« Je lui ai dit : "Si le chien a eu des virus par exemple tu vas contaminer le monde", mais le jeune me dit que les chiens ont été empoisonnés dans le village c'est la raison pour laquelle ils sont en train de mourir

[...] Donc moi j'ai dit : "D'accord, mais attends-moi, je vais appeler le vétérinaire pour venir investiguer avant que tu ne prennes le chien". Mais malgré tout ça le vétérinaire n'est pas venu. Et après il l'a pris, il n'a même pas mangé au village, il est parti derrière, préparer ça en brousse pour manger. Parce que moi il avait peur de moi, il est impoli mais il avait peur de moi. J'ai dit "Dès que tu touches on va se boxer tout de suite, tout de suite, je n'ai pas peur de toi". Quand il se promène un peu, il vient voir, il me voit à côté du chien, il fuit. Lui aussi il a passé toute la journée là-bas, en train de faire l'enquête [rires] » (Entretien avec Siba, RECO à Palia).

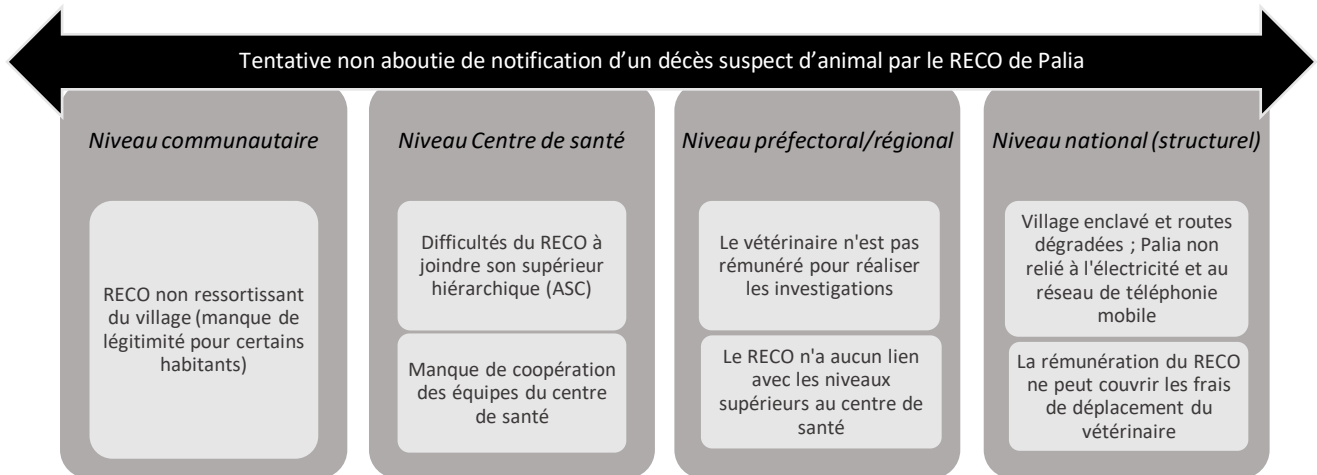
Siba a ensuite surveillé l'état de santé de l'homme en question, et a conclu que « après les 21 jours il n'avait pas de problème ». Il a par contre déclaré des symptômes curieux quelques mois après cette expérience, des « crampes au niveau de l'hypocondre », accompagnées de « douleurs gastralgiques » et d'un « problème d'hémiplégie » que Siba n'attribue pas à une pathologie particulière mais au fait qu'il ait consommé le cadavre de l'animal.

L'échec de la notification de cet événement par Siba, et de ses sensibilisations vis-à-vis de l'homme qui a finalement mangé le cadavre de l'animal, tient également à la position particulière qu'il occupe à Palia. L'homme ne l'a pas pris au sérieux, et a finalement mangé le chien (une source de protéine sans doute non négligeable dans un contexte de précarité important). Bien qu'il réside dans le village depuis longtemps, Siba entretient des relations ambiguës et plutôt difficiles avec certains villageois, et en particulier les autres hommes. Son statut officieux de docteur du village lui vaut d'être accepté par ses derniers, qui le consultent aisément en cas de problèmes. Mais Siba n'est pas complètement intégré parmi les habitants, et s'il entretient des relations amicales avec certains hommes, il se sent parfois consciemment mis à l'écart. Il n'est par exemple pas invité lors des réunions que tiennent les hommes du village la nuit, qu'il imagine pourtant très importantes, et très mystiques.

Siba a le sentiment que sa position au village n'est acceptée que s'il ne gagne pas beaucoup d'argent. Avant d'être RECO, il possédait une plantation de bananes, mais celle-ci a été ravagée par un feu de brousse. Il pense que cet incendie était volontaire, et qu'il était dû au fait que cette culture lui assurait quelques revenus qui auraient suscité des jalousies. Il souligne que les querelles d'argent sont fréquentes entre les habitants, la population étant particulièrement pauvre. Il cache ainsi aux habitants qu'il reçoit un salaire pour sa fonction de RECO, et il tient à ce que le secret soit maintenu car il pense qu'il aurait des problèmes si les villageois venaient à l'apprendre. Dans un microcosme social tel que Palia, marqué par une très profonde précarité, le fait qu'un étranger perçoive un salaire, aussi maigre soit-il, bouleverse l'ordre social en place. Cette ambiguïté dans les relations qu'il entretient avec les villageois s'est d'ailleurs illustrée dans la manière dont il a été nommé comme RECO par les habitants, car ces derniers avaient au préalable désigné un jeune ressortissant du village. C'est ce dernier qui a plutôt encouragé ses concitoyens à nommer Siba, celui-ci ayant des connaissances dans le milieu médical contrairement à lui. Sans ça, Siba pense qu'il ne serait pas resté à Palia, car ce contexte ne le met pas particulièrement à l'aise, et car il dit s'ennuyer souvent au village où il se sent très « enclavé ». Cette position particulière a été citée parmi les motifs qui ont encouragé Siba à quitter le village et délaissé ses fonctions de RECO en juillet 2020, alors qu'il ne recevait plus sa prime.

Nous voyons à travers l'expérience relatée par le RECO de Palia qu'il a rencontré plusieurs difficultés qui ont finalement conduit à la non-notification des décès successifs de ces deux animaux, et à la consommation d'un cadavre par un habitant du village. En guise de conclusion de cette section, la figure présentée ci-dessous (figure 27) schématise les différents niveaux auxquels sont intervenues ces difficultés :

Figure 27 : Les difficultés rencontrées par le RECO de Palia lors d'une tentative de notification et leurs niveaux d'intervention



Notons qu'il ne semble pas, ou plus, y avoir d'agents communautaires de santé animale à Sengbedou, qui pour rappel sont des acteurs locaux qui avaient été déployée sur tout le territoire après la première épidémie d'Ebola dans le cadre du renforcement de la surveillance « Une seule santé » (Garrigues, 2019). Dans deux sous-préfectures de Guéckédou, les capacités de détection et d'alerte de ces agents communautaires de santé animale ont été jugées limitées, principalement car les populations ne les informent pas toujours en cas d'évènements suspects, et car ils manquent de moyens matériels (il n'y a notamment pas de prise en charge de leurs frais de déplacement) alors que ces agents sont souvent volontaires et précaires (Guenin et al., 2022).

Les observations développées à propos de l'expérience du RECO de Palia, rejoignent les résultats d'une revue de la littérature publiée en 2022 à propos des facteurs pouvant entraver la réalisation de la SBC de maladies infectieuses. Celle-ci indique que la confiance de la population envers l'agent communautaire, la motivation de ce dernier, et son inclusion dans le système de santé constituent les principales difficultés à l'exercice de la SBC (McGowan et al., 2022)

6.2 La SBC dans la riposte aux épidémies de Covid-19 et d'Ebola-2021

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, l'emploi de la SBC comme outil de détection précoce des cas de MPE semble plutôt compromis depuis la fin des projets soutenus par les organisations internationales. Nous allons maintenant nous intéresser à la réalisation de la SBC en contexte épidémique, à travers les exemples de la riposte nationale à l'épidémie de Covid-19 et à la deuxième épidémie d'Ebola survenue en 2021. Pour ce faire, nous apporterons des éléments de contextualisation à propos du niveau de préparation de la Guinée à ces deux épidémies, avant de décrire l'emploi de cette stratégie dans la lutte contre celles-ci.

6.2.1 Une préparation modérée à l'épidémie de Covid-19

Depuis la première épidémie d'Ebola, les autorités sanitaires et leurs partenaires ont mis en place différentes stratégies afin d'améliorer le niveau de préparation de la Guinée à la survenue de nouvelles épidémies. Ces interventions s'inscrivent à la fois dans l'institutionnalisation de la santé

communautaire (détaillée dans les chapitres 4 et 5), et de la mise en place d'un système de surveillance des maladies opérationnel (abordée dans le quatrième chapitre). Ces efforts de préparation ont pu être questionnés à la survenue de la pandémie de Covid-19, dont les premiers cas ont été recensés sur le sol guinéen en mars 2020. Nous allons maintenant voir que le niveau de préparation des autorités sanitaires s'est révélé modéré, avec des progrès conséquents dans certains domaines, et des lacunes dans d'autres.

a) Des institutions qui anticipent

Comme nous l'avons déjà souligné, Les institutions sanitaires ont mis en place des stratégies d'anticipation à de nouvelles épidémies, depuis la première épidémie d'Ebola. Avant même que le Covid-19 soit déclaré en Chine, le Ministère de la santé, à travers l'ANSS et l'INSP avait d'ailleurs élaboré un plan national de préparation et de réponse à une pandémie de grippe (INSP, 2019). Au début de la pandémie de Covid-19, elles ont également mis en place des actions de préparation, avant que les premiers cas ne soient déclarés en Guinée, et conformément aux recommandations de l'OMS (WHO, 2020).

Alors qu'en février 2020 l'ANSS jugeait peu probable l'importation de cas de Covid-19, elle avait toutefois renforcé la surveillance sanitaire aux points d'entrée maritimes et aériens du pays (Sagnane, 2020). Ainsi, deux cas avaient été suspectés avant la déclaration officielle de l'épidémie. Il s'agissait d'un ressortissant bangladais intercepté à l'aéroport (Guinéematin, 2020), et un d'ouvrier indonésien décédé à l'hôpital de Kamsar (Médiaguinée, 2020). Comme le soulignent Frédéric Le Marcis et Bienvenu Salim Camara, ces deux hommes ont été suspectés en raison de leurs origines, à un moment où les populations asiatiques, y compris non chinoises, étaient victimes d'une certaine stigmatisation (Le Marcis & Camara, 2020b).

b) Des discours oscillant entre alarmisme et confiance

Dès la déclaration des premiers cas de Covid-19 en Guinée, il y a eu une certaine ambivalence dans les discours sur les capacités nationales de riposte, certains étant plutôt optimistes et d'autres davantage inquiets.

J'assistais au CTPS de Macenta lorsque le premier cas a été identifié et déclaré, le 13 mars 2020. Dans la matinée, un cadre de la DPS avait demandé aux chefs des structures sanitaires de la préfecture de « réactiver les dispositifs d'Ebola » alors que le monde était en « alerte maximum » vis-à-vis du Covid-19. Il avait toutefois souligné qu'il ne serait pas possible d'éviter un rassemblement important le lendemain puisque le Président, Alpha Condé, devait se rendre dans la ville pour un meeting précédent les élections du 22 mars 2020 (législatives couplées au référendum constitutionnel). L'évènement a finalement été annulé en raison de l'actualité épidémique, ce même cadre nous ayant annoncé la confirmation du premier cas officiel de Covid-19 en début d'après-midi.

Cette déclaration a suscité de vives réactions parmi l'auditoire du CTPS, tout le monde étant surpris par la nouvelle, d'autant que selon les premières informations partagées le cas positif était décédé - une erreur corrigée une heure plus tard par l'animateur de la réunion. Le déroulement du CTPS a été interrompu, et il était nécessaire que les esprits se calment avant de pouvoir reprendre. La plupart des personnes présentes, tous des acteurs clés du système de santé de la préfecture, étaient particulièrement inquiets et peu confiants, alors que d'autres assuraient que le pays était suffisamment préparé à la riposte en raison des efforts fournis depuis la première épidémie d'Ebola.

Les points d'inquiétude concernaient le fait que l'épidémie pouvait être aggravée par les faiblesses du système de santé, et la dépendance aux financements extérieurs alors que les pays habituellement partenaires étaient eux-mêmes touchés. Les modes de vie des populations étaient également considérés comme rendant globalement plus difficile la limitation des contacts sociaux, la vie en collectivité ayant une place importante en Guinée. Ces prévisions alarmistes étaient sans doute influencées par le fait que certains pays européens avaient alors commencé à engager des mesures exceptionnelles, notamment des confinements nationaux.

Dans les discours officiels, les autorités se sont souvent montrées très sûres de leurs capacités de réponse. Début février, le président guinéen avait même proposé son aide au gouvernement chinois en raison de l'expérience guinéenne dans la lutte contre Ebola (Médiaguinée, 2020a). Dans un livre paru en 2021, le Directeur général alors à la tête de l'ANSS concède que les institutions politiques et sanitaires étaient trop sûres d'elle vis-à-vis de cette riposte (S. Keïta, 2021). Pourtant, dès l'apparition du virus en Afrique, l'OMS craignait que la vague épidémique y soit terrible et préconisait une certaine prudence (E. Bonnet et al., 2021). L'ambivalence dans les discours sur les capacités nationales de riposte s'est illustrée jusqu'à la fin du premier séjour de terrain, comme le montrent les extraits de journaux de terrain présentés dans l'encadré 2.

Encadré 2 : Extraits choisis du journal de terrain pour illustrer l'ambivalence des discours au début de l'épidémie de Covid-19 (mars-avril 2020)

Du 14 au 20 mars 2020 (Palia) : Un accès difficile à l'actualité sanitaire

A Palia, l'accès aux médias n'est pas aisé du fait de l'enclavement du village. Ce sont surtout les étrangers ou les villageois qui se sont déplacés qui rapportent les actualités. Elles sont parfois quelque peu déformées ce qui leur vaut d'être qualifiées de « rumeurs » par Siba. Aujourd'hui, deux hommes qui rentraient de Sérédou nous ont dit qu'il y avait désormais 28 cas de Covid-19 sur tout le territoire, mais nous n'avons pas pu vérifier l'information étant donné qu'il n'y a ni réseau téléphonique ni accès à internet (20 mars 2020). A cette date, il y avait en réalité deux cas confirmés par les autorités sanitaires.

Du 21 au 26 mars 2020 (Macenta) : Une certaine inquiétude vis-à-vis du virus, des étrangers, et des capacités de riposte

Après le séjour d'une semaine à Palia le retour à Macenta est assez difficile, et l'actualité est mouvementée. En une semaine la France s'est confinée, l'aéroport de Conakry ferme ce soir. J'aperçois à la télé (sur la chaîne Espace TV) un spot sur la prévention du Covid-19. Il recommande le lavage des mains et la distanciation sociale. Il recommande également de ne pas manger d'animaux de brousse où toute viande pas assez cuite (21 mars 2020).

Au centre de santé de Bowa, j'explique à l'assemblée (composée d'agents du centre et de plusieurs AC) que je suis en Guinée depuis plusieurs mois et que je n'ai donc rien à voir avec le Coronavirus. Ils rient. Le superviseur PEV me dit qu'il avait fait un « pas de côté » pour ne pas s'asseoir trop près de moi au début, ce que j'avais effectivement remarqué (25 mars 2020).

« Pendant Ebola, la France était de notre côté, les Etats-Unis, et la Chine aussi avaient fait des appuis, presque tous les pays occidentaux ont fait des appuis pour nous aider. Et maintenant voici que c'est eux qui sont attaqués et ils ont de sérieux problèmes. Est-ce qu'ils vont laisser leurs populations pour faire face à l'Afrique ? Ça devient un problème » (Entretien avec Zézé, agent de la DPS de Macenta). Plusieurs personnes ont par la suite eu les mêmes propos que Zézé à Macenta et Conakry.

Du 27 mars au 13 avril 2020 (Conakry) : Des citoyens plus ou moins rassurés, qui mettent en place des mesures de prévention

Un ami me dit qu'il est allé à la banque aujourd'hui. Apparemment beaucoup de gens vont retirer tout leur argent des banques ces derniers jours, car ils craignent la banqueroute à cause du Covid, et un collègue a également prévu de le faire (30 mars 2020).

Ce matin je discute avec les taxis-motos de mon quartier. Un de leurs amis me demande si je reviens de France car il ne m'a pas vue depuis longtemps. Je lui réponds que j'étais à Macenta et il rigole en me disant qu'il est soulagé. Plusieurs motards sont inquiets à cause de la maladie, et certains disent qu'ils trient désormais leurs clients. Deux d'entre eux privilégient par exemple leurs clients habituels. Un seul des cinq qui sont présents porte un masque, mais sous le menton, et il a tendance à le baisser pour parler (2 avril 2020).

L'après-midi j'ai vu un ami taxi-moto. Il a accroché une petite bouteille d'eau javellisée à l'arrière de sa moto pour que les clients se lavent les mains avant de monter. Selon lui, la maladie est celle « des boss » et « des Blancs », mais ça ne l'empêche pas de prendre des précautions. Je suis rentrée chez moi dans un trois roues, lui aussi avait accroché une bouteille d'eau javellisée à son véhicule. Il m'a expliqué qu'il galérait beaucoup plus depuis qu'ils n'ont le droit qu'à deux passagers (au lieu de cinq, voire six). J'ai payé 10 000 GNF jusqu'à chez moi, alors que c'était 4 000 GNF auparavant. Sur la route je remarque que beaucoup de trois roues ont des bouteilles d'eau chlorée suspendues à leurs portières (3 avril 2020).

Hier, j'ai appelé Wido et Ibrahima, des amis guéris d'Ebola, pour prendre de leurs nouvelles. Wido me dit qu'elle est chez elle depuis le 19 mars, et qu'elle ne sort plus car elle a trop peur du Covid. Ibrahima est aussi cloîtré chez lui et il s'est entendu avec le chef de son service pour ne pas venir travailler pendant quelques temps (il est infirmier titulaire dans un hôpital de la ville) (10 avril 2020).

c) Des mesures de prévention spontanées à Conakry

Rapidement après la déclaration des premiers cas de Covid-19 sur le territoire, il y a eu un déploiement de mesures citoyennes spontanées, telle que l'installation de kits de lavages de mains devant les commerces (Le Marcis & Camara, 2020b). A la fin du mois de mars 2020, il était effectivement possible de voir certaines de ces stratégies à Conakry. Il devenait courant de voir des masques de fabrication artisanale pendus à l'entrée des ateliers de couture (figure 28), ou encore des bouteilles de solution chlorée pendues aux motos et autres véhicules à trois roues (figure 28 - encadré 2). Ces observations permettent de souligner que les populations ont une certaine expérience dans la lutte contre les épidémies, qui, dans ce contexte, étaient en grande partie liées à leurs souvenirs de la lutte contre Ebola (Gomez-Temesio & Le Marcis, 2021).

Figure 28 : Bouteille de solution javellisée pendue à la « portière » d'un tricycle (gauche) et lot de masques artisanaux (droite), 3 et 8 avril 2020, Conakry, © Barranca



d) Une succession de mesures diversement appréciées

Après la déclaration de l'épidémie, et surtout la tenue des élections le 22 mars 2020, le gouvernement a rapidement adopté une série de mesures visant à contenir l'épidémie, à savoir :

- ❖ La fermeture de l'aéroport le 23 mars, alors que deux nouveaux cas étaient confirmés (GuinéeNews, 2020) ;
- ❖ La déclaration de l'état d'urgence sanitaire le 25 mars, accompagné d'une importante liste de restrictions : parmi lesquelles figuraient la fermeture des lieux de culte et autres établissements recevant du public, ou encore l'interdiction des missions non essentielles à l'intérieur du pays (GuinéeMatin, 2020b) ;
- ❖ L'instauration d'un couvre-feu national, et de l'isolement de la capitale le 30 mars, Conakry étant alors la seule commune officiellement touchée (GuinéeMatin, 2020) ;
- ❖ La création du Conseil scientifique composé d'experts de diverses disciplines, le 10 avril (Médiaguinée, 2020b) ;
- ❖ Le port du masque a été rendu obligatoire mi-avril, et sa non-utilisation soumise à une amende (GuinéeNews, 2020f).

Cet ensemble de mesures (également détaillées dans l'annexe 5) a été jugé plus spectaculaire que celles mises en place pendant la première épidémie d'Ebola, lors de laquelle les lieux de culte n'avaient notamment pas été fermés (A. A. Touré et al., 2021). Elles ont suscité certaines revendications et contestations. Le manque de compensations a par exemple entraîné des critiques de la part des chauffeurs de taxi de la capitale, contraints de ne pas prendre autant de passagers que d'habitude (GuinéeMatin, 2020d) - et la colère des passagers face à une offre de véhicules déjà sous tension qui s'est vue réduite et plus chère, que la diminution très limitée du prix du carburant n'a pas su atténuer (GuinéeMatin, 2020e). Les quelques mesures d'accompagnement annoncées par le gouvernement ont été accueillies parfois avec dérision, ou indifférence, tant elles paraissaient minimes ou inappropriées⁷⁵ (GuinéeMatin, 2020g).

Certains abus de pouvoir de la part des forces de l'ordre ont également suscité des formes d'indignation et de contestations (Attas et al., 2022 ; GuinéeMatin, 2020f), et ont notamment entraîné la mort de six personnes lors d'affrontements à Coyah en mai 2020 (GuinéeNews, 2020c). Ces contestations étaient liées au fait que d'une manière générale, les mesures mises en place par les autorités ont eu un impact important sur l'économie déjà précaire d'un grand nombre d'habitants (Partnership for Evidence-Based Response to COVID-19, 2020). Une grande partie des citoyens a ainsi pu juger ces mesures inadaptées, et dédiées qui plus est à une maladie qu'ils ne considéraient pas comme prioritaires, du fait des faibles taux d'incidence et de létalité (Gomez-Temesio & Le Marcis, 2021). Ces constats ont également été relevés dans d'autres pays africains, les mesures mises en place par des gouvernements souvent sûrs d'eux ayant été prises sans concertation (Olivier de Sardan et al., 2020).

La critique populaire des mesures était liée en partie à la minimisation progressive des risques encourus (Attas et al., 2022), les estimations alarmistes du départ ayant été rapidement relativisées par des données épidémiologiques révélant des taux d'incidence et de létalité relativement bas en

⁷⁵ Le « Plan de riposte économique à la crise sanitaire Covid-19 », éditée par la Primature en avril 2020, indiquait par exemple que les transports publics (bus et trains) seraient gratuits (Primature République de Guinée, 2020), alors que ceux-ci sont quasiment inexistantes.

Guinée, comme dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne (Assob-Nguedia et al., 2020 ; The Lancet, 2020). Si les populations ont souvent été indexées, le non-respect des gestes barrières a également été décrit parmi les élites (GuinéeNews, 2020b). Ces dernières étaient d'ailleurs les premières touchées en Guinée (Millimouno et al., 2021), comme dans d'autres pays africains (Médiaguinée, 2020d), ce qui a également contribué au fait que certains citoyens ne se sentaient pas concernés par la maladie, comme un de mes amis qui qualifiait le Covid-19 de maladie des « boss » début avril (encadré 2).

Le contexte sociopolitique habituellement complexe, et particulièrement délétère à l'aube du Covid-19, a également favorisé la survenue de ces contestations, l'épidémie ayant débuté dans une ambiance très tendue (Attas et al., 2022). Comme cela a déjà été mentionné, de nombreuses manifestations avaient eu lieu durant les mois qui ont précédé mars 2020, chacune d'elles entraînant nombre de blessés et décès. Les mesures prises par le gouvernement ont ainsi été interprétées comme des outils desservant son entreprise politique, et un journaliste du *Monde* soulignait notamment qu'elles avaient « fait les affaires d'Alpha Condé » (Châtelot, 2020). Le gouvernement a par exemple décidé de maintenir le scrutin du 22 mars, alors même que la délégation de la CEDEAO avait décidé d'annuler sa mission de supervision des élections (en raison du risque épidémique), et en dépit des demandes de l'opposition (Châtelot, 2020). Le référendum a finalement permis à Alpha Condé de promulguer une nouvelle constitution en avril, et de se présenter pour un troisième mandat lors d'une élection qu'il a remportée en novembre 2020.

e) Des moyens inégalement déployés

A la fin du mois de mars 2020 à Macenta, Zézé assurait que certaines dispositions avaient été prises au niveau préfectoral et que le CT-EPI était notamment « disposé » à réagir. Mais les capacités du CT-EPI semblaient toutefois limitées, puisque le diagnostic des cas de Covid-19 n'était pas possible en l'absence de tests. Les deux premiers cas positifs recensés de la préfecture en juin 2020 (un médecin de l'hôpital préfectoral et son épouse) ont ainsi dû se rendre à Conakry pour être diagnostiqués, puis pris en charge, de leurs propres frais (Médiaguinée, 2020e).

Plus globalement, les mesures et moyens de la riposte étaient surtout concentrés à Conakry (Le Marcis et al., 2021). Ainsi, en l'absence de soutien logistique, financier et humain, les autorités sanitaires de Macenta ont eu une capacité d'action limitée, et Zézé n'a pas vraiment eu l'opportunité de faire valoir ses nouvelles compétences alors qu'il venait de terminer une session de formation en épidémiologie de terrain. Selon lui, la clé pour limiter les éventuels dégâts liés au virus était d'accentuer la prévention et de sensibiliser les populations à appliquer les mesures barrières qu'il jugeait efficaces et peu coûteuses (tels que l'achat de savon et de kits de lavage des mains à disposer à l'entrée des habitations et commerces). Néanmoins, contrairement à ce qui a été évoqué pour Conakry, jusqu'au 26 mars 2020, aucun dispositif d'hygiène particulier n'a été observé à l'entrée des boutiques, des débits de boissons ou d'autres lieux de vie de la ville de Macenta.

La riposte à l'épidémie de Covid-19 a été menée par les différents organes du Ministère de la santé, sous la direction de l'ANSS, qui ont bénéficié du soutien de divers partenaires, dont par exemple l'ONG ALIMA pour la prise en charge des cas confirmés. Assez vite, cinq laboratoires ont pu réaliser les tests de diagnostic à Conakry et Kindia (Gholizadeh et al., 2021). Le CT-EPI de Nongo (Conakry) a rapidement été mis à la disposition de la riposte, le premier cas confirmé y a été diagnostiqué et pris en charge. Par la suite, les moyens de prise en charge ont surtout été déployés à Conakry, mais les capacités des structures spécialisées ont rapidement été atteintes, puisque le 28 mars 2020 la Guinée ne disposait que de 15 lits au CT-EPI de Nongo (Conakry), avant l'ouverture d'un service spécialisé à l'hôpital

national de Donka (Guinéematin, 2020c). Les conditions de prise en charge ont d'ailleurs rapidement suscité l'indignation des patients (Curtis, 2022), et du public parfois amusé de voir les élites maltraitées (GuinéeNews, 2020d).

f) *La gestion du risque infectieux*

Le respect des mesures de PCI est un pilier de la préparation et de la riposte aux épidémies, et dans le cadre de la lutte contre le Covid-19, le CDC africain a recommandé l'installation *a minima* de dispositifs de lavage des mains à l'entrée des structures sanitaires (Africa CDC, 2020b). Mais sur ce point, les capacités des structures sanitaires étaient aussi inégales, et les mesures n'étaient pas toujours suivies. Lors d'une visite au centre de santé de Bowa (Macenta-centre) le 25 mars 2020, les visiteurs n'étaient par exemple pas soumis à une prise de température, mais ils utilisaient par contre le dispositif de lavage des mains installé depuis peu à l'entrée de la structure. Cette observation rejoint une analyse qui a concerné un plus grand nombre de structures sanitaires dans plusieurs préfectures, et qui a montré que bien que plusieurs agents et structures de santé aient rapidement mis en place des mesures de protection (Le Marcis & Camara, 2020b), celles-ci étaient parfois « *négociées* », tel que le port du masque en milieu de soins (Le Marcis et al., 2021). Dans un CSA en Guinée maritime des soignants continuaient à ne plus se serrer les mains, tout en partageant des plats communs, opérant ainsi une sorte de tri entre les mesures de prévention (Attas, 2022).

A Bowa, les mesures de préparation mises en place ont surtout été l'installation de kits de lavage des mains mentionnés plus haut, et d'affiches de sensibilisation, peu lisibles et d'assez mauvaise qualité, un peu partout dans le centre. L'équipe du centre avait également décidé de réduire la durée des stages, et que les stagiaires resteraient ainsi un mois au lieu des deux mois officiels (qui s'allongent toutefois souvent sur plusieurs années). Gamey, cadre du centre, soulignait fin mars 2020 que le personnel était équipé de gants, masques et « *écrans* » faciaux, grâce à la commande régulière en intrants, mais elle déplorait ne pas avoir de gel hydroalcoolique et de bottes de protection, et craignait ainsi une possible contamination face à d'éventuels cas confirmés. A cette période, les équipes des CT-EPI de Conakry avaient ressorti les EPI déployés pendant l'épidémie d'Ebola, garantissant ainsi une protection optimale aux soignants face à un virus que l'on connaissait encore peu (Curtis, 2022).

Les recommandations du Ministère de la santé étaient assez peu explicites sur le sujet de la protection en milieu de soins, puisque le « Guide national de prise en charge des cas de maladie à Coronavirus (Covid-19) » publié en avril 2020 mentionnait : « *L'usage des précautions standards pour tous les patients : hygiène des mains, utilisation des EPI adaptés selon le risque, gestion des déchets et du linge et entretien de l'environnement et du matériel réutilisable* » (Ministère de la santé & ANSS, 2020 : 26). Le 6 avril 2020, l'OMS publiait une feuille de route relative à « *l'utilisation rationnelle des EPI* », alors que l'on faisait face à une « *pénurie mondiale* » (OMS, 2020 : 1-2) mentionnant que : « *La protection de nos agents de santé en première ligne est une priorité et les EPI (composés de masques médicaux, de masques de protection respiratoire, de gants, de blouses et de protections oculaires) doivent être mis en priorité à la disposition des agents de santé et des autres personnes prenant en charge des patients COVID-19* » (OMS, 2020 : 2).

Grâce aux efforts engagés depuis la réponse à l'épidémie d'Ebola, le pays a parfois pu avoir une certaine avance par rapport à ses voisins, notamment en termes de capacités de laboratoire et de prise en charge. Mais le niveau de préparation de la Guinée apparaît modéré, et comme dans la grande majorité des pays du monde, la riposte a fait face à certaines défaillances, notamment en termes de surveillance, comme nous le verrons en fin de chapitre.

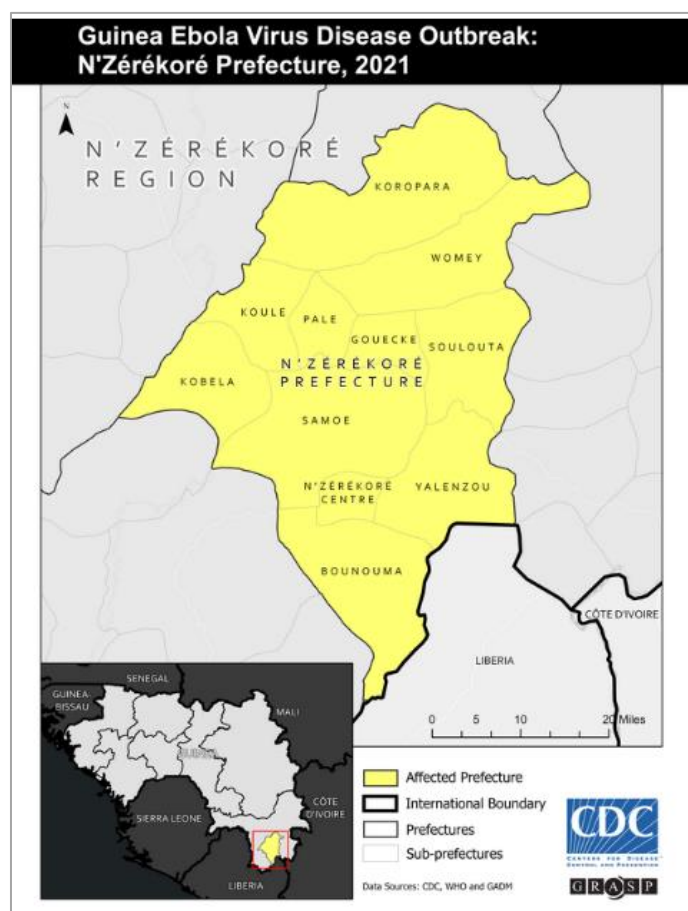
6.2.2 Un constat équivalent concernant la deuxième épidémie d'Ebola

Comme nous l'avons vu dans la section précédente, le niveau de préparation de la Guinée à la riposte à l'épidémie de Covid-19 était assez modéré, oscillant entre améliorations des capacités nationales et insuffisances. Ces observations rejoignent celles qui ont pu être faites à propos de la riposte à la deuxième épidémie d'Ebola survenue en 2021 (dont une chronologie détaillée est présentée en annexe 6). Précisons ici que le déroulement de l'épidémie sera analysé plus en détail dans les deux prochains chapitres (qui seront consacrés au suivi des cas contacts et à l'engagement communautaire dans le cadre de cette riposte). Les constats présentés ici concernent davantage le début de l'épidémie, et la mise en place du dispositif de réponse, au regard de la préparation depuis la première épidémie d'Ebola en Guinée.

a) Une notification précoce et une riposte rapide

Cette deuxième épidémie de MVE a été déclarée le 14 février 2021 dans la sous-préfecture de Gouécké, dans la région de N'Zérékoré (figure 29). Au moment de la déclaration, les informations préliminaires supposaient que le cas index était une infirmière de cette localité, décédée à la fin du mois de janvier (il s'agit toujours de l'hypothèse proposée à ce jour). La détection de l'épidémie a donc été rapide, contrairement aux premiers cas de l'épidémie survenue entre 2013 et 2016.

Figure 29 : Carte des localités concernées par l'épidémie d'Ebola de 2021, « 2021 Guinea, N'Zérékoré Prefecture » © CDC



Comme dans la lutte contre le Covid-19, les autorités sanitaires se sont montrées réactives et le Ministère de la santé, à travers l'ANSS, a rapidement publié le *Plan de réponse à la MVE* (Ministère de la santé, 2021). Ce document mettait l'accent sur les stratégies principales de la riposte, à savoir :

- « - Renforcer le système de surveillance épidémiologique de MVE en Guinée notamment dans les districts sanitaires de la région de N'Zérékoré et du grand Conakry
- Renforcer la surveillance aux points d'entrée et collaboration transfrontalière
- Renforcer la PCI dans les structures sanitaires du pays
- Sensibiliser la population des districts sanitaires à risque (les voyageurs, le personnel de santé, les tradipraticiens, les laveurs de corps) sur l'adoption des comportements, attitudes et pratiques pour empêcher la propagation de l'épidémie
- Approvisionner les structures des districts sanitaires à risque en intrants, médicaments, matériels, équipement, kits de prélèvement, kits de protection, kits hygiéniques, outils de sensibilisation et outils de gestion des cas
- Organiser la prise en charge des cas
- Assurer la vaccination géographique et en ceinture des contacts et des contacts des contacts, ainsi que du personnel de santé à risque
- Assurer la coordination des interventions » (Ministère de la santé, 2021 : 7).

Le 14 février 2021, les cas étaient alors localisés à Gouécké et dans la ville de N'Zérékoré - où le cas index supposé s'était rendu pour des soins (dans une clinique privée, à l'hôpital régional, puis chez une tradithérapeute⁷⁶). Quelques jours après son décès, son mari s'est rendu à Conakry où il a été testé et pris en charge, devenant ainsi le seul cas recensé de la capitale. Néanmoins, peu d'informations officielles circulaient alors sur le cas de Conakry, et les premières mesures de santé publique mises en place par les autorités le 16 février ont surtout concerné N'Zérékoré et Gouécké. Elles consistaient notamment à :

- ❖ L'interdiction des marchés et cérémonies religieuses dans la sous-préfecture de Gouécké et la commune urbaine de N'Zérékoré ;
- ❖ La notification obligatoire de tous les décès, et la réalisation d'Enterrement dignes et sécurisés en cas de décès de cas probables, suspects ou confirmés de MVE, dans ces deux localités ;
- ❖ La mise en place de points de contrôle sanitaire (PCS) aux entrées et sorties de Gouécké et N'Zérékoré ;
- ❖ La prohibition des regroupements de plus de cinq personnes à Gouécké.

Dix jours plus tard, le gouvernement a élargi le respect de certaines mesures à l'ensemble du territoire dans le cadre de la riposte commune aux épidémies de Covid-19 et d'Ebola. Ainsi, le 26 février 2021, l'état d'urgence a été prorogé, le couvre-feu national rallongé, les événements culturels et autres manifestations ont été interdits, et les autorités ont rappelé l'importance des mesures de protection - lavage régulier des mains, distanciation physique, port du masque (Médiaguinée, 2021e). A ces mesures, se sont couplées une série d'interventions rapidement mises en place par l'ANSS et ses partenaires : une équipe d'investigation d'urgence composée d'experts formés en épidémiologie de terrain a été déployée à Gouécké (Ministère de la santé, 2021) ; le logiciel national d'information sanitaire (DHIS2) a été paramétré pour accueillir les données relatives à l'épidémie (Ministère de la

⁷⁶ Pour de plus amples informations sur le parcours du cas index et des cas secondaires voir notamment (Le Marcis & Mari-Saez, 2021) et l'Annexe 7.

santé, 2021) ; et le suivi des cas suspects et cas contacts a débuté rapidement, comme nous le verrons dans le sixième chapitre. La vaccination en ceinture a débuté à Gouécké le 23 février 2021 en présence de plusieurs représentants des autorités politiques nationales et locales, et de cadres d'institutions sanitaires (OMS, 2021b), après un début retardé par des problèmes de logistique⁷⁷.

L'expérience de la première épidémie d'Ebola, et les efforts déployés depuis, ont très certainement permis la mise en place rapide du dispositif de la riposte. Comme pour le Covid-19, le renforcement des capacités laboratoires a facilité le diagnostic des cas suspects et confirmés (Sagnane, 2021). La région de N'Zérékoré, épice de la première épidémie et depuis considérée comme une zone à risque, a été ciblée par plusieurs stratégies dans le cadre de la préparation aux épidémies, et ceci a permis que la nouvelle épidémie soit détectée assez rapidement (Raab et al., 2021). Certaines facilités ont également été permises grâce aux mesures engagées dans la réponse au Covid-19, et les équipes ont par exemple pu communiquer facilement entre le niveau central et régional grâce à un système de visioconférence déployé précédemment sur tout le territoire (Sagnane, 2021).

b) Des projections diversifiées sur les capacités de riposte

Comme cela a été souligné à propos de la riposte à l'épidémie de Covid-19, il y a eu dès le début de ce deuxième épisode d'Ebola des projections se voulant optimistes vis-à-vis des capacités nationales de riposte, et d'autres plus pessimistes.

Les discours des autorités sanitaires et de leurs représentants se sont montrés rassurants. Lors de la conférence de presse donnée le 18 février 2020, le Directeur général de l'ANSS a par exemple souligné qu'Ebola était beaucoup moins transmissible que le Covid-19, afin de calmer les projections alarmistes sur la diffusion du virus. Il a indiqué que l'ANSS et ses partenaires étaient préparés à la riposte, et que de nombreux agents de terrain et cadres avaient été formés en épidémiologie ou en santé publique depuis la première épidémie, ce qui renforçait les capacités d'expertise nationale en termes de riposte. Il a signifié que la rapidité de la confirmation de l'épidémie, qui plus est par un laboratoire guinéen, était une « *fierté* » pour les autorités sanitaires. Le ministre de la santé, Rémy Lamah, a annoncé lui, qu'il restait « *serein* » bien qu'il était « *inquiet en tant qu'humain* » (Médiaguinée, 2021a).

Néanmoins, malgré l'assurance des autorités politiques et sanitaires, certains experts se sont montrés plus sceptiques vis-à-vis des capacités de la Guinée à faire face à cette épidémie. Certains ont notamment souligné que la lutte contre la MVE pouvait être entravée par le fait que le pays était alors confrontée à quatre épidémies concomitantes - des foyers de rougeole et de fièvre jaune ayant été déclarées en plus de la circulation toujours active du Covid-19 (Delamou et al., 2021 ; GuinéeNews, 2021b).

Des chercheurs en sciences sociales ont également souligné que le contexte social et politique pouvait entraver le bon déroulement de la riposte. Comme nous l'avons vu précédemment, en mars 2020, un référendum constitutionnel a abouti au changement de la constitution guinéenne, qui a été suivi par la réélection d'Alpha Condé en octobre 2020. Ce troisième mandat très contesté a entraîné une vague importante de contestations, qui restaient encore vives au début de l'année 2021, et pouvaient contribuer à une certaine défiance vis-à-vis des autorités politiques et sanitaires en charge de la riposte

⁷⁷ A la déclaration de l'épidémie, l'ONG ALIMA avait un stock de vaccins, mais ces derniers étaient périmés depuis fin décembre 2020 (GuinéeNews, 2021a). De nouveaux vaccins ont finalement été réceptionnés le 22 février au soir, après que l'avion n'ait pu atterrir à Conakry pour des raisons météorologiques (Médiaguinée, 2021c) et/ou techniques (Médiaguinée, 2021d).

(Raab et al., 2021 ; Roth, 2021). La gestion d’Ebola a d’ailleurs été l’objet de querelles politiques entre le parti au pouvoir et ses opposants, les seconds accusant les premiers de ne pas réagir en conséquence face au virus (GuinéeNews, 2021c). Une figure nationale de l’opposition a souligné que les efforts de préparation n’ont pu empêcher la survenue de cette épidémie en raison du délaissement et de la précarité de cette région (Guinée114, 2021). Un constat également souligné dans la littérature, Ebola étant qualifiée de « *maladie de la pauvreté* », et ce, au-delà des frontières de la Guinée (“*EVD is a disease of poverty*”, Bausch, 2021 : 580).

Ainsi, comme au début du Covid-19, il y avait des projections rassurantes ou plus sceptiques sur la gestion de l’épidémie d’Ebola. Les capacités nationales ont parfois été remises en question par des enquêtes menées à l’intérieur du pays. Avant la déclaration de cette deuxième épidémie d’Ebola, le personnel de l’hôpital régional de N’Zérékoré n’appliquait par exemple pas toujours les protocoles mis en place dans le cadre de la préparation aux épidémies, et ne testait notamment pas toutes les personnes répondant à la définition de cas suspect de FHV (Raab et al., 2021). Nous allons maintenant voir qu’à Macenta et Sérédou, les mesures d’anticipation ont été mises en place tardivement.

c) Des capacités de préparation limitées à Macenta

Durant les derniers jours du mois d’avril, et jusqu’au début du mois de mai, une enquête a été réalisée à Sérédou, puis à Macenta, après une mission à N’Zérékoré et Gouécké (qui sera présentée dans les chapitres suivants). Sérédou est une petite ville et une sous-préfecture de Macenta (d’un peu plus de 20 000 habitants), située à une centaine de kilomètres de N’Zérékoré. Le séjour sur place était motivé par la volonté de retrouver Siba, le RECO rencontré l’année passée au village de Palia. Depuis qu’il avait démissionné de son emploi de RECO en juillet 2020, Siba tenait une pharmacie non officielle⁷⁸ à Sérédou, où des observations ont pu être réalisées.

Lors de celles-ci, il était aisé de constater que les habitants ne parlaient pas de l’épidémie. Siba a seulement souligné qu’il avait vu passer de nombreux véhicules institutionnels à la déclaration de la résurgence en février, mais il pensait que l’épidémie était terminée à la fin du mois d’avril. Il a installé une petite bouteille d’eau javellisée à l’entrée de la pharmacie, mais il était le seul à s’en servir, et il l’a disposée avant même que l’épidémie d’Ebola ne soit déclarée, par souci d’hygiène. Siba a « recruté » (d’une manière non formelle) quatre stagiaires pour l’aider, qui sont tous lycéens et n’ont ni expérience ni formation médicale. Ces quatre jeunes et lui-même n’appliquaient pas de mesures particulières de PCI avec les patients qu’ils manipulaient (lors de perfusions par exemple), y compris avec ceux présentant des symptômes de fortes fièvres, ou de nausées. Le centre de santé de la ville ne possédait pas non plus de kit de lavage des mains ou de dispositif de prise de température à destination des patients et du personnel, et il n’y avait aucune forme de dépistage ou de triage d’éventuels cas suspects dans cette structure. Fin avril 2021, le risque de la survenue d’un cas d’Ebola ne semblait donc pas inquiétant pour les interlocuteurs de Sérédou.

Lorsque les premiers cas ont été déclarés à Gouécké, les équipes de la DPS de Macenta ont été réactives et ont instauré la tenue d’une réunion régulière entre les acteurs sanitaires, et le déploiement de messages de sensibilisation par les radios rurales. Au début du mois de mars, deux personnes

⁷⁸ Je précise ici qu’il s’agit d’une pharmacie, faisant également office de lieux de soins, qui n’est pas officielle car elle n’est pas reconnue par l’Etat, et car Siba n’a lui-même aucune formation de pharmacien. Ce type de structures est fréquente en Guinée.

décédées à l'hôpital préfectoral de Macenta ont été considérées comme des cas suspects de MVE⁷⁹. Leurs échantillons ont ensuite été testés par le laboratoire de N'Zérékoré et ils se sont révélés négatifs. Depuis, aucun autre cas suspect n'avait été déclaré. Au début du mois de mai 2021, les agents de la DPS finalisaient la rédaction d'un plan de riposte préfectorale à l'épidémie de MVE, près de deux mois après le début de l'épidémie donc. Un expert de l'OMS venait d'être déployé à cette fin pour venir en aide aux agents préfectoraux. Auparavant, la préparation de la DPS n'avait pas été formalisée dans un document.

Comme à Sérédou, il n'y avait pas de mesures de tri et de diagnostics des patients au centre de santé de Bowa lors d'une visite le 3 mai 2021. Un kit de lavage des mains était disposé à l'entrée mais n'était pas utilisé par les patients et le personnel. Il n'y avait pas non plus de prise de température. Là aussi le risque d'accueil de cas suspects de MVE semblait minimisé. Ironiquement, cette absence d'utilisation du dispositif contraste avec la fresque peinte sur la devanture du centre de santé (qui est également peinte à l'entrée du centre de santé de Sengbedou), et qui indique « *Pour ma santé, j'accepte de me laver les mains* » (figure 30).

Figure 30 : Fresque à l'entrée du centre de santé de Bowa invitant au respect des mesures d'hygiène (« Pour ma santé j'accepte de me laver les mains »), 25 mars 2020, Macenta, © Barranca



A la fin du mois d'avril, et au début du mois de mai, il semblait donc que les capacités de préparation à la survenue de cas de MVE à Sérédou et Macenta étaient insuffisantes. Pourtant l'épidémie était toujours en cours, et un cas confirmé au début du mois d'avril était alors introuvable, ce dernier ayant

⁷⁹ Cette information partagée par les agents de la DPS n'a pas été relayée par les médias en ligne. Les rapports de situation de l'ANSS ne mentionnent pas davantage d'informations au sujet de ces deux cas suspects.

pris la fuite le jour où il a obtenu son résultat⁸⁰. Sans vouloir tomber dans la suspicion il était objectivement possible qu'il ait trouvé refuge autour de Macenta, les populations circulant fréquemment d'une préfecture à l'autre.

6.2.3 Un faible recours aux agents communautaires dans la SBC du Covid-19

Ces contextualisations faites, revenons au sujet principal de ce chapitre afin d'interroger la réalisation de la SBC au courant de ces deux épidémies, et commençons par évoquer le faible recours à la SBC lors de l'épidémie de Covid-19. Nous allons voir qu'après une phase d'alerte en début d'épidémie, la notification des cas en populations a finalement été faible, malgré des programmes visant à encourager la SBC.

a) Une utilisation encouragée et un exemple de réussite

Comme mentionné plus haut, les premiers cas recensés de Covid-19 en Guinée ont été diagnostiqués parmi les populations aisées, et les groupes de cas ont d'abord été sporadiques. Environ un mois après la déclaration officielle de l'épidémie, la transmission est devenue « communautaire⁸¹ » à mesure que le nombre de cas augmentait et qu'on enregistrait des transmissions locales du virus (Millimouno et al., 2021).

La question de la décentralisation de la surveillance s'est rapidement posée, et la SBC a été mise en avant comme l'une des solutions à la détection précoce des cas, en Guinée comme dans d'autres pays (Wiah et al., 2020). Son utilisation était vivement recommandée par l'OMS dans le cadre de la détection clinique de nouveaux cas à travers le recours aux agents communautaires, dès le mois de mai 2020 (OMS, 2020b). Le même mois, le CDC africain suggérait que la SBC soit employée dans la surveillance de la mortalité (Africa CDC, 2020a). Mais en Guinée la SBC a finalement été globalement peu effective (Millimouno et al., 2021), en raison notamment d'un manque de soutien. En dehors des campagnes de dépistage massif (concentrées dans la capitale), la majorité des personnes contaminées ont été dépistées en se rendant elles-mêmes dans les structures sanitaires dédiées aux tests.

Des interlocuteurs de la DNSCMT ont toutefois souligné que le premier cas de la région de Labé avait été détecté par un RECO, ce qui a fait la fierté de l'institution, et contribué à revaloriser l'importance de la PNSC selon Zaoro. Cette notification par un RECO est bien sûr à souligner, mais il convient de la recontextualiser, à travers les propos du Directeur régional de la santé, rapportés par le journal *GuinéeNews* le 1^{er} avril 2020 :

« C'est une personne qui est rentrée de l'Espagne, qui est partie à Serima (sous-préfecture de Popodara) dans le hameau appelé Ghogou. Quand il est arrivé, il a développé quelques signes. Il a fait la fièvre, il a vomi, il a fait la toux et est parti se faire consulter dans certaines structures notamment le centre de santé de Diari et le poste de santé de Serima. On a reçu l'information de nos relais communautaires. Et dès qu'on a eu l'information, on a réagi car c'est une personne en provenance d'une zone endémique.

⁸⁰ Voir le chapitre 8 et l'Annexe 7 pour davantage d'informations à ce sujet

⁸¹ La transmission du SARS-Cov-2 est considérée comme « communautaire » lorsque de nouveaux cas liés à une « transmission locale » apparaissent dans un lieu donné, en opposition ainsi aux cas « importés », provenant d'une zone étrangère au lieu en question (OMS, 2020b : 10). Pour ce virus, la qualification de « communautaire » induit également une incidence plus élevée que lorsque la transmission est liée à des cas « sporadiques » ou des « groupes de cas » (OMS, 2020b : 10).

Donc on l'a embarquée pour Conakry hier nuit. Il est déjà à Donka et sûrement on aura le résultat dans la journée » (GuinéeNews, 2020e).

Le diagnostic de cet homme est tombé rapidement, et il a été confirmé positif (GuinéeMatin, 2020k). Notons que comme pour les premiers cas recensés à Macenta, il n'y avait pas de possibilité de réaliser un diagnostic laboratoire pour le SARS-Cov-2 à Labé et l'homme a été testé à Conakry (à 350 km). Cette notification rapide est intervenue au début du mois d'avril 2020, deux semaines après la déclaration de l'épidémie sur le territoire, et à un moment où de nombreux acteurs étaient alors en alerte. Comme pour les premiers cas suspects qui n'ont pas été confirmés en février, c'est sans doute la provenance de l'homme en question qui a suscité la curiosité des acteurs sanitaires, ce dernier résidant en Espagne, où l'épidémie était alors très médiatisée et apparaissait dramatique. La notification du premier cas de Labé est intervenue à Popodara, une commune couverte par la PNSC et dans laquelle les RECO sont en principe rémunérés. Or, comme nous l'avons déjà souligné à propos de la difficile continuité en post-Ebola, il semble que sans appui financier la SBC demeure peu pérenne, et la situation de cette localité ne peut être exemplaire de tout le territoire, d'autant qu'elle est intervenue dans un contexte où le risque épidémique était médiatisé, contrairement à une situation d'émergence.

Cette notification par un RECO est donc bien sûr à valoriser puisqu'elle démontre que la SBC peut se révéler efficace, mais elle n'est pas représentative de la situation globale de l'épidémie, la SBC ayant été peu mobilisée. Comme nous l'avons souligné plus haut, assez rapidement les premières projections alarmistes sur le devenir de la Guinée à propos de l'épidémie ont été atténuées, et la « *psychose* » a fait en quelque sorte place à la « *banalisation* » pour reprendre les propos du journal *Médiaguinée* (Médiaguinée, 2020c). C'est sans doute d'ailleurs l'une des raisons qui a contribué à la faible détection des cas en population par la suite. Le recours aux agents communautaires a été plutôt faible dans le cadre de cette riposte, pourtant, comme nous allons le voir maintenant, à Macenta des acteurs communautaires ont fait preuve d'initiatives allant dans le sens de la riposte au début de l'épidémie.

b) A Macenta, des initiatives communautaires peu soutenues

Dans la ville de Macenta, comme cela a été dit plus haut, la déclaration de l'épidémie n'a pas entraîné un déploiement de dispositifs de prévention de l'épidémie comme dans la capitale. Cela était sans doute lié au fait que les premiers cas ont été recensés à Conakry, et depuis Macenta l'épidémie semblait donc éloignée. Mais aussi au fait que les capacités de diagnostic et de prise en charge étaient moins développées en région⁸².

Certains acteurs locaux rencontrés se sont mobilisés au début de l'épidémie, certains même avant la déclaration des premiers cas (puisque l'épidémie faisait déjà grand bruit dans de nombreux pays), et ils ont mis en place des initiatives visant à encourager le respect des mesures de prévention. C'est notamment le cas de Kankou, qui est pour rappel représentant des AC au centre de santé urbain de Bowa, et d'Amara, cadre au centre de santé de Sengbedou :

⁸² Néanmoins, les habitants d'un village dans lequel je devais me rendre avec un AC juste après la déclaration de l'épidémie de Covid-19 ont refusé ma venue étant donné que je présentais selon eux un risque d'importer le virus en raison de mon origine européenne. Il y avait donc une forme de prévention initiée par ces habitants. Dans d'autres localités, des Européens ou Asiatiques ont aussi été considérés comme potentiels porteurs du virus (Le Marcis & Camara, 2020b)

- ❖ Amara a réalisé des séances de sensibilisation spontanée auprès des sages et autres leaders avant la déclaration de l'épidémie afin de les encourager à être prudents lors de la venue d'étrangers ;
- ❖ Rapidement après le début de l'épidémie à Conakry, Kankou a rédigé un document « support des relais communautaires » (figure 31) visant à leur présenter les « Messages clés sur Corona Virus », à un moment où il y avait « beaucoup de discours dans tous les sens » (Entretien avec Kankou, AC à Bowa) ;
- ❖ Kankou s'est porté volontaire pendant quatre mois au barrage sanitaire de Daro (à la frontière du Libéria) : il veillait, avec d'autres agents (des forces armées) à ce que les passagers et chauffeurs des véhicules qui franchissaient le barrage se lavent les mains aux kits prévus à cet effet. Il réalisait également des sensibilisations sur le virus et les moyens de prévention (distanciation physique, hygiène).

Ces exemples d'actions spontanées appellent plusieurs constats. Si ces initiatives montrent une certaine volonté des acteurs à s'investir dans la riposte, il faut tout d'abord souligner qu'ils n'ont pas vraiment reçu de soutien institutionnel, et qu'ils n'ont notamment pas été rétribués. C'est d'ailleurs l'absence de rémunération qui a poussé Kankou à arrêter de se rendre au barrage sanitaire de Daro.

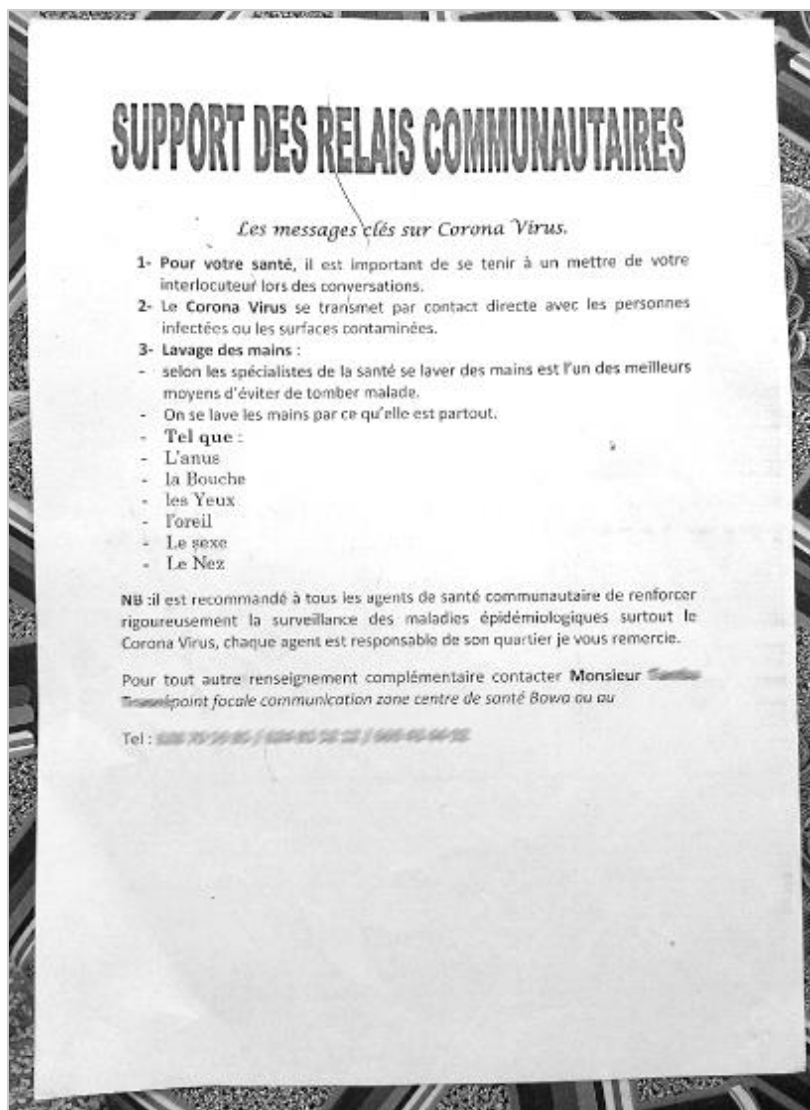
Il convient de noter ici que le positionnement de ces différents acteurs de leur propre initiative au début du Covid-19 répondait sans doute à des motivations sanitaires (dans le but de minimiser l'impact du virus), mais aussi peut-être à des ambitions économiques en vue d'un éventuel accès aux importantes ressources dont ils espéraient qu'elles seraient déployées dans la réponse à l'épidémie - comme lors de la riposte à la MVE et « l'Ebola-business ». Comme nous le verrons dans le septième chapitre, le manque de soutien financier a d'ailleurs également suscité une certaine démotivation chez les acteurs communautaires impliqués dans la deuxième épidémie d'Ebola.

Ces acteurs n'ont également pas reçu de formation. Kankou a réalisé la fiche de sensibilisation ci-dessous (figure 31) en récoltant des « bonnes informations », « à droite et à gauche » (Entretien avec Kankou, AC à Bowa). Les informations récoltées par Kankou ne semblent pas toutes appropriées, et il recommandait par exemple une bonne hygiène des mains, mais aussi d'autres parties du corps, tels que l'anus et les yeux. Kankou, comme de nombreux acteurs du système de santé en Guinée a dû se débrouiller en l'absence d'informations officielles claires et précises (Camara et al., 2020 ; Le Marcis & Camara, 2020). D'ailleurs, lorsque Siba et Zaou ont été interrogés durant la première semaine de l'épidémie en Guinée, ces derniers ont également noté qu'ils n'avaient pas eu de consignes de la part de leur hiérarchie vis-à-vis du Covid-19, et qu'ils n'avaient pas non plus d'informations précises sur les définitions de cas. Le chef de poste de Sangolomai puisait ainsi ses informations dans différentes sources non institutionnelles, en particulier les radios nationales et rurales. Siba, lui, notait : « On apprend seulement par des rumeurs. Mais on n'a pas eu de formations, ou bien des informations approfondies » (Entretien avec Siba, RECO à Palia). Plusieurs mois après le début de l'épidémie, les AC de Bowa ont reçu une brève formation au sujet du Covid-19 dans le cadre du projet qui les implique dans la lutte contre le paludisme.

Sur la fiche qu'il a réalisée, Kankou recommande à ses homologues de réaliser une forme de SBC et de veiller à la survenue des cas éventuels de Covid-19 : « Il est recommandé à tous les agents de santé communautaire[s] de renforcer rigoureusement la surveillance des maladies épidémiologiques surtout le Corona Virus ». Mais il a ajouté qu'en raison des capacités très limitées de diagnostic, la réalisation de cette surveillance n'était pas aisée, et si les quatre premiers cas suspects de Macenta se sont rendus

d'eux-mêmes à Conakry pour être diagnostiqués, cela n'était pas à la portée économique de tous les ménages.

Figure 31 : Affiche de sensibilisation réalisée par Kankou au tout début de l'épidémie de Covid-19, 2 mai 2021, Macenta, © Barranca



En dehors de la recommandation faite par Kankou à ses collègues, la réalisation de la SBC a formellement été encouragée aux AC de Bowa suite à une recommandation de la DPS, mais sans que cela ne représente une activité rémunérée. Ils ont été sollicités pour veiller à la venue éventuelle d'étrangers malades dans leurs zones, et à demander la participation des habitants afin qu'ils leur notifient ce type d'informations. Dans le cadre de leur implication dans le projet de lutte contre le paludisme ils ont toutefois été invités à réaliser des sensibilisations sur le nouveau virus. Les quatre AC interrogés en mai 2021 disent avoir relayé ces consignes, et qu'aucun cas n'a été suspecté ensuite au sein des populations de leur zone.

En mai 2021, des agents de la DPS de Macenta ont souligné que plusieurs ONG locales s'étaient positionnées au début de la pandémie de Covid-19 pour mener différentes interventions, notamment en matière de SBC et de prévention de la maladie. Ces organisations espéraient recevoir rapidement

un soutien financier de la part de l'Etat ou de partenaires extérieurs. Mais ces financements n'ayant finalement jamais été obtenus, elles ont dû rapidement cesser leurs activités car elles n'avaient plus de trésorerie pour les assurer.

Après ces exemples et constats, on peut dresser une liste des facteurs ayant entravé la réalisation de la SBC du Covid-19 à Macenta :

- ❖ Absence de rémunération des acteurs communautaires
- ❖ Initiatives non valorisées par les acteurs institutionnels (et la riposte au sens plus large)
- ❖ Absence de formation des acteurs communautaires sur le Covid-19
- ❖ Capacités limitées de diagnostic et de surveillance
- ❖ La SBC ne fait pas l'objet de projets ou de stratégies spécifiques

c) Des projets institutionnels limités

Comme nous venons de le voir l'exercice de la SBC dans le cadre de l'épidémie de Covid-19 a été limité à Macenta. Mais la SBC a été davantage soutenue ailleurs sur le territoire, notamment dans le cadre de la stratégie de riposte nommée « Stop-Covid en 60 jours⁸³ », menée par l'ANSS entre les mois de juin et juillet 2020. Cette stratégie était qualifiée « *d'intervention à base communautaire* », et elle visait à « *interrompre la chaîne de transmission communautaire dans la zone Conakry-Coyah-Dubréka d'ici fin juillet 2020* » (ANSS, 2020b), grâce à la détection et l'isolement des cas suspects et confirmés asymptomatiques à domicile (à un moment où les établissements de prise en charge avaient atteint leurs capacités maximales et ne pouvaient pas recevoir tous les cas). Les ménages touchés devaient recevoir la visite régulière d'équipes composées d'agents de santé et d'acteurs communautaires (des agents communautaires notamment), qui étaient chargés de réaliser une forme de SBC autour des cas confirmés dans le but d'identifier des cas secondaires. Ces ménages devaient également percevoir des vivres, une aide financière (de 60 000 GNF par jour et par personne), ainsi que des masques et kits de lavage des mains. Cette stratégie sera davantage abordée dans le huitième chapitre.

En janvier 2021, des interlocuteurs de l'ANSS et de la DNSCMT ont souligné que l'AFD, via une ONG nommée AMREF (Association pour la médecine et la recherche en Afrique), avait lancé un projet de soutien à la réalisation de la SBC du Covid-19⁸⁴, qui devait être implémenté dans les cinq communes de Conakry, ainsi qu'à Boffa, Boké, Coyah, Forécariah, Dubréka (en région maritime), et Mali (en Moyenne-Guinée). En termes de mise en œuvre, AMREF est passé par les instances du Ministère de la santé, et selon les localités le projet était soutenu par l'ANSS ou par la DNSCMT, puisque les deux institutions se sont réparties les zones d'intervention (pour des raisons qui n'ont pas été expliquées).

⁸³ Cette stratégie a été nommée ainsi en référence à celle élaborée en 2016 dans le cadre de la lutte contre Ebola (« Stop-Ebola en 60 jours »). Cette réplique a été considérée comme inappropriée, étant donné que le contexte épidémiologique et social différait entre ces deux épidémies (Gomez-Temesio & Le Marcis, 2021).

⁸⁴ Il s'agissait du projet « *Riposte COVID-19 Guinée Sénégal : Contribuer à la réduction de l'incidence et l'impact sur la santé du COVID-19 en Guinée et au Sénégal*⁸⁴ », soutenu par AMREF, et financé par l'AFD dans le cadre de « *l'Initiative Covid-19, Santé en commun* » (lancée en juillet 2020 et déployée dans différents pays pour soutenir des activités liées à la riposte au Covid-19). Pour en savoir plus voir : <https://amref.fr/projet-riposte-covid-19-guinee-senegal/> et <https://www.afd.fr/fr/actualites/initiative-covid-19-sante-en-commun>.

La première était ainsi impliquée à Conakry, Coyah, Forécariah et Mali, tandis que la deuxième était en charge de Dubréka et Boffa.

Aucun rapport ou document n'a pu être trouvé sur les résultats de ce projet, mais selon Zaoro (de la DNSCMT) à Dubréka et Boffa, 500 ASC⁸⁵ ont été formés à la SBC en janvier 2021, et ont débuté la réalisation de la SBC en février 2021. Dans les autres localités, soutenues donc par l'ANSS, les activités n'avaient pas encore débuté en juin 2021, sans doute en raison des interférences liées à l'épidémie d'Ebola, et leur réalisation n'a pas été documentée par la suite.

La répartition du projet entre ces deux organes du Ministère de la santé, sous financement de l'AFD et avec le soutien de l'ONG AMREF, participe à la complexité institutionnelle sur laquelle nous reviendrons en fin de chapitre. Mais notons ici qu'il y a eu des différences dans le calendrier d'implémentation du projet selon qu'il était soutenu par l'ANSS ou la DNSCMT. De même, selon l'institution partenaire la durée du projet différait, et celui-ci était prévu pour trois mois à Dubréka et Boffa, alors qu'il était de dix mois dans les dix autres préfectures.

6.2.4 La SBC absente de la riposte à l'épidémie d'Ebola de 2021

A la déclaration de l'épidémie d'Ebola, si les projets de SBC du Covid-19 ont été quelque peu retardés, cette même stratégie a été encore une fois encouragée (Fallah, 2021), et même qualifiée « *d'élément central de la lutte* » par l'OMS (OMS, 2021c). Le 18 février 2021, quatre jours après la déclaration de l'épidémie, lors de la réunion hebdomadaire de l'ANSS, des agents de l'Agence et de l'OMS discutaient de l'importance de « *réactiver* » la SBC. Pourtant, comme pour la réponse au Covid-19, il semble que la SBC en tant qu'outil de détection rapide des nouveaux cas ait été quasiment absente de la riposte à cette épidémie, excepté dans le cadre du suivi des cas contacts, sur lequel nous reviendrons plus loin, et pour lequel ce ne sont pas nécessairement des AC qui ont été impliqués.

En effet, aucun des acteurs communautaires rencontrés à Gouécké et N'Zérékoré n'ont par exemple été impliqués dans la détection des cas en population. Tokpa, RECO à Gouécké, a souligné que lors de leurs formations les RECO n'ont été invités qu'à mener des sensibilisations sur la MVE, tout en conseillant aux éventuelles personnes malades de se rendre dans les structures sanitaires, mais sans participer eux-mêmes à l'alerte :

« Ils nous ont dit "Quand vous allez dans les familles seulement il faut vous renseigner si y a une maladie, mais ne cherchez pas à savoir si c'est ça ou bien c'est pas ça, parce que vous n'êtes pas spécialistes. C'est-à-dire ils nous ont fait la formation de connaître les signes de la maladie, mais quand nous comprenons que c'est un cas comme ça, on ne peut pas signaler. On va seulement les sensibiliser de signaler eux-mêmes à un hôpital très proche » (Entretien avec Tokpa, RECO à Gouécké).

Tokpa a d'ailleurs ajouté qu'il ne possédait pas de thermomètre pour souligner qu'il ne pouvait pas participer à la détection des cas suspects. Parmi les autres RECO rencontrés, un seul en possédait un car il avait été désigné comme agent de suivi des cas contacts dans son village.

Ces constats diffèrent des messages diffusés par l'ANSS en avril enjoignant les citoyens à contacter les agents communautaires en cas de signes ou symptômes suspects (figure 32). Notons d'ailleurs au passage que la représentation faite de ces agents de santé communautaires semble quelque peu

⁸⁵ Il a effectivement souligné que ce sont des ASC qui ont été désignés pour cette activité, et non des RECO, sans pouvoir préciser sur quels critères cette sélection a été faite.

fantasmée et éloignée de la réalité, puisque tous ceux qui ont été rencontrés à Gouécké et N'Zérékoré ne portaient ni masques de protection (tout comme l'ensemble des interlocuteurs, en dehors des acteurs institutionnels), ni complets traditionnels (qui sont habituellement réservés aux cérémonies), et qu'aucun d'eux ne possédait de smartphone.

Figure 32 : Capture d'écran d'une publication représentant un agent communautaire sur la page Facebook de l'ANSS, 13 avril 2021



Lors d'un entretien réalisé en juin, Bafodé (agent à l'ANSS) a expliqué que le retard de mise en œuvre de la SBC était dû au fait que les « partenaires » étaient trop nombreux sur le terrain, alors qu'il avait été établi qu'il ne pouvait pas y avoir deux organisations couvrant la SBC dans une même zone. Avant son retour à Conakry début mai, il était question de tenir une réunion de coordination en vue d'établir une répartition des partenaires, et d'harmoniser les outils de formation, mais il n'a pas pu y assister et il ignorait ainsi ce qu'il s'était passé ensuite.

De même, Bafodé indiquait que la SBC était « la priorité » de la phase de surveillance renforcée de 90 jours entamée à la déclaration de fin de l'épidémie le 19 juin, mais cela a-t-il été réellement le cas ? Il est difficile d'y répondre étant donné que la réalisation du terrain a pris fin au mois de juin, et que ce sujet n'a pas été documenté par la suite. Quoi qu'il en soit, la SBC semble avoir été peu effective au courant de l'épidémie, et l'OMS indiquait d'ailleurs dans le bulletin d'activités des partenaires de la réponse qu'il y avait eu une « insuffisance dans l'opérationnalisation des activités de la surveillance à base communautaire » (Coordination des partenaires de la riposte, 2021 : 16).

Il ne semble pas non plus y avoir eu de soutien formel à la SBC dans les préfectures frontalières à la zone touchée par l'épidémie, notamment à Macenta, et aucun des AC de Bowa n'a par exemple été impliqué dans sa réalisation. Néanmoins, Kankou avait invité les AC du centre à réaliser des sensibilisations dans leurs localités (comme pour le Covid-19), et Mamady a indiqué qu'il avait conseillé

aux habitants de son village de respecter les mesures d'hygiène et d'être attentifs aux éventuels voyageurs venus de N'Zérékoré. Comme ceux de Gouécké et N'Zérékoré, les AC de Bowa n'ont pas été dotés en thermomètres, et Kankou regrettait que le sien ne fonctionne plus.

Ainsi, il semble que la SBC, bien qu'elle ait été encouragée, n'a pas vraiment été une priorité dans la lutte contre ces deux épidémies. Au-delà des constats dressés précédemment il apparaît que d'autres difficultés entravent la réalisation de la SBC, comme nous allons le voir dans la dernière partie de ce chapitre. Néanmoins, nous pouvons souligner ici que l'épidémie de Marburg déclarée en août 2021, a été détectée par des agents locaux (dans la préfecture de Guéckédou) sur la base de signes cliniques douteux présentés par le seul cas de cette épidémie, et alors que le virus n'avait jamais été déclaré en Guinée, ce qui est un signe de l'amélioration des capacités de surveillance des fièvres hémorragiques dans cette zone (D'Ortenzio & Touré, 2021 ; OMS Guinée, 2021b).

6.3 Des freins plus larges à la mise en œuvre et la pérennité de la SBC

Que ce soit dans le cadre de la préparation aux épidémies, ou de la réponse à celles-ci, la réalisation de la SBC n'est pas évidente, comme nous venons de le voir. En plus des difficultés présentées dans les deux parties précédentes, il semble que d'autres freins contreviennent à l'exercice de la surveillance, et aux stratégies de santé communautaire en général. Il convient d'ailleurs de garder en tête les facteurs d'entrave à la mise en œuvre de la PNSC, qui ont été détaillés dans le cinquième chapitre, et qui peuvent aussi concerner la SBC : notamment le manque d'intégration des RECO dans le système de santé et leur faible rémunération.

6.3.1 Des difficultés aux différents niveaux de l'échelle sanitaire

Au travers de cette enquête, on peut constater que plusieurs facteurs entravent la réalisation de la SBC, et ce aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Au niveau national, premièrement, le système de surveillance fait face à des difficultés persistantes, notamment en termes de financements. L'ANSS a organisé, avec le soutien de l'OIM, le premier Forum International pour le financement durable de la sécurité sanitaire en Guinée, les 15 et 16 janvier 2020 à Conakry. Cette rencontre mêlait des acteurs du système sanitaire, des personnalités politiques, des représentants des organisations internationales et des acteurs du secteur privé (notamment minier) afin de réfléchir au « *financement durable de la sécurité sanitaire* », autrement dit au fonctionnement des activités de l'ANSS. Dans une communication datée du 6 janvier 2020, le service Communication du Ministère de la santé écrivait sur sa page Facebook : « *le Directeur de l'ANSS, Dr Sakoba Keita, a fait savoir que le financement actuel des activités de son agence est assuré à 98 % par les reliquats d'Ebola qui devront prendre fin en 2020* ». La tenue de ce forum n'était donc pas anodine, et elle montre une certaine dépendance de l'ANSS aux appuis extérieurs, dans un contexte où le Ministère de la santé ne peut supporter son fonctionnement. Comme nous l'avons déjà mentionné, l'ANSS a été mise en place lors de la première épidémie d'Ebola, et elle semble depuis fonctionner comme un organe plutôt indépendant des financements de l'Etat, bien qu'elle soit une instance du Ministère de la santé - ce qui était d'ailleurs déjà observé à propos de la Coordination de lutte contre Ebola, au cours de l'épidémie de 2013-2016 (Somparé, 2020). Dans le chapitre précédent, nous avons vu que la mise en œuvre de la PNSC dépendait encore aujourd'hui de financements extérieurs, et ce constat peut être élargi au fonctionnement du système de surveillance sanitaire. La mise en place de la surveillance « Une seule santé » après la première épidémie d'Ebola

avait d'ailleurs déjà été qualifiée de fragile car les financements de celle-ci dépendaient largement des organisations internationales (Garrigues, 2019).

Parmi les difficultés au niveau national on peut également noter que le système de surveillance a été saturé durant l'épidémie de Covid-19 à mesure que l'incidence augmentait. Ainsi alors que les premières estimations étaient très larges, et que 295 contacts avaient par exemple été identifiés autour du premier cas positif (GuinéeNews, 2020a), le système a ensuite été débordé par le nombre grandissant de cas, et la recherche des cas contacts est devenue un « casse-tête chinois » pour reprendre les propos du journal *GuinéeMatin* (GuinéeMatin, 2020f). Ces constats ne sont toutefois pas relatifs qu'à la Guinée, puisque la pandémie a révélé la faiblesse des systèmes de santé dans de nombreux pays, y compris occidentaux.

Certaines difficultés proviennent également du fonctionnement interne des services du système sanitaire. A plusieurs reprises lors des réunions hebdomadaires de l'ANSS, il était par exemple question d'un taux incomplet de communication des données sanitaires depuis les niveaux régionaux jusqu'au niveau national, car les agents affectés à cette tâche ne l'effectuaient plus pour des raisons professionnelles (absence pour cause de mission ; ou suppression du poste) ou personnelles (congés). Ces pratiques, étaient condamnées à chaque fois par le directeur de l'Agence qui critiquait notamment le « monopole » recherché par ces agents (qui éviteraient consciemment de déléguer ces activités en leur absence, dans le but de demeurer les seuls à avoir ces compétences). Ces remontrances de la part de la direction de l'ANSS ne semblaient toutefois aboutir à aucune sanction. Cela est probablement lié au fait que ces pratiques sont assez courantes dans les services publics guinéens, ainsi que dans d'autres pays, en raison de la précarité administrative des agents qui tentent de se rendre indispensables afin de pérenniser leurs postes (Olivier de Sardan, 2021). La circulation des données de surveillance peut donc être entravée par les absences des agents qui ne sont pas remplacés, d'autant qu'elle s'inscrit dans un contexte où la communication effective entre les strates du système sanitaire (entre les postes et centres de santé, et les niveaux supérieurs) était déjà difficile (PNACC & DNSCM, 2019). Lors de la réunion hebdomadaire de l'ANSS du 16 mai 2019, des agents de l'Agence de retour de différentes localités où une épidémie de rougeole sévissait alors, notaient par exemple que la majorité des cas recensés par les structures n'étaient ensuite pas notifiés à l'ANSS. La circulation des informations épidémiologiques semble toutefois s'être grandement améliorée depuis avec l'implémentation du logiciel DHIS2 sur l'ensemble du territoire et la formation des agents aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

En parallèle, certaines difficultés interviennent enfin au niveau local, couramment désigné comme « communautaire » par les différents acteurs, et la notification des événements suspects aux autorités sanitaires ne semble pas systématique - ce qui rappelle les constats dressés à la période coloniale. Ces facteurs intervenant au niveau des populations n'ont pas été explorés en détail dans ce travail (qui visait davantage à explorer les points de vue des acteurs communautaires et institutionnels impliqués dans la surveillance), mais on peut supposer que ceux-ci soient liés à :

- ❖ Un dialogue complexe entre les populations et les professionnels de santé (en raison du clivage symbolique observé entre ces deux franges de la population, et d'une défiance mutuelle) ;
- ❖ Une absence de structure sanitaire ou d'un agent à qui notifier un événement douteux (y compris lorsqu'un RECO ou un AC sont présents dans la zone car ils peuvent ne pas être identifiés ou reconnus comme pouvant jouer ce rôle) ;

- ❖ Une forme de méfiance à notifier des cas suspects de MPE par craintes de retombées négatives (telle que la mise en quarantaine du village ou du quartier ; ou la perte de revenus qui peut en découler) ;
- ❖ La difficulté d'établir un diagnostic pour des maladies qui présentent un tableau clinique peu spécifique (c'est notamment le cas des formes légères et des premiers symptômes du Covid-19 ou de la MVE, qui sont peu spécifiques, et semblables aux symptômes du paludisme).

Cette liste n'est pas exhaustive et il est possible que la faible notification des cas suspects de MPE ou d'autres événements sous surveillance par les populations soit liée à d'autres facteurs.

6.3.2 Une complexité institutionnelle

Les difficultés liées à la réalisation de la SBC s'inscrivent également dans une complexité d'ordre institutionnel, qui est due à l'historique de l'implémentation de cette stratégie. Un manque de clarté et de coordination entre les différentes institutions impliquées semble effectivement entraver le déroulement des activités.

a) Une coordination parfois difficile

Dès le début de cette enquête, il est apparu que le fonctionnement de la SBC s'intégrait dans un certain flou institutionnel et il semblait y avoir des difficultés de coordination entre les institutions impliquées, principalement l'ANSS et la DNSCMT. Des interlocuteurs de l'ANSS renvoyaient ainsi vers leurs homologues de la DNSCMT en arguant que c'était cette institution qui était en charge de la gestion de la SBC, et inversement. Ce manque de clarté institutionnelle vis-à-vis de la SBC a été quelque peu déstabilisant au départ, et il était difficile de savoir vers qui se tourner pour mener l'enquête.

Pour Youssouf (cadre à la DNSCMT) interrogé en janvier 2020, l'ANSS était en charge du volet surveillance, et son institution des autres stratégies de santé communautaire : « *Donc pour ces relais communautaires-là, l'ANSS est concernée par le volet de la surveillance qu'ils font. Et moi je suis concerné par tout ce qu'ils font en matière de santé dans la communauté* ». La DNSCMT ne semblait donc pas concernée par la SBC, mais par les autres interventions de santé communautaire.

Un mois plus tard la situation ne semblait pas aussi simple pour Bafodé, agent à l'ANSS : « *Il y a une politique nationale que la santé communautaire pilote. Cette politique nationale ils ont un paquet de charges, et dans ce paquet il y a une partie sur la surveillance à base communautaire [...] Donc il y a eu un peu cette perturbation* » (Entretien avec Bafodé, agent à l'ANSS). Il soulignait qu'il y avait ainsi des pourparlers pour bien définir les missions de chacune des deux institutions, tout en notant que la coopération était nécessaire entre celles-ci : « *Réellement on doit travailler ensemble. Eux ils sont là pour le plan stratégique, nous nous sommes là sur le plan opérationnel. C'est comme ça qu'on doit travailler, pour le moment on est à ce niveau* ».

Un an plus tard, en janvier 2021, la situation paraissait effectivement plus claire à propos de la répartition des rôles entre ces deux institutions. Zaoro (cadre à la DNSCMT), indiquait ainsi que l'ANSS se chargeait de l'analyse des données de la SBC et de la riposte aux éventuelles menaces détectées, alors que la DNSCMT était en charge de la mise en œuvre des activités de SBC, comme des autres stratégies de santé communautaire (notamment de la formation des RECO et ASC, y compris sur la

surveillance des MPE). Ces deux institutions sont donc impliquées dans la réalisation de la SBC, mais à des niveaux différents, comme cela est schématisé dans la figure 33.

Figure 33 : Répartition des rôles relatifs à la réalisation de la SBC entre l'ANSS et la DNSCMT



Cette répartition est toutefois apparue moins claire dans le cadre de la riposte au Covid-19, puisque comme nous l'avons vu plus haut ces deux institutions ont été impliquées dans un projet de soutien à la SBC, mais sans toutefois collaborer entre elles puisqu'elles se sont réparties les zones d'intervention. Il y a également eu un manque d'harmonisation selon les modalités d'exécution de ce projet d'une institution à l'autre.

Cette confusion institutionnelle semble induite par l'historique de la mise en œuvre de la SBC en Guinée, puisque celle-ci était d'abord gérée par l'ANSS lors de la première épidémie d'Ebola, puis des programmes de soutien qui ont suivis. Par la suite, il a été décidé d'élargir les activités au niveau communautaire au-delà de la surveillance et la PNSC a vu le jour. Celle-ci étant portée par la DNSCMT, et la SBC faisant partie des attributions des RECO, il semble que des questions se soient posées sur la paternité antérieure de l'ANSS, et que cela ait entraîné un flou qui subsistait au début de cette enquête. Il est d'ailleurs probable que le retard de mise en œuvre de la SBC dans la riposte aux épidémies de Covid-19 et d'Ebola soit en partie lié à la confusion qui réside entre ces deux institutions vis-à-vis de la gouvernance de la SBC, chacune pouvant attendre que l'autre réagisse.

b) Un manque d'harmonisation vis-à-vis des pathologies sous surveillance

Cette complexité institutionnelle s'illustre également dans le nombre de maladies déclarées comme étant sous surveillance sur le territoire selon les différentes institutions (tableau 6). Les documents présentés dans le tableau ci-dessous n'ont pas été édités aux mêmes dates, et il convient donc de noter que les définitions et le nombre de maladies sous surveillance ont pu évoluer d'une année à l'autre, ce qui est tout à fait compréhensible. Mais en mars 2020, Siba ne pensait devoir surveiller que six de ces MPE, et il n'avait pas reçu de mise à jour de sa formation. Ces six pathologies sont présentées dans le *Guide de mise en œuvre de la Surveillance à Base Communautaire en Guinée*, édité en juin 2016 par l'ANSS (ANSS, 2016). Mais des documents édités depuis par l'ANSS ou d'autres

organes du Ministère de la santé indiquent que ces maladies sont entre huit et onze, auxquelles s'ajoutent parfois d'autres types d'évènements.

Tableau 6 : Le nombre et la nature des maladies et évènements sous surveillance selon les différents documents consultés

Source et institution ⁸⁶	Date	Nombre et type de maladies et évènements sous surveillance
Guide de mise en œuvre de la SBC (ANSS, 2016)	2016 (juin)	- 6 maladies : Choléra, Fièvre jaune, Maladie à Virus Ébola, Méningite, Poliomyélite, Rougeole + Des évènements : les décès et naissances communautaires ; les rumeurs
Définitions de cas présentées à la DPS de Macenta	2016	- 9 maladies : Choléra, Fièvres hémorragiques virales (FHV) Ebola et Marburg, Fièvre jaune, Méningite, Paralyse flasque aigüe (PFA), Rougeole, Tétanos maternel et néonatal + Syndrome suspect : Diarrhée sanguinolente + Evènement : Décès maternels
Guide d'emploi des EPARE en Guinée (ANSS, 2017)	2017 (Août)	- 6 maladies : Choléra, FHV (sans mention des noms), Fièvre jaune, Méningite, PFA/Poliomyélite, Rougeole
Définitions de cas présentées à la DPS de Macenta	2018	- 10 maladies : Anthrax humain, Brucellose, Choléra, FHV (sans mention des noms), Fièvre jaune, Méningite, PFA, Rage, Rougeole, TMN + Syndromes suspects : Diarrhée sanguinolente, Syndrome grippal + Evènement : Décès maternels
Module de formation des RECO et ASC sur la SBC (Ministère de la santé, 2019)	2019 (Février)	- 10 maladies : Anthrax humain, Brucellose, Cholera, MVE, Fièvre jaune, Méningite, PFA/Poliomyélite, Rage Humaine, Rougeole, TMN + Syndromes suspects : Diarrhée sanguinolente, Syndrome grippal + Des évènements : Rumeurs ; Décès maternels ; Décès groupés dans la communauté (deux décès ou plus survenant dans une période de 21 jours), décès groupés chez les animaux
Données présentées lors du CTPS de Macenta en mars 2020	2019 (Juillet-Décembre)	- 11 maladies : Anthrax/Charbon, Brucellose, Choléra, Ebola, Fièvre jaune, Fièvre de la vallée du Rift, Grippe aviaire, Méningite, PFA, Rougeole, TMN + Des symptômes suspects : Syndrome grippal, Diarrhée rouge + Des évènements : Décès maternels, Décès néonatal, Morsures de chien et de Serpent
Site internet de l'ANSS	2022 (Février)	- 8 maladies : Grippe aviaire, Brucellose, Fièvre jaune, Dengue, Lassa, Anthrax/Charbon, Ebola, Rage

Il y a donc une certaine confusion sur le nombre de pathologies actuellement sous surveillance en Guinée. Or, pour des raisons de coordination et d'efficacité, il est recommandé que les différents canaux participant à un système de surveillance national emploient les mêmes définitions de cas (M. E. St Louis et al., 2010) et s'accordent donc sur les pathologies à surveiller.

6.3.3 Des écarts entre théories et pratiques sur l'implication des agents communautaires

A travers l'analyse de la réalisation de la SBC en Guinée on peut voir qu'il y a un écart entre les discours officiels et institutionnels à propos des agents communautaires, et leurs conditions d'implication dans la surveillance, comme nous le développerons dans cette dernière section.

⁸⁶ Les documents édités par la DNSCMT, à savoir le Guide harmonisé de mise en œuvre de la santé communautaire et la Politique nationale de santé communautaire ne détaillent pas les évènements et pathologies sous surveillance.

a) *Des discours officiels valorisant les agents communautaires*

Le recours aux agents et autres acteurs communautaires dans la préparation et la réponse aux épidémies est mis en avant depuis longtemps dans les discours institutionnels et officiels, et ce dans plusieurs pays, comme nous l'avons déjà évoqué. En Guinée, la participation communautaire est de plus en plus encouragée depuis la première épidémie d'Ebola, notamment dans le cadre de la SBC, comme le montre cet extrait du *Guide de mise en œuvre de la Surveillance à Base Communautaire en Guinée* rédigé par l'ANSS en 2016 :

« Plus la communauté s'approprie le modèle de la SBC et comprend le lien entre la surveillance et la santé (c'est-à-dire ne pas associer la surveillance avec "espionnage"), plus grand sera le changement de comportement, et donc la remontée des alertes pourra devenir systématique et durable. Pour ce faire, il est important que les partenaires à travers les AC soutiennent et encouragent des plans d'action communautaires, des activités de sensibilisation conduites par les communautés et toute autre forme d'activité permettant et favorisant l'engagement communautaire » (ANSS, 2016 : 13).

Depuis, l'importance du recours aux agents communautaires semble vraiment établie dans les réseaux institutionnels nationaux et internationaux, et elle a été relevée par tous les acteurs rencontrés lors des enquêtes, signe que l'engagement communautaire est devenu une dimension incontournable des stratégies sanitaires - un point que nous analyserons plus en détail dans le prochain chapitre.

Au-delà des institutions sanitaires, la sphère politique investit également le domaine de la santé communautaire. Des notables politiques étaient d'ailleurs présents lors du CTPS de Macenta en mars 2020, notamment le représentant local du RPG (Rassemblement du peuple de Guinée - parti alors au pouvoir), cette réunion étant pourtant d'ordre professionnel, et non politique. Peu avant les élections législatives et le référendum constitutionnel de mars 2020, le maire de la commune de Sengbedou a également utilisé la politique de santé communautaire comme argument afin d'encourager les personnes présentes à voter en faveur du changement de constitution, comme cela est relaté dans l'encadré 3.

Encadré 3 : Exemple de l'utilisation de la Politique de santé communautaire comme argument politique lors d'une réunion à Sangolomai (18 mars 2020)

Le 18 mars 2020, je me suis rendue avec Siba (RECO de Palia) à une réunion organisée à Sangolomai à laquelle il avait été convié par son supérieur hiérarchique (l'ASC de sa zone). Siba pensait qu'il s'agissait d'une réunion de bilan sur la santé communautaire dans la sous-préfecture. Sur la route pour nous rendre à Sangolomai nous avons croisé deux hommes, habitants de Palia, qui nous ont indiqué que l'évènement était en fait une « réunion du RPG » selon l'information que leur avait donnée des habitants de Sangolomai, raison pour laquelle ils ne s'y rendaient pas. Si nous avons été un peu perplexes sur le coup, il s'avère que les deux hommes avaient finalement raison.

La « réunion » avait lieu dans la maison des jeunes de Sangolomai, une grande pièce dans un état assez délabré, et où étaient rassemblées une petite centaine de personnes. Le maire était accompagné de ses deux vice-maires, du chef secteur de Sangolomai, tous assis à une table recouverte d'un tissu wax sur lequel la photo du Président de la République et le logo du RPG étaient imprimés en plusieurs exemplaires. Le maire (qui est mania) a fait un discours de près de deux heures, simultanément traduit du français au toma, la population de Sangolomai étant principalement toma. Il y a présenté les objectifs et réalisations de la Commune de convergence de Sengbedou, et s'est notamment appesanti sur son séjour en Allemagne en notant qu'il avait été « sélectionné pour aller représenter les communes de convergence, et pour voir comment évolue le monde ». Il a également présenté les avancées que connaîtraient la sous-préfecture depuis. Il a notamment souligné que l'enregistrement des naissances était désormais généralisé à Sengbedou, grâce au travail des RECO qu'il a qualifiés de « premiers

membres du gouvernement de la commune ». Mais c'est vers la fin de son discours que le maire a dévoilé, sans artifice, la motivation réelle de la réunion du jour, en invitant les citoyens présents à se prononcer en faveur du changement constitutionnel lors du scrutin qui avait lieu quatre jours plus tard :

« Maire de Sengbedou : Certains disent que la nouvelle Constitution, non. Pourquoi non ? Parce que le contenu n'est pas favorable à leurs propres besoins [...] D'autres disent non et d'autres disent oui. Donnons la raison à ceux qui disent oui parce qu'on est prêts à gérer des milliards [...] C'est pourquoi pendant les élections, la nouvelle Constitution tient compte de nos priorités. Le vote c'est pas de la guerre. Le vote c'est pas des histoires. Le vote, tu viens, tu as ta carte, tu votes après tu peux aller. Mais ne créez pas de problèmes pendant le jour des élections. Et la date est maintenue à présent le 22. Donc nous demandons à tous les citoyens de Sangolomai de sortir massivement et aller voter pour l'avenir de notre pays » (Intervention du maire de Sengbedou à la maison des jeunes de Sangolomai, 18 mars 2020).

Dans cet exemple, la santé communautaire est utilisée comme un argument visant à assurer que le gouvernement - par l'intermédiaire ici des élus locaux - est attentif au bien-être de sa population. Cette utilisation politique de la santé communautaire n'est pas nouvelle, et les pionniers dans le domaine, les « *chinese barefoot doctors* » en dehors du fait d'offrir des soins basiques, devaient également faire la promotion du régime communiste chinois lors de leurs interventions au sein des populations (Rifkin, 2009).

b) Des conditions d'exercice qui les dévaluent

Mais si les agents communautaires sont valorisés dans les discours officiels, il en est autrement dans la pratique. Comme nous l'avons vu, à Sangolomai et Palia les réalisations de la politique de santé communautaire semblent peu concrètes, et le discours du maire n'a pas eu l'effet escompté parmi les personnes qui ont été interrogées par la suite. Pour Siba, ce discours est venu au contraire cristalliser son sentiment d'être dupé et dévalorisé par les autorités. Il y a effectivement un écart manifeste entre les discours sur les agents communautaires, qui sont constamment présentés comme des acteurs essentiels du système de santé, et leurs réelles conditions d'exercice, et Siba a fourni plusieurs exemples à ce propos :

- ❖ Il a notamment déploré que la prime qu'il recevait (450 000 GNF, environ 50 €) était largement insuffisante pour pouvoir vivre convenablement ; d'autant que la mairie lui prélevait 50 000 GNF (environ 5 €) chaque mois, pour des raisons assez obscures, et que le paiement des primes était irrégulier (il lui est arrivé de ne rien recevoir durant trois mois) ;
- ❖ Il ajoutait que les RECO finançaient eux-mêmes les photocopies de leurs registres lorsqu'ils se rendaient à la réunion mensuelle au centre de santé ;
- ❖ Les activités que les RECO menaient en surplus, tel que le recensement de la population, n'étaient pas rémunérées (contrairement à ce qui a été formulé lors de leur formation) ;
- ❖ Les RECO n'étaient jamais sélectionnés pour assurer les campagnes de vaccination de masse, ou de distribution de médicaments, alors que celles-ci représentent une opportunité financière non négligeable (car d'autres personnes seraient favorisées par népotisme) ;
- ❖ Certains RECO ont une importante charge de travail : à Sangolomai un RECO couvre plus de 2000 habitants, et à Nialéssou (autre village de Sengbedou) le RECO a près de 1400 habitants à charge (alors que le ratio recommandé est de 650 habitants par RECO)

Tous ces éléments sont autant d'exemples qui montrent qu'au niveau du centre de santé, et de la mairie de la commune, les RECO ne sont pas valorisés et qu'ils travaillent dans des conditions difficiles, induisant une certaine tension entre leurs supérieurs hiérarchiques et eux-mêmes. Siba soutenait que ses collègues et lui étaient impuissants face à cette situation, et qu'il ne pouvait notamment pas contester les retraits effectués sur son salaire car il risquait des remontrances.

Les sentiments de Siba n'étaient visiblement pas isolés, et il a souligné que certains de ses collègues RECO se plaignaient également de leurs conditions de travail, notamment celui de Sangolomai qui devrait être secondé par deux autres RECO, selon les ratios établis par la Politique nationale. D'après Siba, la mairie percevrait quand même les primes allouées aux deux RECO supplémentaires, que les agents communaux et du centre de santé se partageraient. Bien que ces accusations soient peut-être infondées elles témoignent encore une fois de la mauvaise image que Siba a de ses supérieurs hiérarchiques et des autorités locales. Le problème de la surcharge de certains agents communautaires était déjà relevé lorsque la SBC était soutenue sur tout le territoire après l'épidémie d'Ebola, et le rapport d'évaluation faisait notamment état du fait qu'un agent de la commune de Matam à Conakry couvrait une population de 5308 habitants - le ratio moyen étant d'un RECO pour 1445 habitants dans les localités visitées (ANSS et al., 2017) - des proportions qui paraissent démesurées pour que la SBC soit correctement effectuée.

Tous ces éléments ont contribué au fait que Siba a finalement quitté ses fonctions de RECO en juillet 2020, à peine quelques mois après notre rencontre. Il n'est d'ailleurs pas le seul RECO à avoir démissionné dans la sous-préfecture puisqu'un autre avait arrêté peu avant le séjour à Palia (dans le village de Lassaou, au Nord-Ouest de Palia). Le rapport d'évaluation de la PNSC de 2019 mentionnait également des départs de RECO, et notamment une « *démission en cascade* » de ces derniers à Kamsar (PNACC & DNSCMT, 2019 : 4), sans que les motifs ne soient toutefois exposés.

Les conditions décrites par Siba contrastent avec les recommandations formulées par l'OMS en 2010 à propos de la nécessité d'offrir des opportunités de carrière aux agents communautaires (WHO, 2010). Elles contrastent également avec les dispositions prévues par le Ministère de la santé dans les documents officiels, la Politique nationale prévoyant notamment des stratégies de fidélisation de ces acteurs selon le modèle du « pipeline rural »⁸⁷ :

« A l'instar de tous les pays africains, le maintien de ces professionnels sur plusieurs années dans les zones rurales où vivent 65% de la population guinéenne est un réel défi. C'est dans ce contexte que la Guinée souhaiterait mettre en œuvre l'approche du pipeline rural. Il s'agira de permettre aux jeunes et aux femmes d'accéder à des formations professionnelles dans les régions où ils habitent mais également leur offrir des emplois dans les communautés rurales de leur région de résidence afin qu'ils deviennent des acteurs actifs du développement et de la gouvernance locale. Ce personnel communautaire bénéficiera de possibilités de formation continue et d'évolution de carrière dans les régions où ils résident et exercent. De plus, la communauté pourra leur offrir des conditions de travail attrayantes (logement électrifié et équipé, eau, champs à cultiver, écoles de formation primaire et secondaire de qualité pour les enfants, etc.) grâce au financement local que l'Etat va impulser avec la décentralisation. Les collectivités locales avec l'appui des services techniques, seront responsables socialement de la qualité

⁸⁷ La notion de « pipeline rural » est développée par l'OMS depuis plusieurs années dans l'objectif d'améliorer la pérennité des programmes et interventions sanitaires dans les zones rurales. En Guinée, cette approche « consiste à former, à employer et à fidéliser dans les zones rurales ou limitrophes, les agents de santé y résidant afin de fournir des soins de qualité aux communautés », dans le cadre de la Politique nationale de Santé Communautaire, et du PNACC (OMS, 2019b).

des services de santé qui seront offerts aux populations mais également de la qualité des écoles de formation sous leur autorité » (Politique Nationale de Santé communautaire, 2017 : 21).

Ce contraste apparent entre les discours sur l'importance de la mobilisation des acteurs communautaires et leurs conditions réelles d'exercice est également visible dans le traitement réservé aux AC non officiels, tels que ceux de Bowa. Aly regrettait notamment le fait de recevoir une prime irrégulière et minime, alors qu'il a conscience que le rôle de ses collègues et lui-même est considéré comme important par d'autres acteurs du système de santé :

« A l'heure-là c'est les AC qui remontent tous les problèmes au niveau de la santé. Ça c'est clair. Toutes les informations sont au niveau des AC. Donc dès qu'il y a un problème seulement, l'AC remonte. Les chefs qui sont là eux-mêmes disent ça, ils disent « sans vous on ne peut pas être situés », parce que l'AC il est dans la communauté, il connaît ce qu'il se passe réellement » (Entretien avec Aly, AC à Bowa).

Comme nous l'avons déjà vu, depuis la fin des programmes de soutien à la SBC sur tout le territoire, il est toujours recommandé que les AC continuent à la réaliser sans recevoir de contrepartie. Mais en l'absence de soutien financier cette ambition semble compromise : d'une part car les AC ne sont pas rémunérés ; mais également car les centres et postes de santé ne semblent pas l'ériger en priorité du fait notamment des difficultés importantes auxquelles ils font face d'ordinaire. En mars 2020, le centre de santé de Bowa n'avait par exemple pas les ressources humaines et matérielles nécessaires pour répondre correctement à l'épidémie de Covid-19. Il était ainsi difficile de dégager un budget pour permettre aux AC d'être défrayés des frais de communication ou de transport afin de déclarer les informations suspectes par téléphone ou en présentiel. Pourtant cette forme de soutien, aussi minime soit-elle, semble nécessaire pour que ces acteurs puissent participer, tant leur situation est généralement très précaire. Il en est d'ailleurs de même pour les RECO officiels, comme nous l'avons vu avec l'exemple de la tentative avortée de notification d'un décès suspect d'animal par Siba en 2019, ce dernier ne pouvant supporter les frais demandés par le centre de santé pour la venue du vétérinaire.

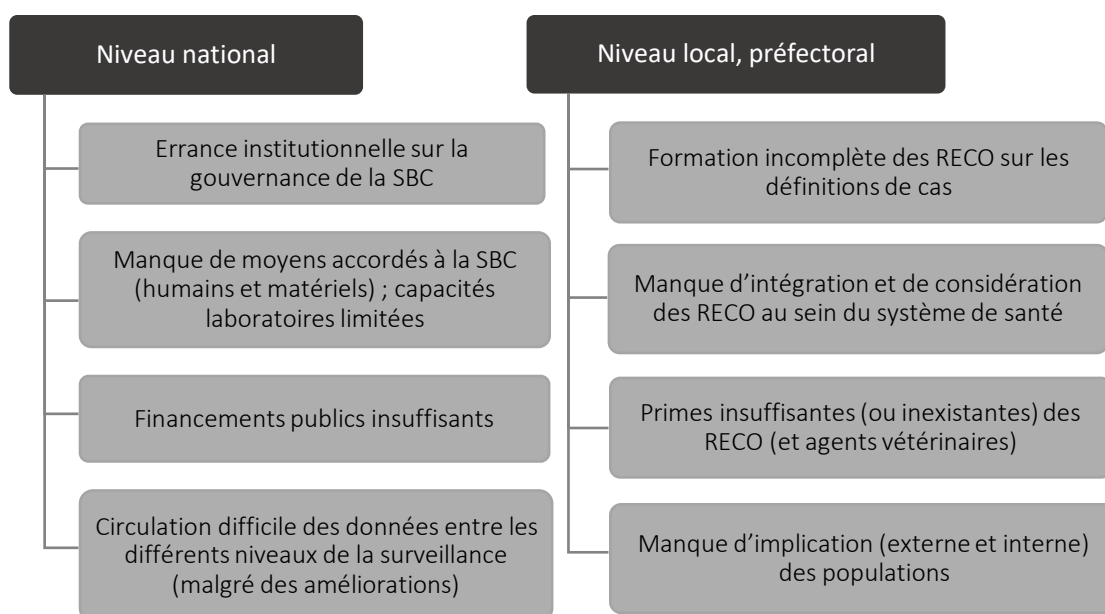
Le rapport d'évaluation de la SBC notait que certains centres de santé proposaient aux AC d'être impliqués dans d'autres activités, ce qui leur offrait une « motivation » et une « valorisation de l'AC auprès de sa communauté » (ANSS et al., 2017 : 12), mais ces exemples ne semblent pas représentatifs des pratiques réelles, car les AC de Bowa, comme Siba, ne sont pas sélectionnés pour y participer. Ce sont parfois les stagiaires de ces structures qui sont choisis pour les mener, dans la mesure où ils ne reçoivent pas de salaires officiels, et sont ainsi tout autant précaires que les AC. Zézé avait tenté de sensibiliser les chefs des centres de santé de la préfecture afin qu'ils impliquent les AC lors de ce type d'événements, notamment les agents qui étaient auparavant impliqués dans la SBC, afin de susciter à nouveau leur motivation, mais sans succès apparent.

Les situations dépeintes par Siba et les AC de Bowa montrent que leurs conditions d'exercice laissent à désirer, et qu'elles ne leur permettent pas de sortir de la précarité, y compris pour le RECO rémunéré. Une faible rémunération s'ajoute au fait que ces agents entretiennent peu de liens avec les structures sanitaires, et participe du fait qu'ils se sentent finalement peu valorisés et peu considérés. Très peu de RECO ont d'ailleurs été rencontrés lors des missions effectuées dans le cadre de l'évaluation de la PNSC en 2019, alors que dans ces localités tous les cadres des structures sanitaires, et tous les ASC ont été vus par les équipes. Bien que l'objectif de cette évaluation était de « superviser les activités des équipes cadres de districts sanitaires, des communes, des centres de santé, des ASC et des RECO dans la mise en œuvre de la santé communautaire dans les communes de convergence » (PNACC & DNSCMT, 2019 : 3), il semble que celle-ci se soit en réalité peu intéressée aux RECO. Cela illustre une nouvelle fois le

fait que ces acteurs sont considérés comme les piliers du système, mais d'une manière plus théorique que palpable, alors que l'inclusion des agents communautaires dans les systèmes de santé est largement encouragée pour la réussite des programmes (Haines et al., 2007 ; Singh & Sachs, 2013). On est donc loin des discours valorisant le travail des RECO et la Politique de santé communautaire en général, alors que celle-ci peut être employée comme argument politique. A terme cela peut conduire à la démotivation, voire à la démission des acteurs locaux (comme dans le cas de Siba), et contrevenir ainsi à l'exercice de la SBC, mais aussi à la réalisation des stratégies de santé communautaire dans leur ensemble.

Tout au long de ce chapitre, nous avons abordé différents facteurs qui peuvent représenter des difficultés à l'exercice de la SBC, au niveau local, préfectoral et national. Ils sont schématisés dans la figure ci-dessous (figure 34).

Figure 34 : Les difficultés pouvant contrevenir à l'exercice de la SBC



Conclusion

Dans ce sixième chapitre nous avons vu que bien qu'elle soit vivement encouragée depuis la première épidémie d'Ebola, la SBC demeure encore assez peu employée en Guinée, que ce soit en période de riposte épidémique ou de préparation aux épidémies. Dans une commune couverte par la Politique nationale de santé communautaire au sein de laquelle le RECO est chargé de réaliser cette forme de surveillance aux côtés d'autres activités, nous avons vu qu'il avait été confronté à certaines difficultés lors de sa seule expérience de notification, et que sa formation laissait à désirer sur le sujet.

Nous avons questionné l'emploi de cette forme particulière de surveillance dans la riposte aux épidémies de Covid-19, déclarée en mars 2020, et de la deuxième épidémie d'Ebola, qui a eu lieu entre les mois de février et juin 2021. A ce titre, nous avons montré que malgré certains discours particulièrement confiants sur les capacités des autorités nationales à riposter à ces épidémies grâce

à l'expérience antérieure d'Ebola, celles-ci avaient été mesurées, et que comme d'autres pays du monde la Guinée a connu des difficultés dans la riposte au Covid-19. Nous avons également vu que bien qu'elle ait été vivement encouragée, la SBC n'a finalement été que peu employée dans la lutte contre ces deux épidémies, notamment car les agents communautaires ont été encouragés à la réaliser de manière volontaire et sans soutien matériel et financier.

Enfin, nous avons vu qu'une certaine complexité subsistait à propos de la coordination entre les institutions nationales impliquées dans la SBC, et que cela conduisait notamment à des incohérences en termes de maladies considérées sous surveillance. Il y a également une forme de paradoxe entre le recours très encouragé aux agents communautaires, et les conditions dans lesquelles ils sont invités à réaliser la SBC. Dans le prochain chapitre consacré à l'analyse plus développée de l'engagement d'acteurs communautaires dans la réponse à la deuxième épidémie d'Ebola à Gouécké et N'Zérékoré, nous verrons que le traitement dépeint ici caractérise également les conditions d'exercice des acteurs mobilisés exceptionnellement dans la riposte à l'épidémie, pour laquelle d'importants moyens sont pourtant déployés.

QUATRIEME PARTIE : DETERMINANTS DES INTERVENTIONS DE MOBILISATION SOCIALE ET DE SURVEILLANCE EN CONTEXTE DE RIPOSTE EPIDEMIQUE

Après avoir donné un aperçu historique de la santé et de la surveillance communautaires dans la deuxième partie, puis présenté des résultats d'enquête sur leur réalisation actuelle en région forestière dans la troisième, cette quatrième partie sera consacrée aux enjeux de ces deux éléments dans le cadre de la riposte aux épidémies.

Les chapitres 7 et 8 porteront sur l'engagement communautaire et le suivi des cas contacts lors de la deuxième épidémie d'Ebola survenue en 2021 en Guinée, durant laquelle des enquêtes ont été menées en région forestière (à Gouécké et N'Zérékoré) et à Conakry. Comme cela a déjà été évoqué, l'engagement (autrement nommé participation) communautaire, est particulièrement encouragé par les organisations internationales et les institutions nationales depuis la première épidémie d'Ebola en Guinée. Au cours des deux derniers chapitres nous avons vu plus en détail le quotidien, et les conditions d'implication, de plusieurs AC et RECO, hors contexte épidémique. Nous nous interrogerons ici sur la réalisation de l'engagement communautaire lors de cette deuxième épidémie : Comment ces acteurs sont-ils impliqués ? Quelles sont leurs tâches, et les moyens mis à leur disposition pour les réaliser ? Leurs avis sont-ils pris en compte par les autres acteurs de la riposte ? Nous répondrons à ces questions dans le septième chapitre, avant de nous intéresser dans le chapitre suivant à la condition particulière des personnes qui ont été sollicitées pour réaliser le suivi des cas contacts. Dans celui-ci, il sera également question des effets sociaux des mesures d'isolement sur les personnes contacts elles-mêmes, et des facteurs contextuels jouant un rôle dans la réalisation du suivi.

En contexte de riposte il est admis, comme cela a d'ailleurs souvent été rappelé avec la pandémie de Covid-19, que les deux piliers de la lutte contre une épidémie sont le dépistage et le traitement des cas confirmés (la stratégie « *test and treat* », pour la version anglaise). La question des tests invoque celle de l'annonce de résultats, qui s'accompagne souvent d'un diagnostic médical sur la présence ou non d'une pathologie. La réalisation de tests biologiques peut aboutir à la révélation de résultats erronés, que l'on nomme « faux-positifs » ou « faux-négatifs », et qui peuvent entraîner la révision d'un diagnostic antérieur. Des tests sérologiques réalisés chez des personnes déclarées guéries de la MVE et des cas contacts ont révélé pour certains des résultats en discordance avec le vécu de ces personnes. S'est alors posée la question de l'annonce de ces informations aux personnes concernées, et de ses possibles répercussions. Dans le chapitre 9 il sera ainsi question des enjeux éthiques relatifs aux résultats de ces enquêtes réalisées après la première épidémie d'Ebola, et aux enquêtes de séroprévalence qui ont eu lieu dans le cadre de la pandémie de Covid-19.

Cette quatrième partie concerne les sous-objectifs 2 et 3 de la thèse.

CHAPITRE 7 : L'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE DURANT LA DEUXIEME EPIDEMIE D'EBOLA

Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, à l'époque coloniale l'administration avait parfois recours à des acteurs locaux qui jouaient le rôle d'intermédiaires auprès des populations. Durant les années 1980, avec la promotion du modèle des SSP, il y a eu le déploiement des « agents communautaires » (qui étaient pour la première fois nommés ainsi). Ces acteurs ont ensuite été sollicités par des programmes ou projets spécifiques, sans que leur statut ne soit institutionnalisé, et en Guinée c'est après la première épidémie d'Ebola que la nécessité de déployer des agents communautaires sur tout le territoire a été remise en avant. Depuis, des RECO exercent dans les zones couvertes par la PNSC (qui couvrait, pour rappel, 38 % des communes du pays au printemps 2022), aux côtés des ASC. Dans les communes qui ne sont pas encore concernées, il est fréquent que des ONG locales ou internationales aient recours à d'autres acteurs communautaires. Au titre de la promotion de l'engagement communautaire, plusieurs acteurs locaux sont donc impliqués sur tout le territoire.

Lorsque la deuxième épidémie d'Ebola a été déclarée sur le sol guinéen le 14 février 2021, il a rapidement été question de mobiliser des acteurs communautaires dans la riposte. Comme cela a déjà été évoqué dans le chapitre précédent, cette épidémie était concentrée dans la région de N'Zérékoré, ainsi qu'à Conakry où l'un des premiers cas confirmés s'est rendu pour recevoir des soins, et où une trentaine de cas contacts ont été suivis. Avant que cette deuxième épidémie ne prenne fin le 19 juin 2021, des observations et des entretiens avec des acteurs de la riposte ont été menés à Conakry, ainsi qu'à Gouécké et N'Zérékoré (lors d'une mission collective). Ces enquêtes ont porté principalement sur les stratégies d'engagement communautaire, qui font l'objet de ce chapitre, et sur le suivi des cas contacts, qui sera davantage analysé dans le chapitre suivant.

7.1 Un intérêt sans cesse renouvelé pour les stratégies d'engagement communautaire

Avant de présenter les résultats de cette enquête, il convient de définir ce qui est entendu par « engagement communautaire ». Nous verrons que cette notion a été fortement médiatisée avec la première épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, et qu'elle a été à nouveau mise en avant lors de la deuxième épidémie en Guinée.

7.1.1 Un principe admis au niveau global

La déclaration de la deuxième épidémie d'Ebola en Guinée a été une nouvelle occasion de mettre en avant l'importance de l'engagement communautaire dans la mise en œuvre d'une riposte efficace. Ce principe est depuis longtemps plébiscité par les institutions et organisations internationales dans la réalisation d'interventions de santé publique car il permettrait de les rendre plus acceptables pour les populations, et garantir ainsi leur succès (Olivier de Sardan, 2021). L'engagement communautaire est notamment encouragé dans le cadre de la riposte aux épidémies, et ce, d'autant plus depuis la première épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, puisque comme nous l'avons vu dans le quatrième chapitre, elle a été le théâtre de tensions particulièrement vives entre les populations et le dispositif de la riposte. L'implication, la participation et la sensibilisation des populations à la maladie et aux mesures à mettre en œuvre pour y répondre, ont ainsi été considérées comme essentielles à un moment où l'épidémie paraissait incontrôlable. Ces observations ont d'ailleurs fait l'objet d'un éditorial de la prestigieuse revue *The Lancet* en juin 2014 : *“Perhaps the*

biggest challenge for the concerned ministries of health and their international partners will be improving public awareness of the disease, and trust and confidence in the medical response. Good communication, transparency, and community engagement will be central to success” (The Lancet, 2014 : 1946).

L’engagement communautaire n’était pas une nouveauté lors de cette première épidémie d’Ebola, mais son intérêt est sans cesse renouvelé depuis lors, et cette épidémie est parfois citée en exemple pour souligner l’importance de telles stratégies (WHO, 2017c). Depuis, l’OMS a édité différents guides relatifs à l’engagement communautaire, à propos par exemple d’une autre épidémie de MVE en RDC (OMS, 2018), ou du processus de recherche des cas contacts dans le cadre de la pandémie de Covid-19 (OMS, 2021d). En effet, l’implication des populations a été vivement encouragée dans la lutte contre le Covid-19 (Ballard et al., 2020 ; Wiah et al., 2020), et plus largement la participation communautaire a été jugée « *cruciale* » en temps de pandémie (Marston et al., 2020 : 1).

De principe d’action, l’engagement communautaire - autrement nommé mobilisation sociale ou participation communautaire - est donc devenu une stratégie à part entière de la riposte aux épidémies. Bien qu’assez tardif (Wilkinson et al., 2017), l’encouragement de l’engagement communautaire durant la première épidémie d’Ebola a abouti à l’implication de nombreux acteurs locaux dans différentes stratégies de la riposte. Concernant la prise en charge, des personnes guéries de la MVE ont par exemple été mobilisées dans les CTE en qualité de promoteurs de santé, ou de nourrices (Delamou et al., 2017). Des agents locaux ont également été impliqués dans la réalisation des enterrements (Le Marcis, 2015), la communication et la sensibilisation sur la MVE (S. Camara, Delamou, et al., 2020), le suivi des cas contacts (Desclaux et al., 2016) ou encore la SBC (Le Marcis et al., 2019) et les essais vaccinaux (Faye et al., 2018). Si des résultats positifs ont bien été décrits, cette participation communautaire n’a pas toujours abouti aux effets escomptés, puisque comme nous l’avons vu dans un précédent chapitre, les acteurs impliqués n’étaient pas toujours considérés comme légitimes par les populations (Faye, 2021 ; Le Marcis et al., 2019).

Dès la déclaration de la deuxième épidémie d’Ebola en Guinée, différents acteurs institutionnels, politiques et scientifiques, ont à nouveau fait la promotion de l’engagement communautaire considéré comme un pilier essentiel de la riposte (Delamou et al., 2021 ; Médiaguinée, 2021a ; Sagnane, 2021).

7.1.2 Un pilier de la riposte à l’épidémie

Comme cela a déjà été souligné dans le chapitre précédent, la riposte à cette deuxième épidémie d’Ebola a été organisée sous l’autorité de l’ANSS, qui était soutenue par différents partenaires extérieurs, et elle a été rapidement mise en place. Les stratégies de lutte étaient réparties en 17 piliers « essentiels » détaillés dans le « *Plan de réponse à la maladie à virus Ebola en Guinée* » promptement mis au point par le Ministère de la santé (Ministère de la santé, 2021) :

- (1) Surveillance épidémiologique
- (2) Laboratoire
- (3) Prise en charge médicale
- (4) Communications sur les risques, mobilisation sociale et engagement communautaire
- (5) Prévention et contrôle des infections
- (6) Prise en charge psycho-sociale
- (7) Gestion de l’information
- (8) Vaccination MVE
- (9) Prise en charge des sortis guéris

- (10) Points d'entrée et collaboration transfrontalière
- (11) Appui alimentaire
- (12) Protection
- (13) Prévention contre l'exploitation et les abus sexuels
- (14) Renforcement de la gouvernance et la coordination
- (15) Sécurité
- (16) Logistique
- (17) Administration et finances

Au-delà d'être fortement plébiscité, l'engagement communautaire a donc effectivement été considéré comme une stratégie à part entière de la riposte à cette épidémie, et elle est le quatrième pilier cité dans ce document.

C'est à ce titre qu'un grand nombre d'acteurs locaux ont été impliqués dans la lutte contre la MVE. Ils ont rempli diverses missions, qui seront décrites dans la prochaine section. Nous verrons que leurs fonctions ont dépassé le seul pilier « *Communication sur les risques, mobilisation sociale et engagement communautaire* », puisque les acteurs rencontrés lors de ces enquêtes ont également été impliqués dans la tenue des points de contrôle sanitaire (PCS), et le suivi des cas contacts.

7.2 Place et rôles des acteurs communautaires dans la riposte à la deuxième épidémie d'Ebola

Lors d'une mission collective réalisée à Gouécké et N'Zérékoré⁸⁸, plusieurs acteurs communautaires qui ont participé à la lutte contre l'épidémie, et certains de leurs supérieurs hiérarchiques, ont été rencontrés. Précisons tout d'abord que lorsque l'on fait référence aux acteurs dits « communautaires », on pense souvent aux leaders et agents communautaires (ou relais communautaires). Toutefois, certains des acteurs communautaires rencontrés lors de ces enquêtes étaient également des professionnels de santé (titulaires ou non), qui ont été mobilisés dans la riposte et qui étaient tous issus des localités concernées et étaient également considérés comme des acteurs communautaires de la riposte. Ces précisions faites, nous allons maintenant décrire les fonctions et les profils de ces acteurs locaux, ainsi que leur place dans le dispositif de la riposte. Il s'agissait, comme nous le verrons, de RECO, d'agents de suivi des cas contacts et d'agents déployés à la tenue des PCS.

7.2.1 Les RECO et leurs activités de sensibilisation

Nous avons rencontré huit RECO qui ont été impliqués par l'ONG suisse Terre des Hommes, dans la sous-préfecture de Gouécké (6) et dans la ville de N'Zérékoré (2). L'annexe 1 présente, pour rappel, les caractéristiques des différents interlocuteurs rencontrés lors de ce travail. Cette ONG est présente en Guinée depuis 1987, et quatre RECO avaient déjà travaillé pour elle dans le cadre d'un

⁸⁸ Je précise que les acteurs présentés ici sont seulement ceux que j'ai personnellement rencontrés, parfois avec l'un de mes collègues (Moriba Maomy ou Moustapha Keïta Diop). Je ne cite pas les acteurs qui ont été interrogés par mes collègues seuls, afin d'éviter les erreurs d'interprétation de ces échanges durant lesquels je n'étais pas présente. Lorsque les personnes ont été rencontrées avec l'un ou l'autre de mes collègues, cela est précisé dans le tableau présentant les interlocuteurs en annexe 1.

projet précédent qui avait pris fin deux mois avant la déclaration de l'épidémie d'Ebola⁸⁹. Trois d'entre eux avaient également déjà travaillé comme agents communautaires lors de la précédente épidémie d'Ebola (pour d'autres organisations), et la majorité des RECO avaient ainsi une expérience antérieure en mobilisation sociale. Il s'agissait principalement d'hommes, et il n'y avait qu'une femme parmi ces huit agents.

Dans le cadre de la lutte contre l'épidémie, leur mission était de réaliser des sensibilisations sur la MVE (notamment à propos des symptômes, ou encore des moyens de protection), à raison de dix ménages par jour, tous les jours, dans leur quartier ou village (figure 35). Dans le cadre de la riposte, le ratio national d'un RECO pour 650 habitants (recommandé dans la PNSC) a été réduit à un RECO pour 500 habitants.

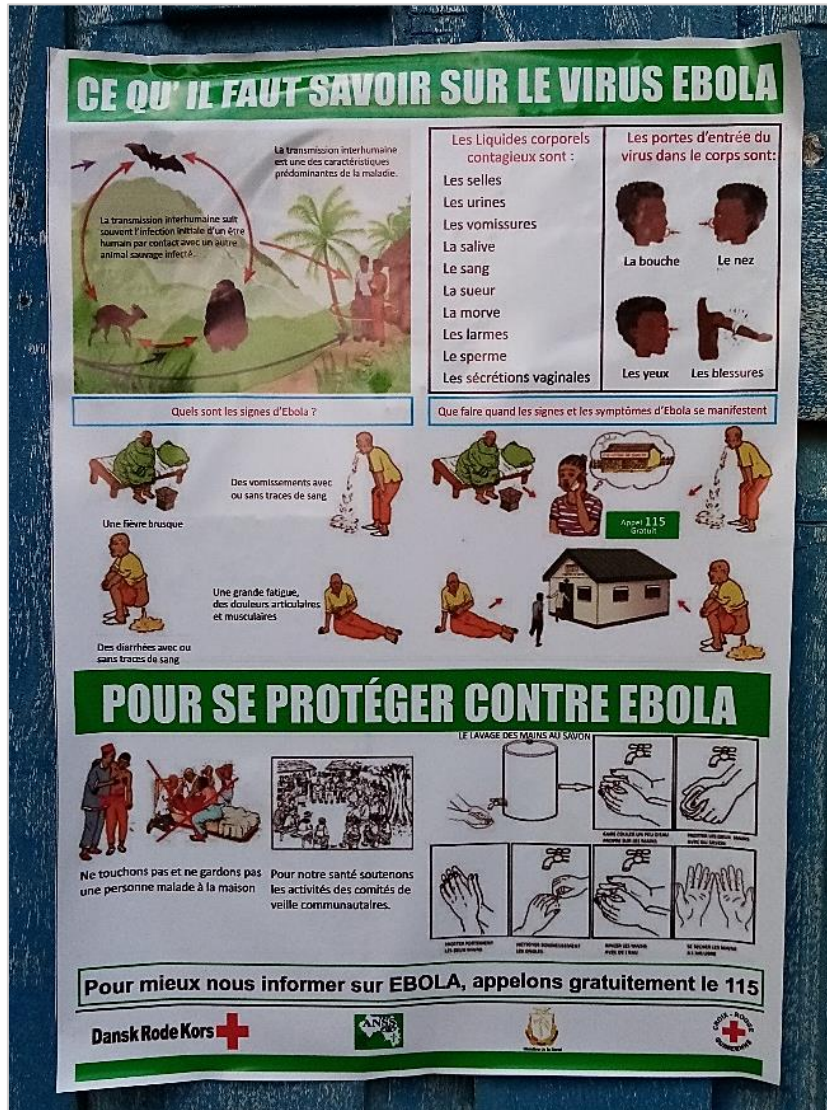
Figure 35 : RECO en séance de sensibilisation sur Ebola, 10 avril 2021, Gouécké, © Moriba Maomy



Afin de réaliser ces sensibilisations, les RECO ont été dotés d'une affiche leur servant de support (figure 36), qui mentionne diverses informations sur la maladie : un schéma sur l'écologie du virus (qui serait transmis des chauves-souris à l'homme) ; les moyens de transmission et les principaux symptômes cliniques ; les mesures de prévention ; ainsi que le numéro d'urgence mis en place par les autorités comme lors de la première épidémie (115).

⁸⁹ Il s'agissait du projet ReCLASS (Renforcement de la collaboration entre les collectivités locales et les autorités sanitaires) qui a été motivé par la baisse de la fréquentation des structures sanitaires après la première épidémie d'Ebola (durant laquelle Terre des Hommes s'était également investie dans la riposte). Les RECO rencontrés ici ont expliqué que leur rôle dans ce projet était principalement de réaliser des sensibilisations dans les ménages pour encourager le recours aux accouchements dans les établissements de santé, et le respect du calendrier vaccinal des enfants.

Figure 36 : Affiche de sensibilisation sur Ebola, 12 avril 2021, Gouécké, © Barranca



Pour attester de leur travail, les RECO avaient également une fiche à faire signer au représentant de chaque ménage visité, qu'ils devaient ensuite remettre à leurs superviseurs. A Gouécké, les RECO étaient tous suivis par le même superviseur, mais ce n'était pas le cas à N'Zérékoré où ils étaient plus nombreux. Nous reviendrons plus loin sur la question de la supervision.

Il faut préciser ici que l'employeur officiel des RECO est la commune dans laquelle ils résident, l'ONG suivant les recommandations de la PNSC (qui ont été présentées dans le quatrième chapitre). L'objectif est, qu'à terme les collectivités prennent en charge les RECO, puisque les communes de Gouécké et N'Zérékoré ne sont pas encore couvertes par la PNSC. Terre des Hommes a toutefois supporté tous les frais liés à l'implication des RECO dans la riposte, et ceux-ci semblaient considérer que l'ONG était leur véritable employeur. Ces RECO ne sont ainsi, et pour le moment, pas mobilisés sur le long terme.

Notons enfin que d'autres organisations ont impliqué des RECO dans le cadre de la riposte à l'épidémie, notamment MSF à travers un partenariat avec une ONG locale (mais sur un temps court, l'organisation ayant été rapidement écartée par les autorités sanitaires). L'UNFPA (Fonds des Nations unies pour la population) a également déployé 50 RECO, et l'UNICEF a mobilisé 385 « MoSo » (Mobilisateurs

sociaux) selon la dénomination employée par cette institution pour désigner ce type d'acteurs (Coordination des partenaires de la riposte, 2021).

7.2.2 Les agents impliqués dans le suivi des cas contacts

Lors de cette mission, nous avons également rencontré 6 agents de santé qui ont été mobilisés pour le suivi des cas contacts, dont la moitié à Gouécké-centre, et l'autre moitié à N'Zérékoré. Ces agents étaient trois hommes et trois femmes, dont deux infirmiers titulaires de la fonction publique, et quatre personnes ayant le diplôme d'ATS et étant stagiaires en centres de santé. Ces agents exercent d'ordinaire dans des structures sanitaires locales, et ont été mobilisés par leurs responsables hiérarchiques directs (les chefs de centres de santé). La question du suivi des cas contacts sera davantage abordée dans le chapitre suivant, mais présentons dès à présent les tâches confiées aux agents de suivi.

En principe, les personnes déclarées cas contacts de cas confirmés devaient être isolées à domicile pendant 21 jours (après la date du dernier contact avec ledit cas, correspondant à la durée d'incubation du virus). Les agents de suivi étaient supposés leur rendre visite matin et soir afin de détecter au plus tôt l'apparition d'éventuels symptômes et organiser ainsi leur transfert en CT-EPI pour un test et une potentielle prise en charge. En plus de ces 6 agents de santé, deux RECO ont été mobilisés au tout début de l'épidémie pour réaliser le suivi des cas contacts dans leur village et quartier, la procédure voulant normalement que ce soit les RECO qui réalisent le suivi (nous y reviendrons).

Lors de cette enquête, il n'y avait plus de cas contacts déclarés à Gouécké, et les agents de cette localité ont ainsi livré leurs expériences lors d'entretiens. Etant donné que deux nouveaux cas avaient été enregistrés au début du mois d'avril (se référer à l'annexe 7 pour un récit détaillé des clusters de cette épidémie), des cas contacts étaient par contre recensés dans cette ville lors de notre séjour. Trois agents de suivi ont été rencontrés à N'Zérékoré, et deux d'entre eux ont été suivis pour une observation de leurs pratiques.

Parmi ces huit personnes impliquées dans le suivi des cas contacts, l'un des infirmiers titulaires et un RECO avaient déjà été mobilisés pour le suivi des quelques cas contacts qui avaient été recensés à Gouécké lors de la première épidémie d'Ebola. Toutefois, cette activité était inédite pour les six autres agents mobilisés (cinq agents de santé et un RECO). Dans le cadre de la riposte à cette épidémie, les agents de suivi ont été supervisés par des acteurs de trois institutions qui ont soutenu le suivi des cas contacts, à savoir l'ANSS, l'OMS et le CDC.

7.2.3 Les agents de santé déployés aux points de contrôle sanitaire

Cinq agents de santé affectés à la tenue d'un PCS - autrement désigné « barrage sanitaire » - ont également été rencontrés à Gouécké. Nous avons échangé avec ces agents sur leur lieu de travail, ce qui nous a permis en parallèle de réaliser des observations. Il s'agissait de quatre ATS stagiaires et un infirmier titulaire, qui exercent d'ordinaire dans un centre de santé de Gouécké, et il y avait une femme parmi eux.

Ces PCS sont assez sommaires (figure 37), et ils sont similaires aux barrages parfois érigés sur les routes du pays par les militaires ou autres gendarmes. Dans le contexte de l'épidémie, ils ont pour but de procéder au contrôle de température de tous les chauffeurs et passagers des véhicules qui franchissent le barrage (dans les deux sens de circulation) au moyen de *Thermoflash*. Ces voyageurs sont également

invités à sortir des véhicules pour se laver les mains avec les kits disposés à cet effet, et les agents du barrage sont supposés contrôler le respect du protocole par ces derniers, qu'ils doivent aussi compter.

En plus des agents de santé, des agents des forces de sécurité sont affectés à la tenue de ces barrages, mais nous n'avons pas échangé avec eux. Ces PCS ont été mis en place et gérés par l'OIM, comme lors de la précédente épidémie d'Ebola, et 66 agents ont été impliqués au total dans la région de N'Zérékoré (Coordination des partenaires de la riposte, 2021).

Figure 37 : Point de contrôle sanitaire à l'entrée de Gouécké, Guinée7, « Ebola en Guinée : L'épicentre isolé par les autorités », 17 fév. 2021, © Guinée7



On voit ainsi que sous la désignation d'acteurs « communautaires », il y a en réalité une certaine diversité de profils et que ces agents ne forment pas une communauté homogène. Les conditions dans lesquelles ils travaillent diffèrent également d'une fonction à l'autre, mais si certains sont légèrement favorisés par rapport à d'autres, nous verrons qu'ils exercent tous dans des conditions peu confortables.

Notons qu'en dehors de ces onze agents de santé et huit RECO, nous avons également eu l'occasion d'échanger à Gouécké avec deux acteurs communautaires indépendants qui se sont volontairement impliqués dans la réponse : Nestor, un jeune homme qui a aidé plusieurs organisations et qui a réalisé des sensibilisations autour de lui, et Hady, un leader communautaire officiel.

7.3 L'inégalité de traitement entre acteurs communautaires et institutionnels

Si leurs missions au sein de la riposte sont diverses, et qu'ils ne forment pas un groupe homogène, le traitement réservé à tous ces acteurs communautaires est assez similaire, et tous travaillent dans des conditions peu favorables.

7.3.1 La précarité financière et administrative des acteurs communautaires

Tous les acteurs communautaires que nous avons eu l'occasion de rencontrer à Gouécké et N'Zérékoré nous ont fait part de leur mécontentement à propos de leurs conditions de travail, comme nous le verrons dans cette troisième partie.

a) Des primes hétérogènes et insatisfaisantes

Les acteurs communautaires avec qui nous avons échangé ont déploré avoir reçu des primes insatisfaisantes. Celles-ci étaient assez hétérogènes, comme l'illustre le tableau 7.

Tableau 7 : Les primes mensuelles perçues par les différents types d'acteurs communautaires

Type d'acteurs communautaires	Organisation	Prime mensuelle GNF (Euro)
RECO	Terre des Hommes	450 000 GNF (50 €)
Agents des points de contrôle sanitaire	OIM	960 000 GNF (107 €)
Agents de suivi des cas contacts	Structures sanitaires (avec soutien ANSS, CDC, OMS)	1 500 000 GNF ⁹⁰ (167 €)
MoSo	UNICEF	1 500 000 GNF (167 €)
RECO	UNFPA	3 000 000 GNF (335 €)

Les RECO ont été rémunérés par Terre des Hommes à hauteur de 450 000 GNF mensuels (environ 50 €), conformément au montant recommandé par la PNSC, à laquelle l'ONG souhaite se conformer. Néanmoins, il y a eu une certaine disparité dans le traitement réservé à ce type d'agents communautaires, puisque les MoSo de l'UNICEF ont reçu une prime mensuelle de 1 500 000 GNF (environ 167 €) pour un travail équivalent, et les RECO mobilisés par l'UNFPA, 3 000 000 GNF par mois (environ 350 €). Les RECO que nous avons rencontrés étaient pour certains informés de ces différences de traitement réservées à leurs homologues dans d'autres organisations, et cela a entraîné une certaine jalousie qui paraissait justifiée.

Le 8 mars 2021, le Directeur régional de la santé de N'Zérékoré a ainsi signé une circulaire recommandant aux institutions et ONG impliquées dans la riposte, de rémunérer les agents communautaires locaux à hauteur de 50 000 GNF par jour (environ 5 €), soit 1 500 000 GNF mensuels dans le but d'harmoniser leur prise en charge. On voit donc que parmi les organisations qui ont impliqué des RECO et autres MoSo, seule l'UNICEF a suivi les recommandations de la DRS. Lorsque nous avons interrogé des responsables de Terre des Hommes à ce sujet, ils nous ont annoncé qu'ils n'avaient pu se conformer aux attentes de la DRS car leur budget était déjà acté et qu'ils ne pouvaient se permettre des frais supplémentaires. De fait, ce type de structure a des ressources moindres en comparaison des grandes agences des Nations Unies que sont l'UNICEF et l'UNFPA. Les responsables de l'ONG, ainsi que le superviseur direct des RECO, argumentaient également sur le fait que leur présence dans la zone était antérieure et qu'ils allaient probablement poursuivre leurs activités de santé communautaire en impliquant encore des RECO. Dans ce contexte, il était pour eux risqué de rémunérer davantage les RECO au cours de l'épidémie, car ces derniers allaient peut-être s'habituer à une somme que l'ONG, et surtout l'Etat (qui est supposé prendre à terme le relais sur leur prise en charge), ne pourraient plus leur offrir ensuite. Cet argument, bien que sensé, comporte toutefois des limites, sur lesquelles nous reviendrons en fin de chapitre.

⁹⁰ Montant supposé (non précisé par les agents concernés).

Les agents de santé affectés au suivi des cas contacts ne nous ont pas partagé le montant de la prime qu'ils ont reçue. Néanmoins, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, un agent de suivi a aussi été rencontré à Conakry (Ansoumane⁹¹). Ce dernier a été rémunéré à hauteur de 1 500 000 GNF mensuels (environ 165 €), et il est donc très probable que ceux de Gouécké et N'Zérékoré aient reçu le même montant, qui correspond de plus à la somme indiquée par la DRS. Quoi qu'il en soit, tous les agents de suivi interrogés dans ces trois localités ont considéré que leurs primes étaient insuffisantes, notamment au regard des risques qu'ils ont eu le sentiment de prendre, comme nous le verrons plus loin. Lors d'un entretien, Sory, infirmier titulaire à Gouécké, a également souligné qu'il avait été déçu de ne pas recevoir une prime supérieure à ses collègues alors qu'il était chef d'équipe. Il a aussi déploré ne pas avoir perçu de « *frais de carburant* » alors qu'il utilisait sa moto personnelle pour réaliser le suivi, et ce, malgré en avoir fait la demande à ses supérieurs.

Les agents de santé qui ont été mobilisés à la tenue du PCS se sont particulièrement plaints du montant de leur prime. La situation était source de malentendus et lorsque nous les avons rencontrés le 12 avril 2021, ils avaient alors reçu deux versements différents, équivalents à une prime de 32 000 GNF par jour (environ 3 €). Ce montant a été à la source de tensions entre ces agents et leurs responsables, et dès le premier versement, ils ont demandé à être rémunérés davantage. Malgré les promesses d'un agent de l'OIM, leur prime n'a pas été augmentée pour le deuxième versement. Les agents du barrage se sont alors mis en grève. Ils ont repris le travail trois jours plus tard, lors de notre rencontre, après qu'un autre agent de l'OIM leur ait à nouveau promis un meilleur salaire. Patrice, chef d'équipe et infirmier titulaire d'ordinaire, a déploré qu'aucun agent de l'OIM ne soit venu à leur rencontre depuis cette grève. Il a ajouté que les échanges avec ses supérieurs étaient toujours verbaux (et le plus souvent par téléphone), et que rien n'était formalisé par écrit : « *Les promesses ne font que tomber. Mais il n'y a pas d'écrit, c'est la bouche. Pas d'écrit, c'est la bouche seulement [...] Et depuis ce jour on a vu personne sur le terrain, donc on peut pas prendre ça en argent comptant* ». Patrice a ainsi menacé de quitter son poste si rien n'était fait pour améliorer leurs conditions de travail : « *Moi je voudrais dire aujourd'hui que si ça continue comme ça, moi Patrice, je ne viens plus ici. Parce qu'on ne doit pas accepter de mourir comme ça là* ». Ces agents n'ont pas non plus signé de contrat, comme nous allons le voir maintenant. Notons que dans le rapport de la Coordination des partenaires de la riposte, il est indiqué qu'ils ont été rémunérés à hauteur de 1 500 000 GNF mensuels, ce qui ne corrobore donc pas les propos de ces agents (puisque'ils ont perçu moins de 1 000 000 GNF par mois).

b) Des acteurs pour la plupart sans contrat de travail

La situation particulière des agents du PCS est en grande partie due au fait qu'ils n'ont pas signé de contrat et n'ont pas pu discuter en amont de leurs conditions de rémunération. Ils ont effectivement été mobilisés en urgence, comme l'a résumé Patrice, qui a pris le rôle de porte-parole durant cet entretien :

« Ils [une délégation de l'OIM] sont venus au centre [de santé], ils ont vu le chef de centre. Ils ont dit : "Maintenant là on a besoin de certains agents pour le barrage", et qu'il faut que le cordon sanitaire soit mis à Gouécké maintenant avant qu'on ne s'assie pour discuter. Parce que nous aussi on a posé le problème là-bas, il dit : "Non maintenant là on peut rien discuter. Allez-y sur le terrain, vous allez mettre le cordon sanitaire au lieu que la maladie se propage, on va encercler et ce qui concerne le reste

⁹¹ J'en profite d'ailleurs pour préciser ici que je ne considère pas Ansoumane comme un acteur communautaire de la réponse car le traitement qui lui a été réservé était différent de ses homologues en Guinée forestière. Nous reviendrons sur ses activités et conditions de travail dans le prochain chapitre.

maintenant on en parlera". C'est ainsi, devant notre chef, c'est ainsi que nous autres on nous a pris directement, et c'est le même jour on a mis les barrages, le 16 février. Ils sont venus à 11h, les barrages ont été mis à 14h » (Entretien avec les agents du PCS de Gouécké).

Ainsi, l'urgence a été mobilisée par les responsables de cette institution pour argumenter le fait que ces agents ne pouvaient savoir à l'avance leurs conditions de rémunération. Si ces derniers ont alors assuré que cette « discussion » aurait lieu ensuite, elle n'a finalement jamais eu lieu. Ce manque de transparence, et l'impossibilité pour ces agents de connaître et négocier leurs conditions de travail, a conduit à la situation décrite plus haut, marquée par une certaine incompréhension et des malentendus.

L'exemple des agents du PCS révèle qu'au-delà des faibles primes qu'ils ont reçues, les acteurs communautaires ont également fait face à une précarité que l'on peut qualifier d'administrative. Les agents du PCS, comme ceux qui ont été impliqués dans le suivi des cas contacts, n'ont pas signé de contrat pour leurs activités au sein de la riposte. Alors qu'à l'inverse, comme nous le verrons dans le prochain chapitre, Ansoumane, agent de suivi à Conakry, a signé un contrat officiel pour l'exercice de cette tâche.

De même, Makalé, stagiaire en centre de santé et affectée au suivi des cas contacts, venait d'être désignée pour être hygiéniste⁹² au CT-EPI de Gouécké lors de notre rencontre le 14 avril 2021. Elle soulignait avoir été prévenue dès le départ qu'elle ne signerait pas de contrat pour cette mission et ignorait également si elle allait recevoir une gratification :

« - Makalé : On nous a dit "C'est pas un contrat", le problème-là ils nous avaient expliqué, il nous a dit "Les hygiénistes c'est pas un contrat". Mais comme on vient de commencer on ne connaît pas ce qu'ils vont dire maintenant.

- Eva : Et est-ce qu'ils vous ont dit quand même si vous allez gagner quelque chose avec ça ?

- Makalé : Ils nous ont dit "Vous allez travailler, et par mois peut-être on va vous donner" mais ils ne disent pas la somme. Nous on ne connaît pas la somme [...] Comme c'est notre première fois de travailler dans les CT-EPI-là, on va les suivre seulement » (Entretien avec Makalé, stagiaire en centre de santé, agent de suivi des cas contacts et hygiéniste au CT-EPI de Gouécké).

Les RECO sont les seuls acteurs communautaires qui ont signé un contrat, mais ce n'était visiblement pas le cas de tous. Sylvestre a notamment indiqué que son ancien contrat n'avait pas été renouvelé (car il faisait partie des RECO qui exerçaient auparavant avec Terre des Hommes) : « *On travaille parce qu'on nous a dit de faire, mais on n'a pas signé de nouveau contrat* » (Entretien avec Sylvestre, RECO dans un village autour de Gouécké). Laye, lui, disait avoir bien signé un document, mais déplorait qu'il n'en ait ensuite pas reçu une copie : « *On a signé un contrat mais ils ont gardé les copies. On leur a demandé de nous donner une copie parce qu'il y avait deux copies. Ils ont dit "Non, on envoie sur le mail". Mais fort malheureusement ça n'a pas vu le jour* » (Entretien avec Laye, RECO à N'Zérékoré). Notons ici que la réponse qui a été donnée à Laye concernant l'envoi par mail de la copie du contrat semble peu adaptée à la situation des RECO rencontrés, la plupart ayant un accès difficile à internet et aux emails.

Le fait qu'aucun de ces acteurs n'aient de jour de repos est un autre exemple de leurs conditions de travail plutôt défavorables. Si cette remarque peut sembler futile à propos des agents de suivi

⁹² Dans les centres de traitement, les hygiénistes sont chargés du nettoyage des sols et des équipements, ainsi que de la gestion des déchets, dans un strict respect des règles de prévention de l'infection.

puisqu'en principe leur implication s'est limitée au maximum à 21 jours consécutifs (durée de l'isolement des cas contacts), elle l'est moins pour les agents du PCS et les RECO, qui ont été mobilisés sur des périodes plus longues. Ces acteurs sont supposés travailler tous les jours, sans repos hebdomadaire, et cela a notamment été souligné par Péma, qui avait tenté de sensibiliser son superviseur à ce propos :

« - Péma : C'est moi seul qui a demandé [à] notre superviseur, j'ai dit « Ah nous qui travaillons en brousse [dans les champs] il faut que vous nous donniez un jour de repos comme le dimanche », mais tous les jours on fait le travail, même le dimanche, tous les jours...

- Eva : Et quand vous lui avez parlé de ça, il a dit quoi ?

- Péma : Lui il a dit qu'il a compris, c'est tout ce qu'il m'a dit. Il n'a pas donné la réponse, il m'a dit que seulement il a compris » (Entretien avec Péma, RECO à Gouécké).

La tâche allouée aux RECO (sensibiliser au moins dix ménages par jour) ne leur prend pas toute la journée, et ils peuvent, s'ils le souhaitent, truquer les dates pour effectuer plus de visites sur un jour donné, afin de réduire celles à faire sur un autre. Cette absence de jour de congés peut donc être contournée assez aisément, étant donné qu'ils sont peu suivis sur le terrain. Néanmoins, cela a des implications symboliques assez fortes, puisque l'organisation qui les implique considère que ces acteurs doivent se donner tout entier à la cause pour laquelle ils s'engagent, et cela en outrepassant le code officiel du travail, et en ignorant les activités qu'ils mènent par ailleurs pour vivre.

c) Une absence globale de transparence et de communication

Ces acteurs communautaires, quelle que soit leur mission au sein de la riposte, ont donc été impliqués dans l'urgence, et la plupart n'ont pas signé de contrat de travail. Au-delà de la question des contrats, ils ont également souligné qu'ils n'avaient pas reçu d'attestations de travail ou de fiches de paye qui leur permettraient de prouver qu'ils ont effectivement réalisé ces activités dans la lutte contre Ebola. L'absence de fiches de paye a particulièrement été relevée par les agents du barrage sanitaire car elle favorisait davantage les difficultés de communication décrites plus haut : *« Y a rien, y a pas de fiches, c'est sur les comptes qu'on envoie seulement » (Entretien avec les agents du PCS de Gouécké).*

Ces conditions administratives peu transparentes s'illustrent également par de fréquents retards de paiement. Lorsque nous les avons rencontrés entre début et mi-avril, les RECO n'avaient toujours pas été rémunérés alors qu'ils avaient commencé à réaliser leurs activités vers le 19 février. Ils ont finalement reçu le 19 avril 2021 une prime pour le premier mois travaillé (de mi-février à mi-mars, donc). Avant que ce paiement ait lieu, aucun d'eux n'avaient la certitude qu'ils allaient le recevoir, et certains soupçonnaient que leurs primes avaient été subtilisées par des supérieurs mal intentionnés. Alors que la plupart semblaient démobilisés, d'autres, comme Péma, assuraient qu'ils continuaient toutefois à travailler : *« Je sais que peut-être je vais recevoir [une prime] mais il faut que je continue à faire mon travail. Si quelqu'un te donne du travail, il faut être courageux sur le travail avant de demander ton salaire. C'est le travail qui donne l'argent » (Entretien avec Péma, RECO à Gouécké).* Tous les RECO manquaient également de visibilité concernant la suite de leurs activités, et certains avaient entendu qu'ils allaient peut-être travailler durant trois mois supplémentaires, mais sans que cela ne soit clair.

Selon les témoignages recueillis, il y avait des difficultés de communication entre ces acteurs et leurs supérieurs hiérarchiques. Alors que son contrat avait pris fin depuis trois jours, Laye n'en avait par exemple pas été informé, et nous lui avons nous-mêmes partagé cette information. Selon nos

interlocuteurs de l'ONG, il était effectivement question que les RECO mobilisés par Terre des Hommes soient repris à cette date en tant que MoSo de l'UNICEF, suite à une harmonisation des sites d'intervention entre ces deux partenaires. Lors de notre entretien, Laye nous a expliqué qu'il avait globalement eu peu de liens avec l'ONG lors de ses deux mois d'exercice, et qu'il avait eu trois superviseurs directs différents, ce qui ne facilitait pas la communication. Ainsi, trois jours après la fin officielle de son contrat, Laye n'avait ni été informé par un représentant de Terre des Hommes, ni contacté par l'UNICEF. Le 21 juin, deux jours après la fin officielle de l'épidémie, il indiquait par téléphone qu'il n'avait finalement jamais été repris dans « *l'équipe UNICEF* ».

Le cas de Tokpa est également révélateur de ce manque de communication entre les RECO et les organisations qui les impliquent. Ce dernier avait auparavant été embauché par Terre des Hommes dans le projet ReCCLAS, et lorsqu'il a été contacté par une ONG du nom d'AGIL pour être agent communautaire à la déclaration de l'épidémie, il a supposé que celle-ci travaillait sous couvert de Terre des Hommes : « *Donc dès que l'affaire d'Ebola est venu, AGIL aussi est venu. Toujours c'est une branche de chose, bon je peux dire que c'est une branche de Terre des Hommes* » (Entretien avec Tokpa, RECO dans un village autour de Gouécké). Son superviseur direct, Bakary, nous a expliqué que Tokpa avait mal compris la situation puisqu'AGIL était en fait une ONG locale ayant reçu un financement de MSF. De même, alors que MSF et son partenaire ont été assez rapidement sommés de quitter N'Zérékoré suite à une décision des autorités sanitaires, Tokpa ne semblait pas vraiment être informé de la fin de son contrat et disait continuer à effectuer des sensibilisations au début du mois d'avril. La diversité des partenaires techniques et financiers dans la lutte contre cette épidémie - bien qu'elle ait été moindre par rapport à la première épidémie - a sans doute favorisé cette confusion de Tokpa à propos de l'organisation qui l'impliquait.

d) Des conditions dévalorisantes

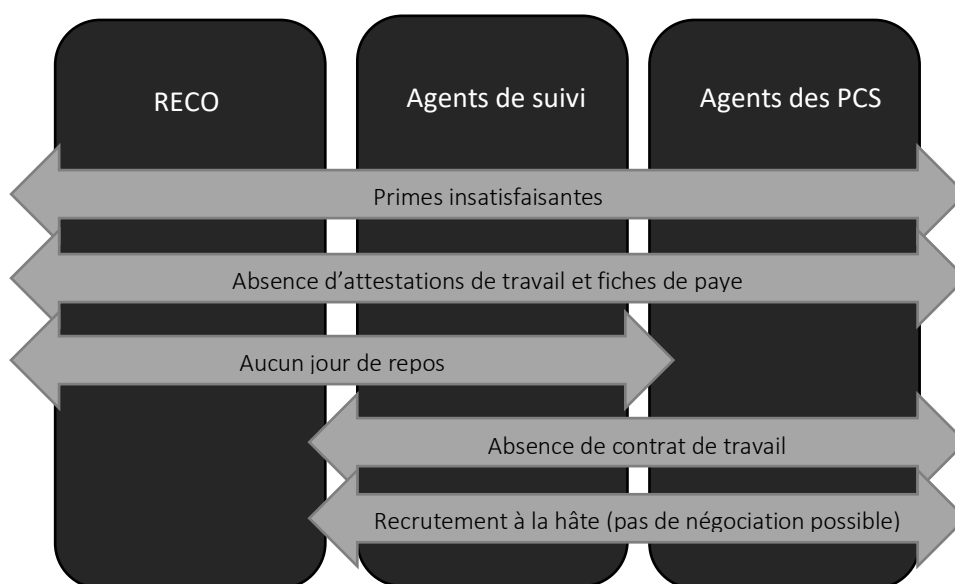
Les exemples à propos de la précarité financière et administrative à laquelle ces acteurs font face sont nombreux, et la liste présentée ici n'est pas exhaustive. Afin de synthétiser les données présentées plus haut, la figure 38 présente les principales difficultés financières et administratives auxquelles étaient confrontés les acteurs communautaires rencontrés.

Les conditions que nous venons de décrire ont des effets néfastes sur le travail des acteurs communautaires, et elles participent à un manque de considération à leur égard. Certains se sont sentis peu valorisés par le dispositif de la riposte à l'épidémie, tel que Sory, qui soulignait : « *Moi je suis un lutteur caché dans l'affaire-là. Je suis un lutteur caché. Parce que vous allez fournir beaucoup d'efforts mais quand c'est fini on ne connaît même pas ce que tu as fait. Voilà, un lutteur caché* » (Entretien avec Sory, infirmier titulaire et agent de suivi des cas contacts à Gouécké).

Ces conditions ne leur permettent pas de sortir de la précarité caractéristique de leur quotidien et une grande partie d'entre eux ont continué à occuper leurs activités usuelles pour subvenir à leurs besoins. Il s'agit d'activités diverses, autour principalement de l'agriculture et de l'élevage, de l'artisanat ou des métiers de service (petit commerce, coiffeur, notamment)⁹³. Cela rappelle le quotidien de Siba, qui mène aussi des activités parallèles pour augmenter ses revenus de RECO, ainsi que celui des agents communautaires du quartier urbain de Bowa à Macenta, comme nous l'avons vu dans les précédents chapitres.

⁹³ Elles sont mentionnées pour chacun d'eux dans le tableau présenté en annexe 1.

Figure 38 : Eléments relatifs à la précarité administrative et financière des acteurs communautaires de la riposte



Il faut noter ici que les agents de santé font également face à une certaine précarité, puisque les conditions de travail dans le système sanitaire public sont très peu favorables. Dans ce contexte, les agents titulaires de la fonction publique (qui sont au nombre de trois parmi ces acteurs communautaires) occupent souvent des postes dans le domaine privé en parallèle de leurs fonctions officielles, et cela est encore plus vrai des stagiaires qui ne perçoivent pas de salaire. Parmi les agents de santé affectés au suivi des cas contacts ou au PCS, sept étaient des stagiaires en centres de santé et c'était également le cas d'une RECO de N'Zérékoré.

Certains acteurs semblaient ainsi démobilisés, tel que Sylvestre que nous avons peine à suivre pour des observations car il avait visiblement laissé de côté ses missions de RECO pour devenir hygiéniste au CT-EPI. De même, nos observations au PCS témoignent d'une certaine démobilisation, ou manque d'intérêt, de la part des agents pour les tâches qu'ils sont supposés réaliser (ce qui était peut-être aussi lié à notre présence, cela dit) :

« Pendant que nous discutons les deux femmes qui ont les Thermoflash nous écoutent et ne s'occupent pas de toutes les personnes qui passent. Le chef des agents les rappelle à l'ordre à un moment et elles reprennent leur poste. Quelques minutes plus tard, un chasseur passe à moto et plusieurs personnes lui demandent de faire demi-tour pour voir ce qu'il transporte. C'est un agouti. Pendant plusieurs minutes, personne ne tient son poste, certains étant occupés à regarder la bête et d'autres à discuter avec nous. Plusieurs motos et voitures filent sans s'arrêter, la corde étant à terre [...] Vers la fin, le superviseur nous montre un registre papier que les agents sont supposés remplir, où est renseigné le nombre d'hommes, femmes et enfants qui passent tous les jours. Tout au long de notre présence, personne n'a tenu le registre » (Observations réalisées au PCS de Gouécké, 12 avril 2021).

Comme nous le verrons plus en détail en fin de chapitre, ces conditions déplorables sont en grande partie banalisées par les supérieurs hiérarchiques de tous ces acteurs communautaires, excepté par certains de leurs superviseurs directs qui établissent des stratégies pour les atténuer. Elles contrastent, comme nous allons le voir maintenant, avec l'ampleur des ressources qui ont été mobilisées dans la lutte contre l'épidémie.

7.3.2 Un contraste avec les ressources engagées dans la riposte

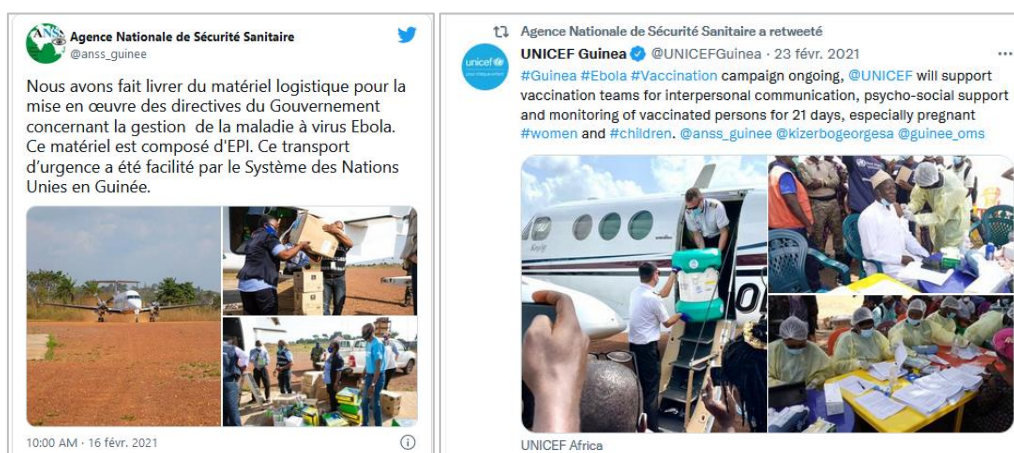
Comme cela a été amplement illustré précédemment, tous les acteurs locaux rencontrés ont exercé dans des conditions précaires. La riposte à l'épidémie d'Ebola aurait pourtant pu représenter une certaine opportunité financière pour eux, puisqu'il est aisé de remarquer que les ressources allouées à celle-ci ont été importantes, et que « *l'Ebola-business* » est une réalité assez palpable. C'est ce contraste qui sera abordé dans cette sous-partie.

a) Un déploiement rapide de moyens importants

Un signe de l'importance des ressources allouées à la riposte est la mise à disposition rapide par les Nations Unies de leur ligne aérienne dans le but de faciliter le transport des intrants et de quelques agents jusqu'à l'épicentre de l'épidémie (figure 39). Cela ne paraîtrait pas exceptionnel si d'ordinaire N'Zérékoré était facilement relié à Conakry. Mais ce n'est pas le cas, et depuis toujours la région forestière est particulièrement isolée⁹⁴. Les quelques aéroports que l'on peut apercevoir au bord de la route nationale sont tous désertés, et ce depuis le démantèlement des réseaux de trafics de drogue vers la fin des années 2000, les narcotrafiquants ayant participé pour beaucoup à la construction de ces infrastructures (Petereit, 2011). Depuis, la ligne aérienne nationale ne fonctionne plus. Ainsi, les personnes souhaitant se rendre dans la région empruntent la route, qui connaît certes des améliorations en raison de travaux ces dernières années (notamment autour de Guéckédou), mais qui reste toujours sinueuse et longue puisqu'il faut une vingtaine d'heures (aux chauffeurs les plus prudents) pour faire les quelques 850 km qui relient la capitale à N'Zérékoré. C'est d'ailleurs précisément en raison des difficultés routières et de l'absence de vol par une compagnie privée que les Nations Unies, via le Programme Alimentaire Mondial (PAM), ont affrété des vols à disposition de la riposte, comme lors de la première épidémie.

La quantité des ressources humaines et matérielles mobilisées pour la riposte à l'épidémie est un autre exemple de l'opulence visible de la lutte, et celle-ci était d'ailleurs employée comme outil de communication par les institutions nationales et internationales (figure 39).

Figure 39 : Publications de l'ANSS et d'UNICEF Guinée sur Twitter (16 et 23 février 2021) qui démontrent l'importance des ressources allouées à la riposte



⁹⁴ Avant 1987 il n'y avait par exemple pas de route bitumée qui reliait Conakry et N'Zérékoré, et le voyage pouvait durer une semaine (McGovern, 2004).

Des observations réalisées lors d'une séance de sensibilisation des leaders communautaires de Gouécké au début du mois d'avril sont également révélatrices de l'opulence de la riposte :

« Il y a un gros véhicule avec une plaque internationale garé devant la maison des jeunes. Sur la porte d'entrée de droite, on voit un panneau à la craie détaillant les rations alimentaires offertes par le PAM. Devant le bâtiment on aperçoit des agents de l'OMS et de la Croix-Rouge (ils portent tous leurs gilets et il est donc facile de les reconnaître). La maison des jeunes est une grande salle avec des ouvertures de tous les côtés. Elle est dans un état assez vétuste et sale. Il y a très peu de matériels, excepté quelques bancs. Cela contraste avec le vidéoprojecteur, les ordinateurs et différents matériels emballés (kits de protection, etc) ramenés pour l'évènement. Un groupe électrogène est en marche, puisqu'il n'y a pas d'électricité [...] A 13h25, un agent de l'OMS, épidémiologiste (qui porte une belle montre, des chaussures neuves et des habits modernes) accompagné du traducteur (qui, lui, arbore des habits bien plus modestes) entame une présentation sur la surveillance de la MVE [...] Une femme assure aux participants qu'ils recevront leurs frais de transport et les remercie d'être venus » (Observations réalisées lors de la sensibilisation des leaders communautaires dans la maison des jeunes de Gouécké, 6 avril 2021).

Au total, et selon les montants affichés par les différentes ONG et institutions dans le *Bulletin d'activité des partenaires de la riposte à la maladie à virus Ebola en Guinée* (Coordination des partenaires de la riposte, 2021), celles-ci ont accordé 15 674 951 \$ à la lutte contre cette deuxième épidémie d'Ebola. Il a été difficile de trouver un élément de comparaison, mais il est évident que cette somme est loin d'être négligeable. Elle est toutefois deux fois inférieure au budget prévisionnel calculé par le Ministère de la santé en février 2021, qui estimait que le coût de la riposte s'élèverait à 45 339 882 \$ pour six mois d'activités (Ministère de la santé, 2021). Lors de la première épidémie, ce sont plus de 10 milliards de \$ qui ont été investis dans la lutte en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone (Le Marcis et al., 2019).

Les importantes ressources de la riposte sont perçues par les acteurs communautaires et les populations, et elles alimentent les représentations autour de « *l'Ebola-business* » depuis la première épidémie, comme nous l'avons vu précédemment. Elles renforcent également le sentiment de dévalorisation de certains acteurs communautaires qui en sont écartés, comme le soulignait Estelle à propos des importants dons de vivres qui ont été offerts aux cas contacts au début de l'épidémie :

« - Estelle : Y avait des sacs de riz, y avait de la pâte d'arachide, y avait du savon, y avait du coton, y avait du sel, y avait du poisson sec, y avait des haricots, c'était trop tantie ! Eeh, les sacs de riz avec encore des graines sur le caoutchouc [qui débordaient]. Je ne sais pas c'était combien de mesures, comme je n'ai pas gagné. Nous on voyait seulement [rires].

- Eva : [rires] Ils ne t'ont pas donné un peu ?

- Estelle : On nous a pas donné oh ! » (Entretien avec Estelle, stagiaire en centre de santé et agent de suivi des cas contacts à N'Zérékoré).

Ces vivres contrastent avec les conditions de vie d'Estelle qui est habituellement ATS stagiaire et qui fabrique et vend du savon pour subvenir à ses besoins. Des conditions qui n'ont été guère améliorées malgré son implication dans le suivi des cas contacts à N'Zérékoré. Le traitement réservé aux premiers cas contacts recensés est d'ailleurs un bon élément de comparaison vis-à-vis des primes accordées aux acteurs communautaires, puisqu'il a été calculé par le dispositif que chaque personne contact devait recevoir à minima 1 920 000 GNF (environ 215 €) pour la période d'isolement (de 21 jours maximum), ainsi que différentes denrées décrites plus haut par Estelle. On voit donc bien que les recommandations de la riposte pour assurer les besoins vitaux des cas contacts sont supérieures aux seules primes données à ces différents acteurs communautaires, qui plus est pour une période d'un

mois et non de 21 jours (puisque comme nous l'avons vu, ces différents acteurs ont reçu entre 450 000 GNF et 1 500 000 GNF de rémunération mensuelle). Ceci indique qu'ils ne touchent pas de gratification suffisante pour vivre dignement selon les critères de la riposte.

b) Un traitement différent vis-à-vis des experts institutionnels

En parallèle aux acteurs communautaires, la riposte a également mobilisé un certain nombre d'acteurs institutionnels nationaux et internationaux. Ces acteurs diffèrent de ceux que nous avons présentés auparavant, et ils sont considérés comme « experts » par les organisations de la riposte. Nombre d'entre eux sont des agents guinéens qui ont été formés depuis la première épidémie d'Ebola au titre de la préparation aux épidémies. Certains sont des fonctionnaires du Ministère de la santé (dont une partie travaille à l'ANSS), et d'autres sont employés par les institutions internationales. Leur formation et leur statut professionnel leur confèrent ce statut d'experts. Au sein de la riposte, ils ont rempli diverses fonctions, et ont été impliqués dans tous les piliers de la lutte (telles que la réalisation des investigations épidémiologiques, de la vaccination en ceinture, ou encore la gestion des aspects logistiques).

Si l'on dresse un portrait sommaire des acteurs de la riposte à cette épidémie d'Ebola, ceux-ci étaient donc soit « communautaires », soit « experts », une binarité qui peut sembler caricaturale mais qui semblait bien réelle. Dans le cadre de cette enquête, nous avons eu l'occasion d'échanger avec huit de ces experts institutionnels, à savoir :

- Trois supérieurs hiérarchiques des RECO : leur superviseur direct, et deux cadres de l'ONG qui les a mobilisés ;
- Le superviseur des agents du PCS (qui avait déjà occupé cette fonction en 2014-2016) ;
- Un expert travaillant pour l'OIM, et qui était le supérieur hiérarchique des agents du PCS et de leur superviseur ;
- Deux superviseurs des agents de suivi des cas contacts à N'Zérékoré (exerçant au compte de l'OMS) ;
- Et un expert de la Croix-Rouge, impliqué à Gouécké.

Les conditions de travail des acteurs communautaires dans la riposte à l'épidémie contrastent avec celles réservées à leurs homologues non communautaires, considérés comme experts. La participation de ces derniers à la riposte contre l'épidémie constitue une opportunité non négligeable d'améliorer leurs revenus grâce aux frais de mission et autres *perdiems*. Cette situation est également caractéristique des projets de développement qui permettent parfois à des fonctionnaires dont les salaires sont insuffisants, d'augmenter leurs revenus (Olivier de Sardan, 2021).

S'il ne nous a pas été possible de connaître précisément les montants des primes proposées à ces experts dans le cadre de la riposte, cela ne fait aucun doute qu'elles étaient nettement supérieures au montant de 150 € mensuels maximum que les acteurs communautaires ont perçu. Il était par contre facile de voir que ces experts profitaient de conditions de logement décentes et confortables, tous étant logés dans des hôtels de N'Zérékoré, et qu'un grand nombre d'entre eux se déplaçaient dans des véhicules avec chauffeurs, signe d'un certain confort de travail.

c) *Une illustration des inégalités de la santé globale*

La différence de traitement entre les acteurs communautaires et les experts institutionnels est révélatrice du manque d'équité déjà décrit à propos de la riposte aux épidémies, et sur laquelle nous reviendrons plus en détail en fin de chapitre. Certains acteurs communautaires, et plus largement des citoyens, soulignent également que les ressources allouées à la lutte contre Ebola sont plus importantes que celles employées contre d'autres pathologies plus fréquentes et plus meurtrières, tel que le paludisme. Laye profitait ainsi de notre écoute pour adresser un plaidoyer à l'ONG qui l'a impliqué et à l'Etat, pour que le travail des RECO soit encouragé au-delà de l'épidémie :

« Logiquement l'Etat devrait prendre en charge les RECO. Pas seulement dans l'Ebola parce que y a beaucoup d'autres maladies, y a beaucoup de catastrophes naturelles et si les choses arrivent l'Etat doit prendre en charge des RECO pour pouvoir sensibiliser la population. Et cela va même éviter des risques de contamination dans, dans les communautés. Parce qu'on peut prendre pas seulement l'Ebola, y a le palu qui est là, et y a Covid-19 qui est là, y a choléra qui vient parfois ça repart, y a la fièvre jaune qui est là, y a beaucoup de maladies » (Entretien avec Laye, ingénieur diplômé sans emploi, éleveur et RECO à N'Zérékoré).

Cette priorisation de certaines pathologies au dépens d'autres a souvent été documentée, car elle s'inscrit dans l'histoire longue de la santé globale (Giles-Vernick & Webb, 2013 ; Packard, 2016). La Guinée ne fait pas exception à ce propos, et il est vrai que la lutte contre le Covid-19 ou Ebola ont concentré plus d'attention que d'autres épidémies. Comme nous l'avons vu, la réponse à cette deuxième épidémie d'Ebola s'est organisée très rapidement, et la vaccination a notamment débuté très vite. A titre de comparaison, à la déclaration de cette épidémie, la Guinée faisait toujours face à des flambées de rougeole qui peinaient à être contenues depuis un an. Si cette pathologie n'entraîne pas de dispositifs de riposte immédiat, c'est probablement car elle ne figure pas parmi les cibles privilégiées de la santé globale, mais aussi peut-être car cette épidémie était concomitante à la pandémie de Covid-19 (qui concentrait les ressources avant cette deuxième épidémie d'Ebola). Lors de la réunion épidémiologique hebdomadaire organisée par l'ANSS le 14 janvier 2021 (un mois avant le début de l'épidémie d'Ebola, donc), un cadre de l'Agence avait sommé ses collègues d'établir le plan de contrôle de ces flambées de rougeole qui *« stagnaient depuis plus d'un an »*, selon ses termes.

Notons enfin que la présence des différentes institutions et organisations nationales et internationales, et la rapidité avec laquelle elles se sont positionnées pour figurer dans la lutte contre l'épidémie sont révélatrices du fait que cette pathologie est considérée comme prioritaire à l'heure de la santé globale. Cet intérêt a d'ailleurs été souligné par le directeur de l'ANSS, lors de la première conférence de presse donnée à la déclaration de l'épidémie le 14 février 2021 :

« Le gouvernement aussi a salué tous les partenaires. Comme vous l'avez vu, ils se sont mobilisés, et certains partenaires même ont commencé à donner des intrants et des choses pour pouvoir aider la Guinée à juguler cette flambée dans un délai raisonnable. Donc en plus de ça l'arme fatale contre Ebola ce sont les vaccins. Donc les contacts ont été pris avec l'OMS et s'il plaît à Dieu, avant la fin de la semaine prochaine nous allons tout faire pour que ces vaccins-là soient disponibles en Guinée » (Discours du directeur de l'ANSS lors de la conférence de presse donnée le 14 février 2021, Conakry).

A la fin de l'épidémie, ce même cadre soulignait d'ailleurs le manque de coordination entre les différents partenaires durant l'épidémie et déplorait le fait que chacun voulait *« planter son drapeau »* (Observations lors de la réunion hebdomadaire de l'ANSS, 24 juin 2021).

7.3.3 La « première ligne » et la prise en compte diversifiée des risques

Les différences de traitement entre les acteurs communautaires et les experts institutionnels s'observent également à propos des stratégies visant à assurer leur protection, initiées ou non par la riposte. Alors que les risques que les acteurs locaux ont eu le sentiment de prendre semblent avoir été minimisés ou ignorés par le dispositif, la considération de ces mêmes dangers a été plutôt maximaliste dès lors qu'ils concernaient les experts institutionnels.

a) Les acteurs communautaires confrontés à des risques

Les risques relevés par les différents acteurs communautaires rencontrés à Gouécké et N'Zérékoré étaient surtout de nature sociale, comme nous allons le voir, mais certains ont également souligné qu'ils s'étaient inquiétés d'encourir des risques de contamination. Qu'ils soient de nature sanitaire ou sociale, ces risques ont été peu pris en compte par le dispositif.

➤ Les risques de nature sanitaire

Il faut noter que tous ces agents ont été vaccinés, pour la plupart après avoir commencé à réaliser leurs activités au sein de la lutte, et cela a contribué à leur sentiment d'être protégés vis-à-vis du virus. Néanmoins, certains, et en particulier les agents de suivi des cas contacts, ont souligné qu'ils avaient craint pour leur santé au début, d'autant que, comme nous le verrons dans le prochain chapitre, ils ont été très peu formés au départ.

Sory, chef d'équipe des agents de suivi à Gouécké, a souligné qu'il se rendait lui-même chez les cas contacts « à haut risque » pour signifier qu'il était pleinement engagé à la tâche qu'on lui avait confiée, et ce malgré les conditions peu favorables qui ont été décrites plus haut :

« J'étais superviseur d'ailleurs. Mais je m'asseyais pas oh, je partais avec eux partout où y avait les contacts à haut risque. Les contacts à faible risque ce sont ceux-là qui sont venus saluer un malade, il n'a pas touché, donc on ne peut pas considérer comme un contact à haut risque. Mais ceux-là qui prenaient les selles, qui leur donnaient à manger, qui les prenaient, ça c'est des contacts à haut risque. C'est là où moi-même je partais, chez les contacts à haut risque » (Entretien avec Sory, infirmier titulaire et agent de suivi des cas contacts à Gouécké).

L'implication de Sory malgré les risques renforce son sentiment de ne pas avoir été reconnu et rémunéré à sa juste valeur. Sa collègue Makalé, ATS stagiaire, expliquait, elle, qu'elle avait eu des craintes au départ et qu'elle s'en remettait à Dieu pour sa protection : « *Nous on prie Dieu seulement. C'est le travail, quand on te dit "Tu vas faire", nous on va faire parce que nous sommes agents de la santé maintenant. On prie seulement Dieu, c'est Dieu qui sait faire tout* » (Entretien avec Makalé, stagiaire en centre de santé, agent de suivi des cas contacts et hygiéniste au CT-EPI de Gouécké). Elle soulignait, comme d'autres agents de suivi, qu'elle craignait surtout de contaminer son entourage, et qu'elle avait donc mis en place des stratégies pour éviter que cela se produise. Elle avait par exemple installé un kit de lavage des mains devant le petit appartement de deux pièces qu'elle partage avec sa sœur et leurs enfants. Elle évitait également tout contact avec ses proches avant de se laver les mains : « *Les enfants quand ils viennent s'ils vous disent "Maman viens", tu dis "Non, je ne vous touche pas d'abord, attendez je vais laver mes mains". C'est pour éviter de contaminer la famille encore* ».

On voit d'après les propos de Makalé que la prise de risque semble inhérente à la profession médicale, et qu'il s'agit d'une sorte de contrat implicite que les agents de santé se sont engagés à signer, peu

importe les conséquences. Cela était également relevé par Estelle : « *Quand on m'a dit [de faire le suivi] quand même j'avais le courage, même si j'ai eu peur. Mais si on me dit "Il faut partir faire ça", si je n'accepte pas en tant qu'agent de santé comment les autres-là vont faire ? Quand même j'avais le courage. Même si c'est difficile, j'avais le courage* » (Entretien avec Estelle, ATS stagiaire en centre de santé et agent de suivi des cas contacts à N'Zérékoré).

Pour ces agents de santé, les risques de nature sanitaire qu'ils ont pu encourir paraissaient normaux, la prise de risque relevant à leurs yeux de leur fonction. Il semble que le dispositif de la riposte les ait banalisés, puisque ces agents n'ont pas été particulièrement protégés, en particulier au début de l'épidémie où les équipes de suivi se sont organisées de manière autonome. S'il est normal selon ces agents de courir le risque d'être infecté, il ne semble pas normal que la riposte ne mette pas en place des mesures de minimisation des risques encourus par ces acteurs. Il faut également noter que si pour la plupart de ces agents de santé cette prise de risque était banalisée, il ne semble pas que cela était partagé par leurs collègues non impliqués dans le suivi qui se sont parfois montrés méfiants à leur égard, comme le soulignait Samuel, infirmier titulaire et agent de suivi des cas contacts à Gouécké : « *Oui, des collègues avaient peur parce que, surtout quand ils nous voyaient dans les ménages où y avaient des contacts, quand ils nous voyaient bon même vers la soirée pour causer avec eux c'était des problèmes, ils nous évitaient* » (Entretien avec Samuel, infirmier titulaire et agent de suivi des cas contacts à Gouécké).

➤ *Les difficultés et risques sociaux*

Au-delà des seuls agents de suivi, tous les acteurs communautaires de la riposte ont souligné qu'ils avaient eu le sentiment d'être confrontés à des difficultés, voire des risques, de nature sociale. Leur implication les a en quelque sorte étiquetés comme « complices de la lutte contre l'épidémie », un dispositif jugé mal intentionné et cupide par un certain nombre de citoyens, en raison notamment des représentations autour de « l'Ebola-business ». Ils ont été confrontés à diverses réactions, allant de stratégies d'évitement à des menaces ou injures. Un RECO, Martin, a par exemple très rapidement abandonné ses fonctions suite à la pression de son entourage, sa famille étant soucieuse des menaces qu'il a reçues au début. Tokpa, un autre RECO, a souligné qu'il était difficile pour lui de réaliser des sensibilisations au départ, malgré qu'il était auparavant agent communautaire :

« Bon comme Ebola était venu subitement ils ont dit de sensibiliser les gens à respecter les barrières, parce que nous nous sommes connus déjà, on peut passer dans quelque part sans avoir un problème. Pourtant, ça a été le contraire. Quand on passe de maison en maison, d'autres disent qu'on a l'argent, que les gens ont envoyé l'argent pour qu'on puisse empoisonner les gens, donc on a l'argent et c'est pourquoi nous nous acceptons [de travailler]. C'est pourquoi beaucoup même ont refusé l'affaire du don de PAM là [...] C'est très risquant chez nous » (Entretien avec Tokpa, RECO dans un village autour de Gouécké).

Les propos de Tokpa montrent que le don de vivres réalisé par le PAM a également connu certaines difficultés, sur lesquelles nous reviendrons plus loin. Ils soulignent également que même si ces acteurs avaient pour certains une expérience antérieure en mobilisation sociale, cela n'a pas toujours conduit à ce qu'ils soient d'emblée écoutés par leurs concitoyens. La présomption de légitimité de ces anciens RECO est pourtant mise en avant par les ONG qui les ont mobilisés : un acteur de Terre des Hommes nous a par exemple dit que l'ONG profitait d'un certain « *ancrage communautaire* » du fait de sa présence antérieure sur place.

La plupart des RECO ont noté que leurs craintes s'étaient amenuisées au fur et à mesure de l'épidémie, et ceux qui exerçaient encore à notre venue en avril disaient ne quasiment plus rencontrer de problèmes. Ces améliorations étaient en partie dues à des sensibilisations effectuées par d'autres figures légitimes en parallèle, notamment des leaders religieux, qui selon Mado (ATS stagiaire et RECO à N'Zérékoré) ont contribué à faire accepter les RECO dans sa zone d'intervention. Laye, également RECO à N'Zérékoré, notait, lui, que si les sensibilisations ont été difficiles au départ, elles l'étaient toutefois moins que lors de la première épidémie, au cours de laquelle il avait également été agent communautaire : « *Bon avec l'Ebola-là, la sensibilisation était plus facile que l'Ebola passé [...] Parce que la plupart des personnes connaissent déjà les dégâts, c'est-à-dire les dégâts d'Ebola passé [...] Mais y a eu quand même des réticences* » (Entretien avec Laye, ingénieur diplômé sans emploi, éleveur et RECO à N'Zérékoré).

Les agents du barrage sanitaire ont également fait face à des réactions hostiles de la part de certains citoyens, mais celles-ci, contrairement à l'expérience des RECO, étaient toujours d'actualité en avril. Nous avons d'ailleurs pu observer une altercation verbale entre un chauffeur de taxi et un agent des forces de sécurité lorsque nous nous entretenions avec le personnel du PCS. Patrice et Salifou (le superviseur direct des agents), ont expliqué que les maigres installations du barrage étaient fréquemment vandalisées et qu'il leur arrivait de retrouver leur abri et les piquets à terre le matin. Cette situation renforce le fait que ces agents ne se sentent pas considérés par la riposte malgré la difficulté de leurs conditions de travail. L'abri auquel ils font référence est une structure en bambou qui vise à les protéger du soleil. Il a été construit par leur superviseur lui-même, qui précise qu'il a utilisé son propre argent, et que cela n'a pas été pris en charge par l'OIM : « *L'abri-là je l'ai fait avec mes propres moyens, c'est pas l'OIM qui m'a donné l'argent* » (Salifou, superviseur des agents du PCS de Gouécké). Ils ont ajouté qu'ils devaient également parcourir une longue distance à pied pour puiser l'eau nécessaire aux kits de lavage des mains, la maigre rivière proche de la zone étant désormais à sec. Nous verrons en fin de chapitre que les institutions qui impliquent les acteurs communautaires semblent effectivement peu soucieuses des conditions de travail déplorables des agents locaux, et que ce sont souvent leurs superviseurs directs qui font preuve d'empathie à leur égard, comme Salifou ici.

Les agents de suivi des cas contacts de Gouécké et N'Zérékoré ont fait face à des moqueries, voire des insultes, ce qui les conduisait parfois à changer d'itinéraires, comme le note Makalé : « *Les gens avaient peur de nous. En nous voyant ils disaient "Eh, c'est les gens d'Ebola qui partent comme ça" [...] Quand on passait pour aller chez les contacts-là, les gens de la rue disaient comme ça. Des fois même nous on changeait de chemin, tu passes là-bas une semaine, après tu changes. Si tu ne fais pas comme ça, les autres-là vont dire "Ah, les gens-là, leur travail c'est Ebola seulement, les voici passer"* » (Entretien avec Makalé, stagiaire en centre de santé, agent de suivi des cas contacts et hygiéniste au CT-EPI de Gouécké). A Gouécké, les agents de suivi ont été explicitement menacés par un cas contact et Sory, leur chef d'équipe, a ensuite refusé que son équipe y retourne. Cette situation sera analysée plus en détail dans le chapitre suivant.

Jules, qui était en charge du suivi des premiers cas contacts recensés à N'Zérékoré, a expliqué qu'il avait usé de « *stratégies* » pour que sa présence soit acceptée par les familles visitées :

« *Pour le début c'était pas du tout facile. Quand on partait bon on nous insultait, ou soit on nous faisait nous retourner [repartir], dans les différentes maisons. Mais quand on est passé par, comment dirais-je, par des stratégies, on est parvenu à les dorloter et ils ont donné leur accord [...] Quand on partait, quand on tombait par exemple dans une famille Guerzé, bon on leur disait que "Nous sommes vos jeunes frères, nous sommes vos fils, nous sommes les fils du pays, bon on ne peut pas faire du mal à nos parents, à plus*

forte raison vous. Et nous qui sommes devant vous là si on le fait c'est que c'est un péché que nous sommes en train de, de prendre envers vous". Et quand on parvenait bon à leur dire ça, bon après deux ou trois jours c'était pas du tout facile mais à peu près au quatrième jour ils parvenaient maintenant à nous accepter pour la revisite » (Entretien avec Jules, ATS stagiaire et agent de suivi des cas contacts à N'Zérékoré).

Avec ces exemples et témoignages, on voit donc bien que ce sont les agents eux-mêmes qui trouvent des stratégies pour se protéger vis-à-vis des risques sanitaires et sociaux qu'ils ont eu le sentiment de prendre, et que ceux-ci n'ont pas été pris en compte par le dispositif de la riposte. A Gouécké, Loucény, un RECO rencontré le 10 avril 2021, nous a tout de même expliqué qu'il réalisait les sensibilisations avec une autre RECO au tout début, en raison du « contexte » et des « intentions » de certains habitants. Il s'agit là du seul exemple de stratégie de protection mise en place par une institution de la riposte dont on nous a fait part, et Loucény est le seul RECO à en avoir parlé.

b) Des experts davantage protégés

A l'inverse, les experts semblent avoir bénéficié de stratégies et protocoles mis en place par leurs institutions pour assurer leur protection. Contrairement aux acteurs communautaires rencontrés, un grand nombre d'experts qui avaient déjà été impliqués dans la réponse à la première épidémie d'Ebola en Guinée, ou à ce type d'épidémies dans d'autres pays, étaient déjà vaccinés. Lors de la réunion hebdomadaire de l'ANSS du 18 février 2021, un cadre de l'Agence a d'ailleurs annoncé qu'il allait « réactiver » sa dose, sans que l'on sache si son idée était ironique ou sérieuse. Mais le propos développé ici ne concerne pas la vaccination, puisque comme nous l'avons vu ces acteurs locaux ont tous été vaccinés et il n'y a fort heureusement pas eu de traitement préférentiel à ce niveau. Il y a par contre différents exemples qui indiquent que les experts étaient finalement moins en « première ligne » que leurs homologues communautaires, qui étaient pourtant moins protégés.

En effet, si les institutions et organisations de la riposte ne semblent pas avoir établi de protocoles sécuritaires pour les acteurs communautaires qu'elles ont impliqués, cela n'était pas le cas pour les experts. Ces institutions ont pour habitude de mettre en place des politiques que l'on peut qualifier de « zéro risque » en faveur de la protection de leurs agents, notamment dans des contextes d'urgence humanitaire. Dans le cas précis de la riposte à cette épidémie, il semble que la simple présence de ces agents dans la zone épidémique constituait un risque en soi, d'un point de vue sanitaire d'une part (ils courent le risque d'être contaminés - malgré la vaccination) mais aussi, et surtout, d'un point de vue social, puisqu'il était supposé que ces experts allaient courir le risque d'être menacés, voire violentés, par les populations locales. Or, si cela ne semblait pas être un problème à propos des acteurs communautaires (qui ont effectivement remonté des problèmes de ce type, mais sans violence exacerbée), il n'en était pas de même de ces experts qui devaient en être protégés.

➤ *Une minimisation des liens avec les populations*

Comme l'ont souligné Frédéric Le Marcis et Almudena Mari Saez, le dispositif de la riposte s'est employé à minimiser les liens entre ces experts et la localité de Gouécké afin de prévenir l'apparition de tensions. Cela s'est notamment traduit par une désinfection volontairement retardée du domicile du cas index (probablement par crainte d'éventuels soulèvements populaires), ou encore par le fait que les experts se limitaient aux établissements sanitaires et administratifs (sous-préfecture, centre de santé, maison des jeunes) et qu'aucun d'entre eux ne logeait à Gouécké, tous séjournant à N'Zérékoré (Le Marcis & Mari-Saez, 2021).

Certaines institutions ont également mis en place des stratagèmes visant à banaliser les véhicules dans lesquels ces agents experts circulaient, en dissimulant les logos institutionnels qui ornent habituellement leur carrosserie, car certaines voitures avaient fait l'objet d'attaques lors de la première épidémie (Faye, 2015). Toutefois, ce type de véhicules (de type 4x4, en général en très bon état) étant plutôt rare dans cette zone, les populations n'étaient pas dupes, et la supercherie n'a pas toujours fonctionné. Sory soulignait d'ailleurs que les « *grosses cylindrées* » qui étaient garées devant le CT-EPI mitoyen au centre de santé dans lequel il travaille, ne faisaient qu'accentuer les rumeurs à propos des mauvaises intentions des agents de ces structures, et donc la baisse de leur fréquentation :

« Nous on pouvait avoir 30 à 40 malades par jour [au centre de santé]. Mais aujourd'hui je peux dire que c'est maximum trois par jour [...] Y a le centre épidémique là-bas, le CT-EPI est à côté de nous là-bas, collé au centre. Donc il y a des grosses cylindrées qui garent là-bas [rires] De l'OMS, l'UNICEF, bon, beaucoup d'institutions garent là-bas. On dit que c'est l'argent qu'on vient nous donner pour vendre les gens [rires] Donc c'est ça le problème quoi » (Entretien avec Sory, infirmier titulaire et agent de suivi des cas contacts à Gouécké).

Si la banalisation des véhicules ne semble pas avoir fonctionné, elle témoigne d'une volonté de protéger les experts de la riposte, quand leurs homologues communautaires ne le sont pas.

➤ *Une « riposte administrative »*

Enfin, il est évident qu'un certain nombre d'experts de la riposte ne se rendent jamais, ou très peu, sur le « *terrain* », puisqu'une importante part du travail de la lutte se limite aux aspects administratifs, bureaucratiques, ou encore budgétaires. Il a d'ailleurs été parfois difficile de rencontrer certains de ces acteurs en raison d'un planning de réunions particulièrement chargé. Lors de la première épidémie d'Ebola un manque de coordination entre les différents partenaires techniques et financiers a entravé le bon déroulement de la riposte, et cela a visiblement été pris en compte cette fois-ci. Le planning des réunions institutionnelles était intensif, notamment des réunions de coordination, et de nombreux acteurs vogaient ainsi de réunion en réunion. Bien que celles-ci semblent importantes puisqu'elles ont sans doute amélioré la coordination des activités, il semble que ce n'était pas du goût de tous. Un expert disait par exemple à la fin du mois d'avril, qu'il était « *fatigué* » par cette « *riposte administrative* ».

Quoi qu'il en soit, le propos ici n'est pas de discuter de la pertinence de ces réunions, ou de dénigrer le personnel administratif dont le travail est important, mais plutôt de discuter la pertinence du label de « *première ligne* ». Si tous les acteurs, qu'il s'agisse d'experts ou d'acteurs communautaires, sont considérés comme la « *première ligne* » de la riposte, cela semble davantage profiter aux experts, y compris à ceux qui sont dans une moindre mesure sur le « *terrain* ». Ce statut, peu importe le degré des risques encourus leur garantit des conditions de travail plutôt confortables, et surtout plus sécurisées, que celles des acteurs communautaires, qui sont pourtant les premiers en lien avec les populations, et donc avec le risque épidémique. Cette situation ne semble pas juste d'un point de vue de l'éthique, puisqu'il est recommandé qu'en contexte de riposte les effets négatifs ne touchent pas davantage les populations vulnérables, notamment précaires (WHO, 2015). Ce qui pose problème n'est pas tant que le dispositif de la réponse se soit employé à protéger les experts impliqués, et par là même à réduire leur présence dans les localités touchées, mais c'est surtout qu'il n'en a pas été de même pour les acteurs communautaires, qui semblaient pourtant davantage en première ligne, et qui travaillaient dans des conditions bien moins favorables les exposant davantage.

c) *Le souvenir de Womey et la division symbolique de la société guinéenne*

Au-delà du seul aspect sanitaire, on voit bien que ce sont surtout les liens avec les populations locales qui sont présumés dangereux, en raison notamment de l’empreinte du drame de Womey, survenu à quelques kilomètres de Gouécké en septembre 2014, et qui a été évoqué dans le quatrième chapitre. Ces représentations ont alimenté une méfiance qui était mutuelle entre les acteurs de la riposte et les populations locales.

Il convient de souligner que cet éloignement entre les experts et populations locales, et entre experts et acteurs communautaires, n’est pas que géographique, et qu’il s’inscrit dans un fossé symboliquement important. Bien que pour la plupart guinéens, ces experts institutionnels étaient bien souvent étrangers à la région forestière, et visiblement plutôt habitués à la capitale guinéenne. A la DRS de N’Zérékoré (qui faisait office de quartier général de la riposte), il était par exemple fréquent d’entendre des personnes échanger en langue *soussou*, caractéristique de la capitale et sa région. La plupart de ces experts n’étaient ainsi pas familiers des usages locaux, ce qui a pu alimenter les représentations négatives des populations (nous y reviendrons dans la prochaine sous-partie).

Ce fossé social et symbolique s’inscrit dans une division plus générale de la société guinéenne, entre d’une part les « intellectuels », pour la plupart citadins résidant à Conakry ou dans les grandes villes de l’intérieur du pays (telle que N’Zérékoré), et d’autre part les « analphabètes », ou populations rurales, vivant dans les zones reculées du territoire (que ces dernières soient effectivement analphabètes ou non). Cet écart entre experts nationaux et populations est caractéristique de la plupart des politiques publiques menées en contexte africain, comme le souligne Jean-Pierre Olivier de Sardan :

« [Les] agences de développement qui recrutent des cadres africains avec l’idée qu’ils apporteront cette maîtrise des contextes qui fait défaut aux expatriés, se trompent le plus souvent : ces cadres sont, sauf exception, largement coupés de leurs compatriotes d’en bas et se préoccupent plus de respecter les règles du jeu de l’institution qui les emploie que de tenir compte des logiques d’action des simples usagers ou des petits fonctionnaires, qu’ils ignorent souvent ou qu’ils regardent de haut » (Olivier de Sardan, 2022 : 6-7).

Pour reprendre les termes d’Abdoulaye Wotem Somparé à propos de la première épidémie d’Ebola, les acteurs de la riposte avaient ainsi un « *regard exotique et distant* » vis-à-vis des populations locales (Somparé, 2020 : 77).

C’est cette même division qui semble être à l’origine des inégalités de traitement entre experts institutionnels et acteurs communautaires de la riposte. Ces derniers ne profitent pas des mêmes conditions de travail, justement car ils sont issus des populations locales, et bien qu’ils aient des savoirs et une expertise, ceux-ci n’ont pas été reconnus par le dispositif de la réponse. Ils forment ainsi un ensemble d’acteurs, qui même s’ils sont en première ligne et occupent des missions essentielles à la lutte contre l’épidémie, ont le sentiment d’être traités comme les « *petites mains* » de la riposte.

7.4 Des acteurs communautaires volontaires qui proposent des solutions

Après avoir présenté les missions, et la place plutôt défavorable des acteurs communautaires au sein de la riposte, cette quatrième partie sera consacrée aux initiatives mises en place par ces

derniers en faveur de la lutte contre le virus, et aux propositions d'amélioration dont ils ont fait part à propos de l'engagement communautaire.

7.4.1 Des initiatives locales d'une épidémie à une autre

Lors de la première épidémie d'Ebola, un certain nombre d'initiatives communautaires ont été recensées par des chercheurs en sciences sociales. Ces initiatives étaient le plus souvent portées par des citoyens volontaires qui ont mené des actions en faveur de la lutte contre l'épidémie, telles que des sensibilisations, ou des activités de surveillance en population (Diouf & Faye, 2020 ; Faye, 2021 ; Fribault, 2015). Elles ont toutefois été majoritairement ignorées par la riposte, et ce probablement car les discours étaient principalement focalisés sur les « résistances » des populations (comme évoqué dans le quatrième chapitre), et rendaient ainsi difficile l'observation de ce type de pratiques. Cela était également dû à la méfiance et à la limitation des liens entre les acteurs de la réponse, et les populations locales, ce qui n'est pas sans rappeler la situation décrite plus tôt. Nous allons maintenant voir que la situation était globalement semblable lors de la riposte à cette deuxième épidémie, au cours de laquelle nous avons aussi pu relever un certain nombre d'initiatives locales. Pour introduire cette section, nous présenterons des initiatives qui ont été mises en place par un AC de Macenta durant la première épidémie d'Ebola, puis celles de ses homologues observées à Gouécké et N'Zérékoré en 2021.

a) Un exemple à Macenta lors de la première épidémie

Kankou, un agent communautaire rencontré dans la zone urbaine de Bowa à Macenta, a indiqué qu'il avait mis volontairement en place des stratégies en faveur de la lutte contre la première épidémie d'Ebola. Il a par exemple eu l'idée de se faire photographier en se lavant les mains (figure 40), afin que les populations puissent davantage s'identifier à son image qu'aux affiches de sensibilisation officielles qui représentaient des personnes blanches : « *J'ai fait une image pour donner à certaines personnes, parce que je me dis que peut-être quand ils voient la photo des Blancs ça va les effrayer. J'ai fait ma photo, j'ai mis en bas : "L'application régulière des mesures d'hygiène éloigne la maladie"* (Entretien avec Kankou, AC de Bowa). Il a photocopié cette image en de nombreux exemplaires (à ses frais) puis il l'a largement distribuée autour de lui, dans des boutiques ou structures sanitaires, notamment au centre de santé de Bowa.

Cette initiative, bien qu'elle paraisse particulièrement intéressante et justifiée, n'a pas été saluée par le dispositif de la riposte, et Kankou, malgré cela, n'a été impliqué par aucune des ONG qui sont intervenues à Macenta dans le cadre de la mobilisation sociale. Il a d'ailleurs ensuite réalisé, de lui-même encore une fois, un document qu'il avait commencé à déposer dans les communes de la préfecture afin de recenser les AC de chaque localité. Il a eu cette idée pour éviter les pratiques népotiques fréquentes (comme lors de cette épidémie), afin qu'il y ait un inventaire officiel des « *vrais AC* » pour que ces derniers ne soient plus mis de côté lorsque les activités menées sont rémunérées :

« Dès qu'on dit que demain on va payer les gens à 5 millions, ou bien 1 million ou 2 millions, si c'est pas vraiment quelqu'un qui pense à Dieu là, toi qui as souffert vraiment on peut t'écarter [...] C'est pourquoi même l'affaire d'AC là pour que ça marche beaucoup c'est pas facile parce que les gens qui travaillent beaucoup là, quand y a avantage on vous marginalise » (Entretien avec Kankou, AC de Bowa).

Mais là encore il n'a eu aucun soutien, y compris de la DPS, alors qu'il avait tenté de valoriser son initiative (en tant que membre d'un COSAH, il est un acteur plutôt connu du système sanitaire local,

comme nous l'avons vu). Voyant que la majorité des communes n'avaient pas joué le jeu, et malgré la pertinence d'un tel recensement, Kankou a finalement abandonné, faute de soutien institutionnel et financier.

Figure 40 : Photographie de sensibilisation réalisée par Kankou lors de la première épidémie d'Ebola, dans laquelle il se représente lui-même en train de se laver les mains, 2 mai 2021, Macenta, ©Barranca



b) Des initiatives toujours invisibilisées durant la deuxième épidémie

Visiblement, les leçons de la précédente épidémie d'Ebola n'ont pas toutes été retenues, et une fois encore, on a pu constater qu'un certain nombre d'initiatives émanant des acteurs communautaires n'ont été que peu saluées, alors qu'elles visaient à soutenir les actions de la riposte.

➤ *Des sensibilisations spontanées*

Nestor, un jeune homme rencontré à Gouécké, s'est par exemple porté volontaire dès le début de l'épidémie et s'est « engagé » auprès de différentes organisations pour voir leurs « idées premières ». Il a ainsi prêté main forte : aux équipes du PAM lors du recensement qui a précédé la distribution généralisée des vivres ; ainsi qu'à l'ONG Tinkisso pour la distribution de kits de lavage des mains ; ou encore à des agents de l'OMS qui souhaitaient faire un recensement de toutes les pharmacies et officines de Gouécké, qu'il a également conduits chez certains tradithérapeutes. Il n'a toutefois rien reçu en échange, et n'a pu être inclus dans aucune des équipes d'agents communautaires au motif qu'elles étaient déjà constituées. La proximité de Nestor avec certains agents institutionnels de la réponse lui a valu des remarques, et il a reçu des menaces d'une personne

de son entourage alors qu'il était en train de le sensibiliser sur les bienfaits du vaccin⁹⁵. Nestor a effectivement mené de lui-même plusieurs sensibilisations dans les ménages et lieux de convivialité de son quartier.

Comme Nestor, d'autres acteurs ont mené volontairement diverses sensibilisations. Martin a par exemple évoqué le cas d'un jeune homme qui, convaincu par la vaccination, avait également réalisé des sensibilisations dans un bar de son quartier :

« - Martin : Présentement y a un jeune qui est dans notre quartier, il était dans un cabaret-là⁹⁶, lui il a dit "Moi depuis que j'ai pris mon vaccin-là y a une partie qui me faisait mal [en désignant son bras] et vraiment ça a calmé", donc vraiment ça a sensibilisé les gens comme ça à aller encore se faire vacciner. Donc y a plusieurs manières de sensibiliser les gens.

- Eva : Et ce jeune qui a dit ça là, c'est un RECO aussi ?

- Martin : Non, non il n'est pas RECO. Comme lui il avait pris le vaccin et qu'il se sentait bien à l'aise c'est pourquoi il faisait ça » (Entretien avec Martin, maçon et RECO à Gouécké).

De même, Estelle a indiqué qu'elle avait mené des sensibilisations pour enjoindre des personnes à se faire vacciner : *« Et nous-mêmes on était dans le quartier pour sensibiliser les gens qui n'ont pas été vaccinés là. Y a d'autres qui disaient "Non, je ne prends pas". C'est nous, c'est grâce à nous-mêmes que les gens-là ont été vaccinés dans notre quartier. On dit "La vaccination là c'est très bon", moi-même je disais aux gens "J'ai pris [le vaccin], ma fille a pris" » (Entretien avec Estelle, agent de suivi des cas contacts à N'Zérékoré).*

On peut également citer Sylvestre, RECO dans un village proche de Gouécké, qui a été le premier à disposer un kit de lavage des mains devant chez lui, kit qu'il avait conservé depuis la première épidémie d'Ebola. Ce qu'a également fait Loucény, RECO dans un quartier de Gouécké.

Des leaders religieux ont également véhiculé des messages en faveur de la riposte à Gouécké, notamment le pasteur d'un Temple de la ville lors de la messe de Pâques célébrée le 4 avril 2021. En plus des kits de lavage des mains qui avaient été disposés à l'entrée, le Pasteur a sensibilisé la cinquantaine de fidèles qui étaient rassemblés pour l'occasion :

« Le Pasteur prend la parole suite aux premiers chants et louanges. Il parle en français, un homme traduit simultanément en kpelle. Il débute en disant "Vous n'êtes pas sans ignorer l'actualité de Gouécké", puis parle de "la situation" et nomme finalement "Ebola". Il dit que les "organisations" se succèdent ici "pour le bien de la population". Il conseille d'utiliser les kits de lavage des mains, et recommande d'accepter la vaccination. Il dit que " Jésus est le véritable socle de la santé humaine" tout en recommandant de ne "pas ignorer" les mesures sanitaires » (Observations lors de la messe de Pâques dans un Temple de Gouécké, 4 avril 2021).

Le Pasteur, avec qui nous avons discuté ensuite, et qui avait déjà échangé avec des collègues plus tôt dans l'année, a indiqué qu'il n'avait été approché par aucune organisation de la riposte et qu'il menait cette sensibilisation de manière volontaire.

➤ *Un seul acteur communautaire encouragé*

⁹⁵ Alors qu'elle devait être réalisée « en ceinture », c'est-à-dire proposée aux cas contacts et contacts de contacts, la vaccination a finalement été appliquée en campagne de masse à Gouécké (nous reviendrons sur la vaccination dans le chapitre 6).

⁹⁶ Les cabarets sont des débits de boisson.

Parmi les acteurs que nous avons rencontrés, un seul a eu un appui des autorités sanitaires concernant les initiatives qu'il a mises en place. Il s'agit de Hady, qui est un leader officiel de Gouécké depuis dix ans, proche du Ministre de la santé (qui est originaire de cette localité) et membre du parti politique qui était alors au pouvoir. Hady s'est montré volontaire dès la déclaration de l'épidémie, et il a fait preuve de diverses initiatives. Il était en déplacement à Conakry lorsque les premiers cas ont été confirmés, et alors que le Ministre lui demandait de retourner chez lui pour s'investir dans la réponse, Hady lui a d'abord indiqué qu'il souhaitait convoquer les ressortissants de Gouécké dans la capitale pour les sensibiliser sur l'épidémie et les convaincre de diffuser les bonnes informations à leurs proches sur place - une stratégie d'ailleurs parfois mise en place lors de la première épidémie (Faye, 2021). Hady est conscient du poids que les figures de la diaspora (que ces ressortissants soient dans les grandes villes du pays ou à l'étranger) peuvent avoir auprès de leurs familles, ces derniers bénéficiant effectivement d'une certaine légitimité (Somparé, 2020). Koly, un professeur du lycée de Gouécké, a par exemple été convaincu que l'épidémie était réelle par une amie originaire de Gouécké vivant actuellement aux Etats-Unis, alors qu'il pensait qu'il s'agissait de rumeurs au départ. Notons d'ailleurs que Koly a mené de lui-même des sensibilisations auprès de certains élèves et collègues lorsqu'il entendait des rumeurs.

Cette parenthèse fermée, revenons au cas de Hady. Celui-ci a donc rapidement convié les ressortissants de Gouécké à Conakry. Il leur a demandé de prendre la situation au sérieux et de convaincre leur entourage à respecter les mesures mises en place, au lieu de diffuser d'éventuels messages allant à l'encontre de la riposte. Afin de se rendre plus convaincant, et sans doute d'asseoir sa position d'autorité, il les a d'ailleurs menacés, ce qui a visiblement fonctionné :

« Je leur ai dit que le problème qui est à Gouécké c'est vrai, que si c'est pas ça on pourra pas vaincre le problème-là. J'ai dit : "Mais si vous donnez les mauvaises informations, si ça va pêter vous êtes responsables deh". J'ai dit "D'abord faites la liste de tous les présents là", j'ai la liste hein, ils ont fait la liste. Je dis "Chacun n'a qu'à écrire son nom et mettre son numéro de téléphone. Quand je vais à Gouécké si vous avez créé des problèmes c'est avec ça là que je vais porter plainte contre vous, on va vous mettre aux arrêts". Là, les ressortissants vraiment ils ont compris. Ils ont commencé maintenant à dire "Nous sommes avec Hady, tout ce que Hady va nous dire acceptons, la maladie-là c'est vrai" » (Entretien avec Hady, leader communautaire à Gouécké, 9 avril 2021, Gouécké).

A son retour à Gouécké, Hady a également servi de modèle pour la vaccination, puisque selon ses propos, de nombreux citoyens attendaient qu'il se fasse vacciner pour le faire à leur tour. Il a également utilisé de menaces, mais aussi de promesses, pour convaincre certaines personnes :

« Le jour où j'ai pris mon vaccin c'était un samedi, j'ai fait devant tous les responsables des districts et secteurs. Dieu merci ce jour-là l'OMS était là, ils m'ont vacciné devant tout le monde. D'autres même ont pris ma photo pour montrer ça sur Facebook. Quand j'ai pris ça, je suis sorti maintenant avec la carte-là, j'ai montré aux gens, j'ai dit : "Si une société va venir ici à Gouécké, et si la société ne veut que les membres qui ont la carte de vaccination, si tu n'es pas vacciné ils vont dire que c'est pas la peine. Mais si tu as ça là on peut t'aider de rentrer dans la société". Les gens ont commencé maintenant à venir. C'était ma politique » (Entretien avec Hady, leader communautaire à Gouécké, 9 avril 2021, Gouécké).

Même si les pratiques mises en place par Hady pour convaincre son auditoire sont discutables d'un point de vue éthique, elles semblent néanmoins avoir fonctionné. Cet acteur est le seul qui a eu un certain soutien, et il s'est notamment rendu à Gouécké, après que le Ministre lui ait envoyé de l'argent pour ses frais de transport. Ce dernier l'a également félicité à plusieurs reprises, ce qui n'a toutefois

pas empêché Hady d’avoir certains problèmes avec d’autres cadres sanitaires et politiques, comme nous le verrons dans le prochain chapitre. Il a toutefois été sollicité à plusieurs reprises par diverses institutions pour leur venir en aide, et cela sans rien recevoir en retour, une situation qui rappelle donc celle de ses homologues.

➤ *Des « réticences » à nuancer*

Ces initiatives, comme celles de Kankou citées au début de cette sous-partie, paraissent intéressantes et ont sans doute contribué à ce que l’épidémie soit rapidement contenue, contrairement à ce qui est formulé dans les discours officiels mettant surtout en avant les efforts des institutions et des experts de la riposte. Ces acteurs communautaires volontaires mériteraient d’être davantage considérés et valorisés par le dispositif, et on pourrait notamment les considérer comme des « *expert(s) contextuel(s)*⁹⁷ » selon l’expression proposée par Jean-Pierre Olivier de Sardan (2021 : 410).

Notons que cette enquête comporte sans doute des biais puisque nous avons majoritairement interrogé des personnes impliquées de près ou de loin dans la réponse à l’épidémie et qui étaient ainsi peut-être plus à même de faire preuve d’initiatives allant dans le sens de la lutte, ou qui souhaitaient profiter de notre écoute pour se mettre en valeur, dans un contexte où elles étaient justement peu écoutées. Comme nous le verrons dans le prochain chapitre, cette étude et celles de nos collègues ont permis de montrer que des citoyens qui n’étaient pas associés à la riposte avaient également une certaine expérience vis-à-vis du virus, et notamment des personnes contacts. Ainsi, et même si les exemples cités auparavant ne sont pas généralisables à toute la population puisqu’il y a eu aussi des pratiques allant à l’encontre de la lutte, il semble que les conclusions officielles des partenaires de la riposte (figure 41) soient à nuancer.

Figure 41 : Capture d’écran du Bulletin des activités des partenaires de la riposte à la maladie à virus Ebola en Guinée (Coordination des partenaires de la riposte, 2021 : 22)



⁹⁷ Il s’agit de « *réformateurs invisibles* », qui font preuve d’initiatives dans le but d’établir des pratiques qui ne sont pas des « *normes pratiques* » de « *bons élèves* » des organisations internationales » mais des « *innovations et improvisations avant tout adaptées aux contextes réels de travail* », souvent « *ignorées des experts nationaux ou internationaux* » (Olivier De Sardan, 2021 : 410).

Les défis formulés par les organisations de la riposte semblent un peu excessifs au regard de nos observations, et s'il y a effectivement eu des formes de « *réticences communautaires* », on verra dans le chapitre prochain que celles-ci n'ont souvent pas été contextualisées et expliquées par les acteurs officiels de la riposte, alors qu'elles répondaient parfois à des maladroites ou manquements de ces derniers.

7.4.2 Des interventions insatisfaisantes en termes de mobilisation sociale

Les acteurs communautaires ont tous profité de nos échanges pour partager leur ressenti sur leurs conditions de travail peu favorables, comme cela a été souligné dans les paragraphes précédents. Certains ont également émis des critiques vis-à-vis de certaines stratégies mises en œuvre par la riposte, qu'ils ont jugées peu satisfaisantes en termes d'engagement communautaire. Ces acteurs ont principalement formulé des critiques à l'encontre de deux interventions, à savoir la réalisation des tests sur les corps de personnes décédées dans le cadre des EDS, et la distribution généralisée des vivres à Gouécké.

a) Les tests dans le cadre des EDS

Conformément à la procédure des funérailles dites « dignes et sécurisées » en cas d'épidémie d'Ebola, il était recommandé dans le Plan de réponse établi par le Ministère de la santé en février 2021 « *d'assurer l'enterrement digne et sécurisé des décès dans les zones à risque* » dans le cadre de la PCI (Ministère de la santé, 2021 : 9). Cette description est assez large, et elle sous-entend que tous les décès qui intervenaient dans les zones touchées par l'épidémie devaient être soumis à la procédure. Celle-ci consiste à réaliser un test salivaire afin de déterminer si le décès est dû à une infection au virus, et en cas de résultat positif, recourir à un enterrement sécurisé et lister les éventuels cas contacts. Lors de la première épidémie d'Ebola, la gestion des enterrements, et notamment la procédure des EDS, avait été jugée parfois violente et considérant peu les populations, en particulier au début de l'épidémie où les équipes de la réponse étaient davantage concentrées sur la prise en charge des malades, que sur l'attention aux soins funéraires (Le Marcis, 2015). Des anthropologues ont été mobilisés pour rendre la procédure plus respectueuse dans les pays touchés (Anoko, 2014 ; Mayhew, Balabanova, et al., 2021), et en Guinée près de 24 000 EDS ont été réalisés entre mars 2014 et novembre 2015 (Migliani, Keita, Diallo, Rodier, et al., 2016). Lors de cette deuxième épidémie, d'après les chiffres relevés par la Croix-Rouge - l'institution en charge de cette intervention, comme lors de la première épidémie - 483 prélèvements et 14 EDS ont été réalisés (Coordination des partenaires de la riposte, 2021). Avant de présenter les critiques formulées par nos interlocuteurs, notons que la procédure des EDS semble avoir été inégalement appliquée, et qu'il y a notamment eu des différences selon les natures des décès.

➤ *Un problème de délais*

Lorsque nous étions à Gouécké, une jeune-femme est décédée après avoir donné naissance à son enfant, comme cela est encore malheureusement fréquent. Dans le cadre de la procédure des EDS, le corps de la jeune-femme a été testé après l'accord donné par son mari, et selon trois interlocuteurs, ce test a engendré des tensions et une certaine agitation au sein de la famille éplorée. On pourrait penser que c'est la réalisation du test en lui-même qui a déplu, en raison de pratiques culturelles ou

religieuses, mais c'est davantage la durée de la procédure et l'absence de communication qui ont posé problème.

Sory, qui a suivi l'histoire de près, la jeune-femme étant décédée au centre de santé où il travaille, nous a expliqué qu'il avait lui-même prévenu le mari de la défunte, qui lui a facilement donné son accord pour la réalisation du test. Après que les agents de la Croix-Rouge aient procédé au prélèvement (à la morgue du centre de santé), la famille aurait toutefois émis des doutes sur les intentions qui poussaient les agents du centre à garder le corps, car ils pensaient pouvoir le récupérer directement après le test pour procéder aux funérailles. Il y a visiblement eu un manque de communication et de transparence sur la procédure et ses différentes étapes, puisque celle-ci préconise de ne pas toucher les corps des défunts avant d'obtenir les résultats. Finalement le résultat s'est avéré négatif après une attente de plusieurs heures, et la famille est venue chercher le corps pour procéder à l'enterrement. Mais d'après les propos de Koly, professeur et ami du mari de la défunte, le cortège a été arrêté à un PCS entre le centre de santé et le lieu des funérailles, les agents refusant de les laisser passer avec un corps. Il y aurait eu des invectives virulentes d'un côté et de l'autre, et la situation a fini par se régler après l'intervention d'une « *personnalité locale* » selon les termes de Koly. Là aussi, cette situation aurait pu être évitée s'il y avait eu une meilleure communication, et on peut imaginer que les agents du PCS auraient pu être prévenus du passage du cortège.

➤ *Et de provenance des agents*

Selon Sory, le problème principal à propos de cette procédure est que les prélèvements étaient réalisés par des agents extérieurs à Gouécké, ce qui rallongeait les délais et l'attente des proches du défunt. Il aurait ainsi suggéré aux agents en question de former des professionnels de santé locaux à la réalisation des tests :

« Nous on a dit à la Croix-Rouge " Quand vous venez ici, laissez-nous la tâche de faire, il faut nous apprendre parce que le fait que vous veniez là, la famille, ça crée des stigmatisations, donc apprenez-nous à faire ici. Comme ça ici on n'appelle pas, dès qu'il y a décès on prélève, on envoie directement. Le temps pour vous de venir là, retourner, ça prend du temps, donc si nous on réagit dès que le décès est fait, nous on prend". Si nous on allait prendre nous-mêmes les salives-là, les parents n'allaient même pas crier » (Entretien avec Sory, infirmier titulaire et agent de suivi des cas contacts à Gouécké).

La provenance de ces agents préleveurs était également relevée par Hady et Bangaly, respectivement leader communautaire et RECO, et tous deux particulièrement influents dans les affaires sociales de Gouécké. Comme Sory, ils ont souligné que leur déplacement rallongeait la procédure, mais ils ont surtout insisté sur le fait que comme ceux-ci ne sont pas originaires de Gouécké, leur venue pouvait aggraver la méfiance potentielle des familles, au moment où des rumeurs sur un probable trafic d'organes réalisé par ces mêmes agents circulaient à Gouécké. Ils recommandaient ainsi de recourir aux volontaires locaux de la Croix-Rouge pour procéder à ces tests - Hady étant influent parmi les jeunes, et Bangaly étant membre de longue date de l'organisation. Pour le premier, cela permettrait également de présenter correctement les condoléances aux familles explorées, comme il le fait lui-même, puisqu'il y aurait ainsi une chance que les volontaires connaissent le défunt, et surtout les usages locaux :

« Si y a quelqu'un qui appelle [pour dire qu'] il a perdu son parent, en venant là-bas il faut d'abord montrer à la famille que la douleur là c'est pas pour lui, c'est pour toi. Quand tu fais ça la famille compte sur toi directement. Je vous dis, quand un jeune meurt on m'appelle, quand je viens je pleure pour les

condoléances, c'est la famille même qui dit "Tais-toi, tais-toi, pardon, pardon". Là je leur ai montré que oui celui qui est parti moi je l'aimais plus qu'eux. Maintenant, maintenant, si y a des sensibilisations ce que je vais dire là est-ce qu'ils vont refuser ? Mais si je viens je dis "Ah je suis Croix-Rouge, je suis venu pour le prélèvement", ils pourront accepter ? » (Entretien avec Hady, leader communautaire à Gouécké).

En tant que personnages ayant une certaine notoriété, Hady et Bangaly se rendent fréquemment dans les familles de Gouécké en cas de décès, ce qu'ils ont continué à faire durant l'épidémie. Les deux ont été amenés à suivre parfois les équipes d'agents préleveurs lors de la réalisation des tests, afin de calmer les craintes des proches des défunts. Ils n'ont reçu pour cela aucune contrepartie financière. Selon eux, engager des jeunes de Gouécké pourrait aussi permettre des retombées financières positives sur leur localité car ils supposent que ces agents préleveurs reçoivent des primes, mais les volontaires locaux n'ont été que peu impliqués dans la procédure.

➤ *Des volontaires locaux peu mobilisés dans les équipes*

D'après le Bulletin des partenaires, « 80 laveurs de corps issus des communautés de Soulouta et de la CU [commune urbaine] de Nzérékoré » ont été formés à l'inhumation sécurisée des corps, et « 51 volontaires sur le prélèvement avec les tests de diagnostics rapide » (Coordination des partenaires de la riposte, 2021 : 11). Hady a souligné que des volontaires avaient aussi été formés par la Croix-Rouge à Gouécké, mais il a insisté sur le fait que ce ne sont toutefois pas eux qui réalisaient les prélèvements : « *Maintenant là en cas de décès c'est pas eux qui font le prélèvement, c'est là où est le problème* ». Cela contredisait des observations que nous avons pu réaliser lors d'une séance de sensibilisation des leaders communautaires à la maison des jeunes de Gouécké, lors de laquelle des agents ont présenté à l'assemblée le déroulement des EDS, combinaisons et matériel à l'appui (figure 42) :

« Le présentateur dit à l'assemblée que ce n'est pas nécessaire d'avoir peur quand ils voient ces personnes, que ce sont des jeunes de Gouécké qui sont sous ces combinaisons, pas des étrangers. Il ajoute que le membre de la famille autorisé à laver le corps avec le volontaire devra aussi porter cette combinaison. Il parle avec une certaine légèreté, probablement pour dédramatiser le sujet. La deuxième jeune porte un pulvérisateur au dos. Une femme avec un gilet de l'OMS prend ensuite la parole et insiste sur le fait que les volontaires sont des jeunes de Gouécké et non d'ailleurs » (Observations lors d'une séance de sensibilisation des leaders communautaires de Gouécké, 6 avril 2021).

Figure 42 : Mise en scène de la procédure des Enterrements dignes et sécurisés lors d'une séance de sensibilisation des leaders communautaires, 6 avril 2021, Maison des jeunes de Gouécké, ©Barranca



Cette situation a été qualifiée de « *simulation devant la population* » par Hady. Il est possible néanmoins que ce qui a été décrit ait changé après notre séjour à Gouécké et que les jeunes formés aient finalement été réellement impliqués dans la réalisation des prélèvements.

b) *La distribution généralisée des vivres*

Comme le prélèvement des corps de personnes décédées, la distribution généralisée des vivres organisée par le PAM a suscité des remarques de la part de certains interlocuteurs. Les critiques qu'ils ont formulées étaient équivalentes à celles présentées plus haut.

➤ *Une mobilisation d'agents extérieurs qui favorise les rumeurs et les erreurs*

Avant de procéder à la distribution, les équipes du PAM ont d'abord réalisé un recensement de la population de Gouécké et ce sont des agents extérieurs, experts de la riposte, provenant de N'Zérékoré ou de la capitale, qui ont été impliqués et c'est précisément cela qui a posé problème. Selon Nestor, RECO indépendant, leur présence a notamment encouragé les rumeurs sur les mauvaises intentions du PAM. Ces rumeurs étaient renforcées par le fait que le recensement se faisait sur la base des cartes d'électeurs (ce qui a d'ailleurs favorisé encore les représentations sur l'instrumentalisation politique de l'épidémie). De nombreux ménages ont finalement refusé les dons de vivres, les sacs de riz étant souvent considérés comme contaminés (afin d'empoisonner la population), comme le relevait Péma : « *Quand les gens venaient pour faire le recensement, on est passé dans des ménages et les gens disent que : "Ah le riz-là y a Ebola dedans, nous on ne veut pas". D'autres ont refusé même* » (Entretien avec Péma, RECO de Gouécké).

Suite au recensement, chaque ménage recevait un coupon à présenter le jour de la distribution pour recevoir les denrées. Or, là encore le fait que les agents recenseurs n'étaient pas originaires de la zone aurait créé des problèmes, puisque de nombreuses cartes réalisées par ces derniers étaient mal orthographiées en raison de leur manque de familiarité avec les patronymes locaux. Ainsi, plusieurs ménages qui s'étaient montrés favorables à la réception des vivres n'ont finalement pas pu en avoir, leurs cartes étant considérées comme fausses par les équipes du PAM qui tentaient de déceler les éventuels trafics. Selon Nestor, il y a effectivement eu un trafic informel de denrées, et sa tante a par exemple acheté plusieurs sacs de riz à un homme qui en a reçu davantage que ne le permettaient les quotas. Mais ce trafic était possible selon lui en raison de la corruptibilité des agents recenseurs, et il notait : « *Les étrangers comptent seulement sur leurs intérêts* ». Lorsque nous avons rencontré Nestor, il avait justement avec lui plusieurs cartes d'électeurs de personnes n'ayant pu recevoir les vivres, qui se sont ensuite adressées à lui pour lui demander de régler la situation (puisqu'il s'était présenté chez eux avec les agents recenseurs). Nestor espérait alors que les autorités locales, la sous-préfecture notamment, allaient pouvoir trouver une solution, alors que les stocks du PAM étaient épuisés depuis un certain temps.

➤ *Des acteurs communautaires sollicités mais non remerciés*

Finalement, l'implication d'agents recenseurs non issus des localités aura engendré plusieurs difficultés, qui ne sont toutefois pas mentionnées dans la fiche dédiée au PAM dans le Bulletin des activités des partenaires de la riposte, et dans lequel il est simplement mentionné qu'il y a eu une « *distribution générale de 368,784 tonnes de vivres (riz, petit pois, huile et sel) à 5628 ménages dans la sous-préfecture de Gouécké* » (Coordination des partenaires de la riposte, 2021 : 17). Des acteurs

locaux, comme Nestor et Péma, ont été sollicités pour aider ces agents experts, qu'ils ont aussi hébergés gracieusement durant plusieurs jours, mais ils n'ont rien reçu en retour. De même, Nestor soulignait que le jour de la distribution dans son quartier, un certain nombre de jeunes ont été appelés pour décharger les camions de vivres. Mais ces manutentionnaires n'ont pas eu, eux non plus, de compensation financière, ce qui a engendré une certaine colère parmi eux. Ce constat rappelle bien évidemment les analyses proposées plus haut sur le contraste entre les moyens importants de la réponse et le traitement réservé aux acteurs locaux, dans un contexte où les populations sont habituellement délaissées et vivent dans une précarité importante, et où chaque participation dans la riposte, aussi minime soit-elle, constitue un espoir de recevoir une contrepartie financière.

Pour certains acteurs, ces deux interventions de la riposte étaient donc peu satisfaisantes en termes d'engagement communautaire, puisqu'elles ont écarté l'implication d'acteurs locaux, ou que ces derniers ont été traités comme des agents bénévoles.

c) *Un autre regard sur Womey*

En plus des propositions d'amélioration de ces deux stratégies, certains interlocuteurs ont formulé d'autres recommandations, et sont notamment revenus sur l'évènement traumatique de Womey pour livrer une autre version des faits. Bangaly notait par exemple : « *Nos frères de Womey n'ont pas été impliqués dans la sensibilisation* » (*Entretien avec Bangaly, RECO à Gouécké*). Une analyse également proposée par Laye, qui est en partie originaire de Womey, et qui avait été impliqué sur place en tant qu'agent communautaire après la survenue du drame. Laye a également suivi l'ensemble du procès qui a eu lieu à N'Zérékoré en avril 2015 et lors duquel onze personnes ont été condamnées à perpétuité (D. Barry, 2015; Faye, 2021). Il est ainsi particulièrement familier de cette histoire, et il est revenu sur les circonstances des faits :

*« Bon au fait, vous savez, y avait deux paramètres. Au côté de la communauté c'était condamnable, c'était très, très condamnable, ils se sont mal comportés. Mais au côté Etat, eux aussi y a eu des défaillances [...] Au côté Etat, la délégation-là ne devait pas d'abord partir. Quand vous voyez des réticences quelque part, envoyez des gens qui sont capables de les sensibiliser, s'ils acceptent vous les grandes personnalités vous venez maintenant au secours. Mais je me dis qu'ils partaient à la recherche de l'argent. Quand on faisait le jugement à N'Zérékoré, j'ai suivi le jugement, y a un élément que j'ai appris. Quelqu'un leur avait dit : " Aujourd'hui nous sommes en fête au village⁹⁸, les gens sont tous saouls, il y a le vin en pagaille. Aujourd'hui c'est la grande fête au village, c'est pas permis aujourd'hui pour que vous venez pour la sensibilisation". Mais le gouverneur, et le préfet, et les chefs, ils n'ont pas écouté, ils se sont tentés parce que l'argent était là et qu'il fallait aller pour recevoir les frais de mission donnés par les humanitaires » (*Entretien avec Laye, RECO à N'Zérékoré*).*

Les accusations portées par Laye sur les intentions purement pécuniaires des membres de cette délégation sont peut-être à nuancer, car il est possible que ces derniers aient eu d'autres arguments pour se rendre au village à cette date. Quoi qu'il en soit, il est évident pour Laye que le problème majeur est venu du fait que les habitants de Womey n'ont pas été écoutés, et que la délégation n'a pas pris en compte les mises en garde de leur interlocuteur sur place. Même si cela ne vient pas excuser l'atrocité des faits commis par les habitants, ce témoignage apporte une autre perspective sur

⁹⁸ Il s'agissait d'une cérémonie donnée à l'occasion de la fin de l'initiation des jeunes-filles, un évènement particulièrement important auquel l'accès est restreint car tout le monde n'est pas autorisé à les voir (Somparé, 2020).

l'histoire. Ainsi, pour Laye et Bangaly, les communautés doivent être réellement écoutées et impliquées pour que d'autres drames tel que celui-ci ne se reproduisent pas, une proposition qui rejoint les recommandations de l'OMS sur l'engagement communautaire (WHO, 2017c).

d) Les survivants de la première épidémie absents de la riposte

Le dispositif de la riposte ne s'est pas tourné vers les personnes guéries de la première épidémie, alors qu'elles auraient pu jouer un rôle certain dans la réponse, notamment au titre de l'engagement communautaire. Ce point n'a pas été formulé par des acteurs communautaires de la riposte à l'épidémie mais mérite d'être souligné car l'implication des personnes guéries est recommandée (Bond et al., 2019). Cette absence d'implication des survivants de 2013-2016 a été soulignée par des collègues qui ont spécifiquement travaillé avec eux dans la région de N'Zérékoré, et celle-ci est venue renforcer un sentiment déjà prégnant d'abandon chez ces personnes depuis la fin des projets de soutien entamés pendant la première épidémie (Le Marcis & Mari-Saez, 2021)⁹⁹.

Deux interlocuteurs de Conakry l'ont également souligné. Il s'agit de Wido et Ibrahima, tous deux infirmiers, et qui avaient été contaminés sur leurs lieux de travail par des patients dont ils ignoraient qu'ils étaient infectés lors de la première épidémie d'Ebola. Tous les deux ont été très surpris à l'annonce de cette deuxième épidémie qui a réveillé certains traumatismes (ils ont notamment arrêté de travailler pendant plusieurs jours). Beaucoup d'autres personnes guéries les ont appelés, inquiètes des discours médiatiques et scientifiques qui ont rapidement porté sur la source de l'épidémie. Celle-ci suscitait effectivement des préoccupations puisque l'hypothèse sur l'origine humaine a rapidement émergé, et dès le départ plusieurs médias employaient d'ailleurs le terme de « *résurgence* » (Diallo, 2021 ; Guinéematin, 2021 ; Médiaguinée, 2021). Ces suppositions ont été confirmées suite au séquençage du virus dont les premiers résultats ont été publiés un mois après le début de l'épidémie (A. K. Keita, Düx, et al., 2021), puis dans une revue prestigieuse en septembre (A. K. Keita, Koundouno, et al., 2021). Ces découvertes ont engagé de nouvelles orientations sur le virus, et depuis certaines analyses proposent de reconsidérer Ebola comme une pathologie endémique et peut-être plus fréquente qu'on ne l'imagine couramment (Fairhead et al., 2021).

Wido et Ibrahima ont eu le sentiment que les personnes guéries avaient été écartées cette fois-ci de la réponse, malgré les hypothèses mentionnées plus haut et qui les concernaient de près. Ils regrettaient un manque d'informations à ce propos, et espéraient que de plus amples recherches seraient menées auprès de l'ancienne cohorte de survivants de la première épidémie, afin notamment qu'ils puissent prendre leurs « *dispositions* » pour éviter de contaminer d'autres personnes. C'est la crainte exprimée par Wido :

« On prie Dieu, mais moi mon souci c'est quoi ? Si c'est vrai que l'épidémie là est venue de nous, il faut qu'on soit informé pour qu'on puisse prendre nos dispositions. Parce qu'il faut pas qu'on reste comme ça là, si un jour tu as un malaise tu sais que tu peux dire « Eloignez-vous de moi, je vais aller me faire consulter ». Mais si on laisse comme ça là, et se taire comme ça là c'est pas bon [...] Les informations qui se passent à N'Zérékoré c'est pas clair, les gens ne veulent pas nous dire la vérité » (Entretien avec Wido, infirmière et guérie de la première épidémie).

⁹⁹ Dans le rapport voir plus précisément l'enquête réalisée par Fanny Attas, Marie-Yvonne Curtis et Jacqueline Haba, et le chapitre « La situation des sortis guéris d'Ebola 2014 » (54-68).

Mais fin juin 2021, cette question semblait encore être une hypothèse très lointaine, et selon Gabriel, cadre dans une institution internationale, il était question de réaliser une recherche clinique et virologique auprès des personnes guéries de l'épidémie de 2021 seulement.

Wido et Ibrahima ajoutaient que très peu de guéris ont été formés à la suite de l'épidémie en tant qu'experts, alors même que nombre d'entre eux étaient professionnels de santé, ce qui était regrettable puisqu'ils ont une connaissance de la maladie et du virus. Ils ont été en quelque sorte les grands absents de cette riposte, et seuls un petit nombre ont été impliqués, notamment dans les CT-EPI (OMS Guinée, 2021a).

7.5 Une riposte qui banalise le traitement réservé aux acteurs communautaires

Dans le quatrième chapitre nous avons mentionné qu'il y avait un écart évident entre les discours institutionnels et politiques valorisant les stratégies d'engagement communautaire, et les conditions réelles d'exercice et de vie des agents communautaires, qui sont voués à rester dans le précaire et le volontariat. Alors que leur implication est sans cesse mise en avant, leur travail n'est pas suffisamment reconnu pour mériter un salaire décent. Ce constat dressé à propos de la SBC peut être élargi à la réponse à cette deuxième épidémie d'Ebola, puisque les acteurs locaux de première ligne n'ont été en réalité que peu considérés et valorisés par le dispositif de la riposte et par leurs supérieurs institutionnels. Ils ont été écartés des ressources importantes allouées à la lutte, et des protocoles sécuritaires mis en place par les organisations de la réponse pour les acteurs considérés, contrairement à eux, comme experts.

Certains, comme Tokpa, ont eu le sentiment de réaliser les tâches les plus difficiles, une situation qui caractérise d'ailleurs plus généralement le quotidien des RECO selon lui : « *Quand c'est dur ils laissent, ils disent "C'est vous qui pouvez faire ça". Maintenant quand c'est graissé [facile], ils donnent à d'autres* » (Entretien avec Tokpa, RECO dans un village autour de Gouécké). Finalement le travail de ces acteurs a été en grande partie invisibilisé, notamment celui des agents de suivi des cas contacts, qui contrairement à leurs homologues impliqués dans les centres de traitement, n'ont pas suscité d'attention ni reçu de félicitations particulières. De même que les agents affectés à la tenue des PCS qui ont été relégués à des tâches peu gratifiantes et stigmatisantes. Leurs avis ou expériences n'ont pas été sollicités, et leurs savoirs n'ont pas vraiment été pris en compte, à l'inverse de ceux des experts nationaux et internationaux, comme lors de la précédente épidémie d'Ebola en Guinée et les autres pays touchés (Gomez-Temesio, 2022 ; Kingori & McGowan, 2016 ; Mayhew, Kyamusugulwa, et al., 2021). Dans cette cinquième partie, nous verrons que ces conditions d'implication des acteurs communautaires sont banalisées par les institutions nationales et internationales, et pour reprendre l'expression proposée par Didier Fassin, ils ne bénéficient pas d'une « *immunité institutionnelle*¹⁰⁰ » (Fassin, 2007 : 515). Seuls leurs superviseurs directs ont fait preuve d'initiatives pour tenter de les nuancer.

7.5.1 L'empathie des superviseurs directs

Face à leurs conditions de travail déplorables, seuls les experts qui étaient les superviseurs directs des acteurs communautaires, avec qui ils étaient fréquemment en lien, ont montré de

¹⁰⁰ Cette expression est employée à propos des conditions dans lesquelles MSF implique les acteurs locaux (peu importe les contextes), comme d'autres organismes humanitaires.

l'empathie à leur égard, et certains ont mis en place des stratégies pour rendre ces conditions plus acceptables. C'est notamment le cas de Salifou qui supervisait les agents du PCS, et qui, comme cela a déjà été mentionné, a notamment construit un abri pour le personnel avec ses propres moyens. Il a trouvé « déplorable » le fait que ces agents n'aient ni contrat, ni accès à une information transparente à propos du montant de leurs primes, et soulignait : « *Les travailleurs doivent pouvoir connaître réellement combien ils vont être payés* ». Il a également instauré des roulements pour que chaque agent ait au moins un voire deux jours de repos dans la semaine, alors qu'ils sont supposés travailler tous les jours, et précisait qu'il s'agissait d'un « *système purement interne* » et que ses responsables n'en étaient pas informés. Il leur donnait également quelquefois un peu d'argent pour le « *prix de l'eau ou du riz* ». Ainsi, Patrice soulignait que ses collègues et lui éprouvaient du ressentiment envers leurs autres supérieurs hiérarchiques car ils se sentaient peu considérés par ces derniers : « *Le problème ce n'est pas contre le chef [Salifou]. Mais les autres chefs nous avaient dit l'autre fois que jeudi on devrait se voir. Samedi, dimanche, aujourd'hui lundi, jusqu'à présent personne ne vient même nous dire bonjour* » (Entretien avec les agents du PCS).

Comme Salifou, d'autres superviseurs ont eu des attentions vis-à-vis des acteurs communautaires qu'ils encadraient. Estelle a par exemple mentionné le fait que son chef lui donnait parfois un peu d'argent, ou qu'il lui achetait des unités téléphoniques. Jules, lui, a pu se servir de la moto de ce dernier. Bakary, qui supervisait les RECO de Gouécké, nous témoignait également son envie de voir les RECO travailler dans de meilleures conditions et avoir notamment un salaire décent, tout en notant son impuissance face à cela. Il donnait ainsi parfois un peu d'argent à certains, quelquefois après les sollicitations teintées d'humour de certains RECO comme Péma : « *Des fois je lui dis "Ah votre vieux a faim vraiment, faites-nous quelque chose" [rires]. Moi je lui dis ça en blague* » (Entretien avec Péma, RECO à Gouécké). Ces gestes s'inscrivent certes dans un échange d'argent et de petites attentions qui sont assez fréquents en Guinée, mais ils semblent témoigner d'une certaine compassion de ces superviseurs vis-à-vis des conditions peu confortables dans lesquelles travaillent les acteurs communautaires. Notons que ces superviseurs directs ont un rôle d'intermédiaires entre les acteurs communautaires et les cadres de leurs organisations, mais qu'ils sont eux aussi soumis à des rapports hiérarchiques et qu'ils n'ont en réalité qu'une marge de manœuvre limitée.

7.5.2 Des institutions qui normalisent ces inégalités

Lors de la première épidémie d'Ebola, les conditions de travail des acteurs locaux impliqués dans les centres de prise en charge, dans le suivi des cas contacts, dans la réalisation des EDS ou encore dans les activités de promotion de la santé, ont été décrites comme précaires, alors qu'ils étaient relégués aux missions les plus risquées (tels que les hygiénistes ou les fossoyeurs), et qu'ils étaient pourtant les moins protégés (Farmer, 2021 ; Gomez-Temesio, 2022 ; Le Marcis, 2015). Comme nous l'avons vu dans ce chapitre, la situation ne s'est guère améliorée lors de la deuxième épidémie d'Ebola, même si elle a fait fort heureusement beaucoup moins de victimes parmi le personnel local. Au-delà des superviseurs directement en lien avec eux, les conditions de travail et le traitement administratif et financier réservé à ces acteurs communautaires ne semblent susciter aucune critique ou aucun questionnement de la part des institutions de la riposte.

A l'inverse, ces organisations et institutions semblent plutôt contribuer à banaliser et normaliser la précarité de ces agents, en ne leur faisant par exemple pas signer de contrat (excepté pour les RECO). A la fin du mois d'avril 2021, alors que nous lui exposons les revendications des agents du PCS, un expert de l'OIM nous disait par exemple qu'il était normal que ceux-ci n'aient pas signé de contrat, car

l'OIM n'en propose jamais aux acteurs communautaires. Cet expert, et l'institution qu'il représente, ne semblent donc pas remettre en question le fait que ces agents locaux ne bénéficient pas de ce qui paraît être le minimum à fournir à un employé. Finalement la grève des agents du barrage sanitaire n'aura servi à rien et ils n'ont pas été payés davantage par la suite.

La question du montant de la prime accordée aux 66 agents déployés dans les PCS faisait partie des « défis » rencontrés par l'OIM, que l'organisation a mentionné dans le Bulletin des partenaires de la riposte. Il y est écrit que le barème fixé par l'OIM pour le paiement des agents PCS, qui étaient de 150 \$ mensuels (environ 1 300 000 GNF ; 150 €) était « élevé » ce qui aurait constitué un défi à la réalisation des activités de cette institution, et qui est cité parmi d'autres défis comme « l'indisponibilité des équipements » (figure 43). Objectivement, ce montant paraît pourtant dérisoire pour une agence des Nations Unies. D'autant que dans le cas des agents rencontrés, ils ont reçu une somme inférieure à celui-ci.

Figure 43 : Défis mentionnés par l'OIM dans le Bulletin d'activités des partenaires de la riposte à la maladie à virus Ebola en Guinée (Coordination des partenaires de la riposte, 2021 : 15)



a) Les débats en santé publique sur le paiement des acteurs communautaires

La prise de position de l'OIM, même si elle paraît exagérée au vu du montant dont il est question, s'inscrit dans des débats récurrents et de longue date sur le paiement des acteurs locaux, dans les mondes de la santé publique et du développement (K. Maes, 2015). Comme cela a déjà été dit, il y a eu durant cette épidémie des disparités dans le paiement des agents communautaires selon les organisations qui les impliquaient, signe qu'il y a sans doute eu des débats entre elles à ce propos. Dans le Bulletin d'activités des partenaires, Terre des Hommes mentionnait d'ailleurs comme seul plaidoyer : « Respect de l'ensemble des acteurs à la politique nationale de santé communautaire, plus particulièrement sur [le] montant de la prime allouée au ReCo » (Coordination des partenaires de la riposte, 2021 : 18).

Ces débats se cristallisent autour de différents arguments prônant les éventuels avantages et inconvénients que poserait le paiement de primes à ce type d'acteurs. Ainsi, certains se positionnent en faveur d'une vision plutôt volontariste qui éviterait que les personnes impliquées s'engagent

seulement pour des considérations financières ou opportunistes. Cette vision est marquée par un fantasme bien ancré à propos d'une solidarité communautaire qui serait naturelle, en particulier dans les contextes africains (Ridde, 2003). Elle valorise la « *notion de bénévolat supposant le don de soi à la communauté par le biais de la réalisation d'une activité au nom de l'intérêt de la collectivité* » (Faye, 2021 : 157). Cette vision invisibilise le fait que l'engagement de ces acteurs peut-être également mû par une volonté d'améliorer leurs conditions de vie, généralement marquées par une importante précarité (K. Maes, 2015).

Un autre présupposé largement répandu au sein des organisations et institutions internationales suppose qu'il y a un fossé entre les motivations « *intrinsèques* » (tel que le devoir moral envers sa communauté) et « *extrinsèques* » (opportunité financière) de ces acteurs communautaires (Maes, 2015 : 2). Pour la plupart de ces organisations - majoritairement occidentales - seul le premier type de motivation est valorisé, et devrait aboutir à l'engagement de ces acteurs (K. Maes, 2015). Certains acteurs rencontrés nous ont effectivement fait part de leur volonté à s'engager pour leur « communauté », mais cela n'exclut pas qu'ils aient pu aussi avoir l'ambition d'accéder à des opportunités symboliques et financières.

L'un des problèmes qui apparait ici est que ce débat ne semble pas prendre en considération les attentes et demandes des acteurs concernés. Ces discussions paraissent avoir lieu au sein d'institutions éloignées des réalités que ces acteurs vivent, et être portées par des personnes qui n'ont certainement pas les mêmes conditions de travail et de vie. Car si la nécessité de motiver les acteurs communautaires est reconnue, peu d'études questionnent ce qu'en pensent les premiers concernés (Dil et al., 2012). Pour faire un parallèle un peu rapide, il est différent de parler d'une personne issue d'un pays favorisé et s'engageant dans une association caritative sur son temps libre, et d'une personne - comme celles que nous avons pu rencontrer - qui espère accéder à certaines ressources en s'impliquant dans la lutte contre une épidémie (et malgré les risques que cela implique). Il faut garder en tête que la frontière est mince entre volontariat et exploitation lorsque l'on se situe dans un contexte de grande précarité, où chacun essaie de vivre décemment.

Cette discussion paraît d'autant plus creuse dans le contexte de l'épidémie présentée ici, qu'elle n'est pas élargie aux autres acteurs, considérés comme experts et qui ont pu bénéficier de ressources nettement plus importantes. Les frais supplémentaires qui ont été pris en charge par les institutions de la réponse pour améliorer leur confort ne sont pas remis en question, alors qu'il est évident que ces frais ont eu un impact sur les finances du dispositif. Ainsi, la discussion ne concerne que les acteurs communautaires, qui sont déjà parmi les populations précaires (et vulnérables), et non leurs supérieurs. Les ressources, même si elles sont particulièrement importantes pour la lutte contre une pathologie comme Ebola, ont été distribuées de manière peu équitable.

Pour les interlocuteurs rencontrés lors de cette enquête, l'argument central au fait de ne pas rémunérer davantage les acteurs communautaires était que cela pourrait entraver la pérennité des activités de ces ONG ou institutions. Des cadres de Terre des Hommes nous ont ainsi rétorqué, lorsque nous échangeons avec eux, qu'il était essentiel que leur organisation s'aligne sur la PNSC puisque l'Etat est supposé prendre à terme le relais sur la prise en charge des RECO. Cet argument, même s'il paraît sensé, a tout de même une portée limitée et la question de la pérennité devrait être elle aussi abordée sous un autre angle et ne pas se focaliser seulement sur les limites des finances publiques. Car assurer des primes et des conditions de travail confortables aux agents impliqués, c'est aussi s'assurer de la pérennité des projets et programmes mis en place, et l'exemple de cette épidémie montre que des conditions délétères peuvent contribuer à la démobilisation des agents. De même que, comme nous

l'avons vu dans un chapitre précédent, elles peuvent entraîner la démission de RECO. A propos des professionnels de santé, il a aussi été démontré que lorsqu'ils exercent dans de mauvaises conditions, cela peut conduire à la dégradation des services qu'ils sont supposés offrir aux patients, et donc à terme à la pérennité de l'accès aux soins (Aberese-Ako et al., 2014 ; Olivier de Sardan & Jaffré, 2003). Dans le cas précis présenté ici, la question de la pérennité semblait compromise, l'institutionnalisation de la santé communautaire n'étant pas encore à l'ordre du jour dans ces localités.

D'autres experts ont affirmé qu'il était risqué de donner des primes trop importantes à ces acteurs communautaires car ils pourraient s'habituer à des montants élevés (que l'on pourrait plutôt considérer comme des salaires corrects). On pourrait leur rétorquer que ces derniers en ont en réalité tout à fait conscience. Ils savent que ces opportunités sont limitées dans le temps, car c'est une caractéristique plus globale de la mise en œuvre des programmes sanitaires et des politiques publiques en Afrique subsaharienne, ce dont les populations sont également bien souvent conscientes (Olivier de Sardan, 2021).

b) Un manque de justice

La différence de traitement entre les différents types d'acteurs de la réponse ne paraît pas juste d'un point de vue éthique, et ce d'autant plus qu'ils exercent dans un contexte de riposte épidémique, à la fois risqué, et faisant l'objet d'investissement financier important. Ce traitement ne répond pas à l'équité qui est considérée comme une nécessité éthique en contexte épidémique par l'OMS (WHO, 2016). Cette différenciation prend racine dans des considérations basées sur la classe sociale et l'origine, dans un contexte où les institutions et organisations nationales et internationales établissent depuis toujours des hiérarchies entre les vies humaines, ce que Didier Fassin nomme les « *politiques de la vie* », et qui ne favorisent pas les populations locales des pays pauvres (Fassin, 2007). Le fait que cette riposte est lieu dans un contexte post-colonial ne paraît pas non plus anodin, et lors de la première épidémie d'Ebola, plusieurs auteurs ont montré que le modèle de prise en charge reproduisait par exemple ces inégalités raciales postcoloniales puisque les acteurs expatriés étaient bien mieux protégés que leurs homologues locaux, sans que cela ne soit forcément conscientisé (Benton, 2014 ; Gomez-Temesio & Le Marcis, 2017 ; L. A. Hirsch, 2021a). Dans les sphères académiques, particulièrement aux Etats-Unis, une réflexion sur la nécessaire décolonisation de la santé globale a ainsi été amorcée (Benton, 2016 ; L. A. Hirsch, 2021b ; The Lancet Global Health, 2020).

Lors de cette deuxième épidémie d'Ebola, ces différences de traitement ont paru plus subtiles, et elles n'ont bien heureusement pas abouti à des décès parmi les acteurs communautaires de première ligne. Cela ne semble toutefois pas imputable au fait que ces acteurs aient été mieux protégés par le système, mais plutôt aux mécanismes qu'ils ont eux-mêmes mis en place pour leur protection, grâce notamment aux savoirs et expériences qu'ils ont acquis depuis la première épidémie d'Ebola.

La binarité supposée (et réelle) entre des acteurs qui seraient experts et d'autres qui ne le seraient pas est historique dans les institutions internationales, et celles-ci peinent à intégrer réellement les seconds - et ce, d'autant plus dans les contextes africains où les savoirs locaux sont encore moins reconnus (Mayhew, Kyamusugulwa, et al., 2021). Les acteurs communautaires portent ainsi un double fardeau, et subissent une stigmatisation de classe et de race, qui s'inscrit en Guinée dans une dévalorisation communément admise des populations rurales. C'est d'ailleurs pour cette raison que cette dévalorisation est aussi parfois véhiculée par des experts guinéens, et que certains ont eu des formules dépossédant les populations de leurs savoirs. Hamidou, un expert de la Croix-Rouge que nous avons rencontré à Gouéké, nous disait par exemple que l'organisation ne pouvait pas demander aux

volontaires de procéder à la réalisation des tests dans le cadre des EDS, car ceux-ci ne sont pas habitués à la vue de dépouilles. Il semblait ainsi oublier que ces populations effectuent elles-mêmes les rituels funéraires hors contexte épidémique, et qu'il y a notamment des laveurs de corps communautaires (Somparé, 2020). Ce qui souligne, encore une fois, que les savoirs, notamment contextuels, des acteurs communautaires et des populations devraient être pris en compte et valorisés par la riposte, afin de rendre l'engagement communautaire plus effectif (Mayhew, Balabanova, et al., 2021). Les propositions formulées par les acteurs que nous avons rencontrés à propos de la réalisation des EDS et de la distribution généralisée des vivres mériteraient par exemple d'être prises en compte à l'avenir.

Conclusion

En conclusion de ce chapitre, on peut donc dire que l'engagement communautaire n'a finalement pas été optimal lors de cette deuxième épidémie d'Ebola, et on pourrait parler de « *superficial "community engagement"* » comme cela a été proposé à propos d'une autre épidémie de MVE (Mayhew, Balabanova, et al., 2021 : 8). Comme lors de la première épidémie, il y avait un écart important entre les conditions de travail réservées aux acteurs communautaires, et celles des experts institutionnels, qui illustrent les inégalités fréquemment observées dans la santé globale.

Pour être en phase avec les belles valeurs prônées au titre de l'engagement communautaire (comme impliquer les communautés, ou co-construire avec elles les stratégies et politiques de santé publique), la route est encore longue. L'atteinte de ces objectifs est freinée car elle s'inscrit dans des rapports de pouvoir caractérisés par un certain nombre de considérations. Dans ce contexte, l'analyse de l'engagement communautaire doit se faire à partir du terrain, en prenant du recul par rapport à sa définition et son usage constant dans les sphères institutionnelles (Wilkinson et al., 2017), comme nous avons essayé de le faire durant cette enquête.

Cela dit, il est facile d'émettre des critiques extérieures, et notre propos n'est pas de fustiger des acteurs ou des institutions, ces derniers ayant sans doute leurs propres arguments face aux analyses proposées ici. Dans le Bulletin recensant les activités des partenaires de la riposte, l'UNICEF mentionne d'ailleurs que « *Le maintien et le renforcement de l'engagement communautaire reste un défi persistant et continu* » (Coordination des partenaires de la riposte, 2021 : 20).

La participation communautaire est souvent présentée comme la solution qui permettrait une réponse plus efficiente aux épidémies, mais ce n'est pas la seule, et l'OMS recommande notamment de ne pas recourir aux approches autoritaires et coercitives lorsque celles-ci peuvent être évitées (WHO, 2016). Or cela n'a pas toujours été respecté au cours de la riposte à cette épidémie, notamment dans le cadre du suivi des cas contacts, comme nous le verrons dans le prochain chapitre.

CHAPITRE 8 : PRATIQUES DU SUIVI DES CAS CONTACTS PENDANT LA DEUXIEME EPIDEMIE D'EBOLA

Après avoir présenté les enjeux relatifs à l'engagement communautaire lors de la deuxième épidémie d'Ebola en Guinée, nous allons maintenant nous intéresser plus en détail à la stratégie du suivi des cas contacts mise en place lors de cette même épidémie. Au travers d'enquêtes réalisées sur trois sites (Conakry, Gouécké et N'Zérékoré), auprès de différents agents de suivi et de certains cas contacts, nous verrons notamment, si à partir d'un protocole unique supposé être appliqué de manière similaire, cette intervention donne lieu à des pratiques différentes.

Nous questionnerons ensuite la capacité du dispositif à répondre aux attentes des cas contacts et de leurs agents de suivi. Ceci nous conduira à aborder les capacités d'action et l'autonomie des agents de suivi dans leurs pratiques, en rapport avec leur niveau de formation et leur encadrement. Enfin, le mode d'intervention sera analysé afin de comprendre : les capacités d'action des agents de suivi dans leurs relations avec les cas concernés et leur entourage, l'acceptabilité de ce suivi, et les questions éthiques qu'il soulève.

8.1 Le suivi des cas contacts durant l'épidémie d'Ebola de 2021

L'identification et le suivi des cas contacts constituent l'une des stratégies de riposte à un grand nombre d'épidémies de maladies infectieuses contagieuses, telle que la MVE. Pour l'OMS et le CDC, ces deux éléments sont regroupés dans la « *recherche des contacts* », dont l'identification des cas contacts constitue la première étape, à laquelle s'ajoute ensuite la surveillance clinique quotidienne des personnes recensées (OMS & CDC, 2015). Précisons que nous établissons ici une distinction entre ces deux étapes, et que nous aborderons davantage la phase de surveillance des personnes contacts (dite de suivi) que la recherche préalable qui a conduit à leur identification. Ainsi, dans les lignes qui suivent, le terme de « suivi des cas contacts » fera référence au travail quotidien des agents de suivi chargés de surveiller l'état de santé des personnes contacts.

Dans cette première partie, nous contextualiserons la réalisation du suivi des cas contacts durant l'épidémie de 2021, en nous intéressant d'abord aux recherches conduites lors de la précédente épidémie sur ce sujet. Nous présenterons ensuite les résultats des enquêtes de terrain menées lors de cette deuxième épidémie à Conakry, Gouécké et N'Zérékoré.

8.1.1 Contexte du suivi et statut des agents

Dans cette première section, il s'agira de contextualiser la mise en place de cette mesure lors de la deuxième épidémie d'Ebola, en évoquant dans un premier temps la littérature à propos de son utilisation lors de la première épidémie, puis en présentant dans un deuxième temps les protocoles et statuts des agents impliqués en 2021.

Pour bien distinguer les différences entre isolement, confinement et quarantaine, le terme employé à propos du suivi des personnes contacts sera celui « d'isolement ». Il semble, en effet, être le plus approprié, celui de « quarantaine » étant parfois remis en question puisqu'il suppose une mise à l'écart durant quarante jours des personnes étant suspectées porteuses de virus, alors que la durée d'isolement est de 21 jours pour la MVE. Le terme de quarantaine est également employé lorsque ce sont des quartiers ou des villages entiers qui sont mis sous surveillance (Barbisch et al., 2015 ; Kpanake

et al., 2019 ; Moore, 2020), tout comme celui de « confinement » (Desclaux, Diop, et al., 2017). La plupart des personnes contacts rencontrées ont évoqué le terme de « confinement » pour parler de leur expérience, mais ce terme a été très utilisé au cours de la pandémie de Covid-19, notamment en Europe où de nombreux pays ont mis en place des mesures de confinement généralisé. Celles-ci ne visaient toutefois pas des groupes de personnes en particulier (comme les cas contacts de cas confirmés), mais des populations entières dans le but de réduire tous les contacts sociaux et limiter la propagation du virus. Dans cette définition, le terme de « confinement » ne s'applique pas à propos du suivi des cas contacts de MVE, puisque ce sont des individus qui ont été isolés, et non une population entière (à l'échelle d'un quartier ou d'une nation). Le terme « d'isolement » semble ainsi plus approprié pour évoquer les expériences des cas contacts durant cette épidémie. En effet, ces personnes ont été invitées à s'isoler à leur domicile, et elles ont parfois, comme nous le verrons, également mis en place des stratégies pour éviter tous contacts avec leurs proches au sein de leurs foyers (elles se sont donc auto-isolées durant leur isolement).

a) Revue de la littérature sur le suivi des cas contacts lors de la première épidémie d'Ebola

Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, à l'époque coloniale la mise à l'écart des personnes atteintes de maladies contagieuses (telle que la lèpre) figurait parmi les stratégies principales de contrôle de ces pathologies. En Guinée, il était question de construire des léproseries vers 1920. Après l'indépendance, les maladies infectieuses persistent mais les mesures de surveillance et de contrôle sont assez disparates jusqu'à l'arrivée de la première épidémie d'Ebola. Au-delà des interventions officielles, il est également très probable qu'à certains endroits les populations aient de leur propre initiative mis en place des mesures de mise à l'écart ou de quarantaine lors d'épidémies non déclarées par les autorités¹⁰¹. C'est avec la première épidémie d'Ebola qu'en Guinée le suivi des cas contacts commence à être étudié comme un objet scientifique et outil stratégique de la riposte. Lors de cette épidémie ce sont près de 54 000 personnes qui ont été suivies en tant que cas contacts sur le territoire guinéen (Kpanake, Leno, et al., 2019).

La surveillance des personnes contacts a pris des formes multiples lors de cette première épidémie d'Ebola. Au niveau collectif, il y a eu parfois l'établissement de cordons sanitaires autour de villages ou quartiers dans lesquels de nombreux cas étaient recensés. Parfois qualifiés de cerclage (un terme militaire), des mesures autoritaires y étaient appliquées pour que le confinement soit respecté. Au niveau individuel, les cas contact ont été isolés à leur domicile (Desclaux, Diop, et al., 2017). Les pratiques de suivi ont progressivement été améliorées et systématisées en 2014.

Les recherches réalisées lors de cette épidémie ont particulièrement porté sur l'expérience des cas contacts, montrant que les mesures d'isolement entraînaient des conséquences parfois néfastes sur le plan personnel, notamment sociales et économiques (Desclaux et al., 2016, 2017 ; Kpanake et al., 2019), d'autant plus pour les personnes qui n'ont pas reçu de mesures compensatoires (A. P. Diallo, 2015). Ces études ont aussi mis en évidence les tensions parfois vives entre les populations et les équipes de la riposte dans le cadre de l'identification et du suivi, voire une certaine violence pratiquée ou perçue (notamment lors des cerclages) et un certain nombre de cas contacts ont été dissimulés par

¹⁰¹ A ce propos, des investigations anthropologiques et virologiques sont menées par les équipes du CERFIG dans la région de Madina-Oula concernant une ancienne épidémie de MVE qui n'aurait pas été reconnue comme telle ni déclarée aux autorités, et que les habitants auraient jugulé d'eux-mêmes.

leurs proches pour éviter d'être approchés par les équipes médicales (Desclaux, Diop, et al., 2017 ; Somparé, 2020).

Depuis, les expériences de cette épidémie en matière de suivi des cas contacts sont parfois citées en exemples pour illustrer les difficultés de cette stratégie. Un guide de l'OMS édité en 2021 pour éclairer le suivi des cas contacts dans le contexte du Covid-19, s'appuie par exemple en grande partie sur les leçons tirées de l'épidémie de MVE en Afrique de l'Ouest (OMS, 2021d).

L'expérience des agents de suivi impliqués lors de cette première épidémie a été abordée au Sénégal, où celle-ci n'a été que de faible ampleur puisqu'il n'y a eu qu'un seul cas confirmé (Desclaux & Sow, 2015), mais elle n'a pas fait l'objet d'analyses particulières en Guinée. Il paraissait donc intéressant de questionner le point de vue des agents de suivi lors de cette deuxième épidémie.

b) Le fonctionnement supposé du suivi en 2021

A la déclaration de la deuxième épidémie d'Ebola le 14 février 2021, le Ministère de la santé a rapidement édité son « Plan de réponse à l'épidémie de MVE », dans lequel l'identification et la surveillance des cas contacts sont considérées comme des mesures prioritaires (Ministère de la santé, 2021). Ces mesures ont également été mises en avant par le Directeur général de l'ANSS lors de la première conférence de presse qu'il a donnée :

« Il y aura une investigation qui va aller aider les autorités sanitaires de Nzérékoré pour pouvoir délimiter la zone touchée, recenser toutes les localités dont les membres ont pris part à cet enterrement [du cas index], pour que nous puissions identifier les contacts dans le but de les isoler et éventuellement de les vacciner. Donc cette mission va bouger ce soir de Conakry pour aller appuyer la préfecture de Nzérékoré. Il y aura une deuxième mission pour retracer l'itinéraire du cas qui s'est évadé qui a été isolé à Conakry, et pour trouver toutes les personnes avec lesquelles il a eu des contacts. On est en train de les retracer pour les isoler à des fins d'enquête [...] Mais pour le moment, quelle est notre priorité ? Il faut identifier les contacts des cas suspects et vacciner les gens qui ont été exposés pour limiter et interrompre la chaîne de transmission » (Intervention de Sakoba Keita, Directeur de l'ANSS, Conférence de presse de l'ANSS le 14 février 2021 retransmise sur Facebook).

Les équipes de l'ANSS, soutenues par des agents de l'OMS et du CDC (les deux institutions particulièrement investies dans les stratégies de surveillance), ont ainsi rapidement procédé à l'identification des cas contacts. Le lendemain de la déclaration de l'épidémie, 192 cas contacts avaient déjà été recensés, signe que les équipes de la riposte ont été très réactives pour l'identification des personnes contacts (OMS, 2021e). Ces équipes étaient principalement composées d'experts en épidémiologie, conformément aux recommandations de l'OMS (WHO, 2014). A Gouécké, comme nous le verrons plus loin, ce sont toutefois des agents non formés en épidémiologie qui ont procédé au départ aux investigations, avant que les experts de l'ANSS, de l'OMS et du CDC, ne soient arrivés sur place.

Lors de cette deuxième épidémie, il n'y a pas eu de protocole spécifique au suivi des cas contacts. Les autorités sanitaires semblent avoir pris en exemple le guide établi en 2015 par l'OMS et le CDC sur la « Mise en œuvre et gestion de la recherche des contacts pour la maladie à virus Ebola » (OMS & CDC, 2015), ainsi que le « Plan stratégique multinational de préparation et de réponse » établi par l'OMS à propos de cette deuxième épidémie (OMS, 2021e). La procédure suivie était celle-ci :

« Dès qu'un cas est confirmé, le processus d'identification de toutes les personnes avec qui le cas a pu entrer en contact (y compris hors des frontières du pays) doit commencer rapidement, de manière à

pouvoir localiser tous les cas contacts, surveiller leur état de santé et les isoler et les traiter rapidement s'ils développent des symptômes de la MVE. Leur traitement et leur isolement à un stade précoce améliorent les chances d'une issue heureuse pour le patient et minimisent les risques de poursuite de la propagation du virus Ebola. Le fait d'identifier et de répertorier rapidement les cas contacts est aussi essentiel à la réussite de la stratégie de vaccination autour du foyer de contamination, au cours de laquelle les cas contacts et les cas contacts des cas contacts sont vaccinés « en anneau » autour des cas confirmés pour empêcher la poursuite de la propagation. La réussite de la surveillance, de l'enquête épidémiologique et de la recherche des cas contacts est en grande partie tributaire de la confiance, de l'engagement et de l'inclusion des communautés touchées » (OMS, 2021b : 9).

Au sein de la riposte, le suivi des cas contacts est donc une mesure importante, puisqu'il est supposé permettre de vacciner précocement ces personnes (et leurs cas contacts), et de les transférer dans les structures de prise en charge adaptées en cas d'apparition des symptômes. Pour cela, elles devaient être isolées pendant 21 jours après la date où elles avaient été en contact direct ou indirect avec un cas probable, suspect ou confirmé de MVE. Des agents de santé devaient leur rendre visite deux fois par jour pour surveiller leur état de santé et l'apparition éventuelle de symptômes de la maladie. Cela permettait d'augmenter leurs chances de survie en cas d'infection, et de réduire la propagation du virus en brisant les chaînes de transmission. Comme recommandé dans le guide de référence (OMS & CDC, 2015), les personnes contacts devaient recevoir une assistance matérielle, alimentaire et financière, afin de limiter les effets économiques néfastes de leur isolement et réduire leurs sorties.

Lors de cette deuxième épidémie d'Ebola, 23 cas ont été déclarés dans les sous-préfectures de Gouécké, N'Zérékoré-centre et Soulouta, où de nombreux cas contacts ont également été identifiés. L'un des premiers cas confirmés s'est rendu à Conakry, où il a été testé et hospitalisé, et des personnes contacts ont donc été également répertoriées dans la capitale. Au total, 1 110 contacts ont été listés dans ces communes (Coordination des partenaires de la riposte, 2021). La chronologie et les itinéraires des cas identifiés lors de cette épidémie peuvent être représentés en quatre clusters, qui sont davantage détaillés dans les Annexes 6 et 7.

c) Les profils des agents de suivi

Les données récoltées pour la rédaction de ce chapitre proviennent de deux enquêtes. La première a été réalisée entre février et juin 2021 dans une commune de Conakry où un agent de suivi et cinq cas contacts qui étaient sous sa surveillance ont été rencontrés. La deuxième a été conduite lors de la mission collective organisée en avril 2021 à Gouécké et à N'Zérékoré. Dans ces deux localités, huit autres agents de suivi ont été interrogés, et deux d'entre eux ont également été suivis pour des observations de leurs pratiques durant une matinée.

Les guides de l'OMS et le Plan de réponse du Ministère de la santé ne précisent pas quels types d'agents doivent être recrutés pour réaliser le suivi des cas contacts. Les agents de suivi rencontrés dans le cadre de ces enquêtes étaient infirmiers (titulaires ou stagiaires), biologiste, ou RECO. Les caractéristiques de chacun de ces interlocuteurs sont présentées, pour rappel, en annexe 1.

Il semblait ainsi y avoir une certaine confusion à propos du statut des agents de suivi des cas contacts, puisque ceux-ci étaient parfois présentés comme des « agents communautaires » par les acteurs institutionnels de la riposte, or les personnes rencontrées étaient majoritairement des professionnels de santé. C'est d'ailleurs la dénomination officielle attribuée à ces agents sur les fiches de suivi qu'ils devaient remplir, où il était mentionné « *Nom de l'Agent communautaire* ». Parmi les cinq agents de suivi rencontrés à Gouécké, deux étaient effectivement RECO, mais l'un d'eux a été prié d'arrêter le

suivi lorsque les équipes de supervision institutionnelles sont arrivées. De plus, l'implication de ces deux RECO semblait exceptionnelle, puisque la majorité de leurs homologues ont refusé de réaliser le suivi des cas contacts lorsqu'ils ont été sollicités. Un infirmier explique ce refus par leur crainte d'accomplir cette tâche : « *Au début les RECO ils nous ont fui disons, parce qu'ils ne voulaient pas s'approcher. Et au fil du temps nous-mêmes, le personnel, on s'est impliqué pour chercher les contacts et aussi faire leur suivi [...] Ce sont les RECO qui devaient faire mais la plupart d'entre eux nous ont quittés* » (Entretien avec Samuel, infirmier titulaire et agent de suivi des cas contacts à Gouécké). A Conakry, Ansoumane, biologiste titulaire et agent de suivi, n'a pas eu l'occasion de travailler avec des RECO.

On voit donc qu'il y a un écart entre la fonction usuelle supposée de ces agents de suivi et leur fonction réelle. A N'Zérékoré, Estelle, d'ordinaire infirmière stagiaire en centre de santé, indiquait ainsi : « *Moi je suis AC, mais c'est pour le suivi seulement* » (Entretien avec Estelle, stagiaire en centre de santé et agent de suivi des cas contacts à N'Zérékoré). Cet écart était par ailleurs également observé parmi les agents du PCS de Gouécké, où un agent nous a par exemple signifié : « *Je suis ATS au centre de santé, mais ici au barrage je suis RECO* » (Entretien avec les agents du PCS de Gouécké).

Ce manque de cohérence entre la dénomination de ces acteurs au sein du dispositif et leur fonction professionnelle ordinaire est un signe de l'écart entre la riposte (et ses experts institutionnels), et les agents locaux, qui a été abordé dans le chapitre précédent. Ainsi, en prenant du recul par rapport à cette dénomination officielle, il est possible de dresser un portrait plus précis des neuf agents de suivi rencontrés dans les trois localités, par ailleurs présentés dans le tableau 8 :

- ❖ A Gouécké : sur les cinq agents, deux étaient donc RECO, dont l'un à Gouécké-centre (Bangaly) et l'autre dans un village aux alentours (Sylvestre). Les trois autres agents étaient tous professionnels de santé au sein d'un centre de santé de la commune : deux étaient infirmiers titulaires (Sory et Samuel) et la troisième était une ATS diplômée, stagiaire depuis trois ans (Makalé). Tous ces agents sont originaires de Gouécké ou des villages alentours.
- ❖ A N'Zérékoré : les trois agents rencontrés étaient tous des ATS diplômés de l'Ecole de soins de santé communautaire (ESSC) de la ville, et stagiaires en centre de santé depuis un an (Hélène et Jules) ou six ans (Estelle).
- ❖ A Conakry : l'unique agent rencontré (Ansoumane) était un biologiste titulaire de la fonction publique, exerçant dans un centre de santé de la capitale.

Parmi ces neuf agents de suivi, trois étaient donc titulaires de la fonction publique, et quatre étaient toujours stagiaires en centres de santé. Les deux tiers des agents rencontrés étaient des hommes. Parmi eux, trois avaient une expérience antérieure dans la réalisation du suivi des cas contacts, dont deux pendant la première épidémie d'Ebola en Guinée (Sory et Bangaly avaient été impliqués pour suivre les quelques cas contacts recensés dans la sous-préfecture de Gouécké), et Ansoumane dans le cadre de l'épidémie de Covid-19. Tous ces agents étaient supposés poursuivre leurs activités usuelles en parallèle du suivi des cas contacts.

Après avoir contextualisé et introduit le suivi des cas contacts dans le cadre de cette épidémie, nous allons maintenant présenter les données recueillies dans les trois sites où cette enquête a été conduite. Nous verrons que ces trois localités présentent des similarités, mais également des différences en termes de pratiques. Après la description de chaque site, nous présenterons les analyses principales que l'on peut faire à partir de ces comparaisons. Conakry étant la seule commune où des

personnes contacts ont été rencontrées et vues à plusieurs reprises, il s'agit du seul site pour lequel le suivi sera aussi abordé du point de vue des cas contacts.

Tableau 8 : Profils des agents de suivi des cas contacts de MVE rencontrés à Conakry, Gouécké et N'Zérékoré

Agent de suivi (Pseudonyme)	Localité	Statut professionnel	Activités parallèles	Expériences dans le suivi des cas contacts
<i>Ansoumane</i>	Conakry	Biologiste, titulaire de la fonction publique	-	Agent de suivi des cas contacts de Covid-19
<i>Sylvestre</i>	Gouécké	RECO	Agriculteur	-
<i>Bangaly</i>	Gouécké	RECO	Agriculteur	Agent de suivi lors de la première épidémie de MVE
<i>Sory</i>	Gouécké	Infirmier titulaire de la fonction publique	-	Agent de suivi lors de la première épidémie de MVE
<i>Samuel</i>	Gouécké	Infirmier titulaire de la fonction publique	-	-
<i>Makalé</i>	Gouécké	ATS diplômée, stagiaire en centre de santé	Hygiéniste au CT-EPI de Gouécké (courte durée)	-
<i>Jules</i>	N'Zérékoré	ATS diplômé, stagiaire en centre de santé	-	-
<i>Estelle</i>	N'Zérékoré	ATS diplômée, stagiaire en centre de santé	Fabricante de savon	-
<i>Hélène</i>	N'Zérékoré	ATS diplômée, stagiaire en centre de santé	Commerçante	-

8.1.2 Ethnographie du suivi des personnes contacts dans une commune de Conakry

L'enquête menée auprès d'un agent de suivi et de cinq cas contacts d'une commune de la capitale a débuté une dizaine de jours après la déclaration de l'épidémie et a pris fin au mois de juin, certaines personnes ayant été vues à plusieurs reprises, y compris après la fin de l'isolement. Dans cette première sous-partie, nous nous intéresserons d'abord à la réalisation du suivi des cas contacts du point de vue de l'agent, en questionnant les conditions dans lesquelles il réalise le suivi et ses impressions par rapport au dispositif, puis celui des cinq personnes contacts.

a) Le suivi du point de vue de l'agent de suivi

Dans cette première section, nous aborderons successivement les conditions dans lesquelles l'agent de suivi travaillait, puis le déroulement des visites et enfin la nature des relations entre l'agent et les personnes contacts.

➤ Les conditions de travail de l'agent

A propos de ses conditions de travail il faut d'abord souligner qu'Ansoumane avait auparavant été désigné par la DSVCo pour réaliser le suivi de cas contacts dans le cadre de la riposte au Covid-19 à partir du mois d'avril 2020. Lorsque l'épidémie d'Ebola a été déclarée, il a été invité à réaliser également le suivi des personnes contacts, cumulant ainsi les deux fonctions.

Comme cela a été souligné dans le chapitre précédent, certains agents de suivi de la région forestière ont d'abord été craintifs à l'idée de se rendre chez des cas contacts, en raison des risques sanitaires. C'était également le cas d'Ansoumane, qui a toutefois accepté de « relever le défi » :

« J'ai peur d'Ebola, mais je n'ai pas eu peur parce que je ne suis pas seul agent à la Direction, et s'ils ont regardé tout le monde, et que c'est moi qu'ils ont choisi, je me suis dit que je préférais relever le défi-là, même si je pouvais attraper Ebola, bien que je ne souhaite pas. Et ça m'a permis même de banaliser, comment dirais-je, le Covid, parce que j'ai plus peur d'Ebola que du Covid. Quand y a eu Ebola j'ai dit "Ah donc ce qu'on faisait c'était rien, le grand frère est là" [rires] [...] Voilà, je n'ai jamais, je n'ai pas refusé, tout de suite je me suis lancé » (Entretien avec Ansoumane, biologiste titulaire et agent de suivi des cas contacts à Conakry).

Contrairement aux agents de suivi rencontrés sur les autres sites, Ansoumane avait signé un contrat pour la réalisation de cette activité au sein de la riposte, avec la DCS dans laquelle il travaille en parallèle. C'est probablement le fait qu'il soit rattaché à une DCS, et non à un centre de santé comme les autres agents de suivi, qui explique cette différence. Ansoumane était d'ailleurs surpris de la situation administrative de ses semblables à Gouécké et N'Zérékoré, et considérait qu'il était anormal que ces derniers n'aient pas signé de contrats. A ce titre, le profil d'Ansoumane paraît être hybride entre celui d'un expert de la riposte et celui d'un acteur communautaire, sans qu'il ne corresponde totalement à l'un ou l'autre de ces statuts.

Pour la réalisation du suivi, Ansoumane a reçu une prime de 1 500 000 GNF mensuels (environ 167 €), qui est venue s'ajouter à son salaire de fonctionnaire de 2 300 000 GNF par mois (environ 257 €). Malgré le fait que cette activité lui ait permis d'avoir de meilleurs revenus, à plusieurs reprises Ansoumane a souligné que ceux-ci étaient insuffisants pour pouvoir subvenir à ses besoins et ceux de sa famille (il a une femme et deux enfants), et qu'il arrivait à vivre grâce à des économies et sa participation à des *tontines*¹⁰².

Comme les autres agents, Ansoumane était supposé continuer ses activités professionnelles usuelles en parallèle du suivi (le suivi des cas contacts de Covid-19 et d'autres tâches au compte de la DCS). Il avait donc mis au point un planning de visites, adapté aux personnes contacts et à ses autres obligations :

« Je sortais à 7h30 pour le suivi des cas contacts, en traçant évidemment un programme avec elles. La première elle m'a dit que même si c'est à 6h je peux venir chez elle. Du coup comme j'ai d'autres obligations à la Direction communale, à 7h30, au plus tard à 8h, 8h10 je suis chez elle, je fais son suivi. Et en principe d'ici 11h30, 12h j'ai fini de faire le suivi de tout le monde parce que je suis sur la moto, donc l'embouteillage ne me fatigue pas trop, et je peux rentrer dans des trous où un véhicule ne peut pas aller. Voilà, 7h30-12h j'ai fini de faire le suivi du matin. Je vais à la Direction communale, ce qu'il y a comme travail je le fais. A partir de 16h je reprends encore le chemin pour aller chez les contacts, et à 19h, 19h30 j'ai fini le suivi » (Entretien avec Ansoumane, biologiste titulaire et agent de suivi des cas contacts à Conakry).

¹⁰² Les *tontines* sont des sortes de mutuelles établies entre particuliers, qui permettent grâce aux versements réguliers de chaque participant (selon une somme et un échéancier définis par tous) que chacun ait accès à une somme d'argent un peu conséquente. Souvent, ces sommes sont employées pour la réalisation de cérémonies, mais aussi en cas de problèmes de santé, et ce sont en fonction de ces événements que les bénéficiaires sont désignés. En Guinée, les *tontines* sont très fréquentes, et elles peuvent être mixtes, ou non (les *serré* sont traditionnellement réservées aux femmes) : voir notamment (O. S. Dombouya et al., 2008).

En principe la journée de travail d'Ansoumane était terminée après les visites du soir, mais il lui arrivait de continuer à travailler en cas de sollicitation de sa direction. Ansoumane était ainsi particulièrement actif et sollicité, et il a d'ailleurs été difficile de le contacter et de le voir à certaines périodes.

Comme il le mentionne dans l'extrait présenté plus haut, Ansoumane réalisait le suivi des cas contacts avec sa moto personnelle. Il l'avait achetée quelques mois plus tôt, lorsqu'il réalisait le suivi à domicile de certains cas contacts de Covid-19 pour faciliter ses déplacements. La commune qu'il couvrait étant assez étendue, et les personnes contacts habitant dans différents quartiers, il était effectivement plus facile de se déplacer à moto en raison des nombreux embouteillages de la capitale. Chaque tournée de suivi durait ainsi entre deux et quatre heures, un temps principalement dédié au trajet, puisque les visites chez les cas contacts n'étaient pas longues (celles qui ont été observées ont duré de cinq à dix minutes). Ansoumane soulignait qu'en dehors de la prime qu'il a perçue, il n'a pas reçu de remboursement de ses frais de déplacements.

➤ *Les modalités du suivi et le déroulement des visites*

Ansoumane avait six cas contacts à suivre. Il s'agissait de six femmes, dont cinq ont été rencontrées (la sixième ayant refusé) : Jeannette, Hawa, Fatoumata, Mariama et Madeleine. La consigne donnée par la DSVCO étant qu'un agent suive cinq contacts, il a travaillé avec un collègue à qui un seul de ces cas était assigné. Il s'est organisé avec lui pour mutualiser leurs listes, et ils suivaient ensemble les six cas contacts. Son collègue étant un agent de santé stagiaire, et la situation d'Ansoumane étant plus favorable sur le plan financier, ils se sont arrangés pour que le premier ne fasse pas tous les jours les visites tous les jours afin de minimiser ses frais de transport, et de lui laisser du temps pour ses autres occupations.

Ansoumane suivait tous les jours le même planning de visites, et celles qui ont été observées avaient un déroulement similaire. La visite décrite ci-dessous en est assez représentative :

« Ansoumane gare la moto devant le portail, et met son antivol. Il rentre en premier et me fait signe de le suivre. Nous rentrons dans une grande cour, assez jolie, qui comprend deux bâtiments "bien construits", comme on dit. Il y a un forage. Nous devons être chez des gens plutôt aisés. Nous rentrons dans la maison de gauche, et nous nous arrêtons sous le perron. Ansoumane demande si Mariama est là (en maninka), une jeune-fille pousse le rideau, elle semble un peu surprise en me voyant et sourit. Elle rentre puis revient pour nous inviter à entrer. Nous passons par le salon, la télé est allumée. Ansoumane connaît déjà la maison, et se dirige vers la chambre de Mariama, je le suis. La porte de la chambre est ouverte. La jeune-femme est assise sur le lit, elle est seule et ne semble rien faire. Il n'y a pas grand-chose dans la pièce à part des meubles. J'aperçois une tablette électronique, éteinte, sur le lit. Nous nous saluons, c'est la jeune-femme qui a crié ce matin en prenant le vaccin. Il lui demande justement si elle n'a pas eu de problème suite à l'injection, elle répond que non excepté une légère douleur au bras. Nous nous tenons debout face à elle. Ansoumane sort son Thermoflash, prend la température de Mariama (figure 44), et la lui montre. Je ne sais plus s'il a dit le chiffre à haute voix, mais visiblement la température est bonne. Il sort ensuite une pochette avec différentes feuilles de son sac (qu'il pose un instant sur le lit), et commence par demander à la jeune-femme si elle ne souffre de rien, puis lui pose la question pour chaque signe. Il note la température mais pas le reste des informations. Mariama répond à chaque fois qu'elle ne souffre de rien, mais qu'elle est seulement un peu fatiguée depuis le vaccin de ce matin. Après qu'ils aient échangé quelques mots en malinké, nous la saluons et nous sortons de la chambre. La mère de Mariama nous attend dehors. Ansoumane re-rentre pour donner le numéro à appeler en cas d'effets secondaires du vaccin à Mariama. Nous quittons la cour. Comme toutes les autres, la visite n'a pas duré plus de 10 minutes » (Observations lors d'une tournée de suivi des cas contacts, 24 février 2021, Conakry).

Figure 44 : Ansoumane prenant la température d'une femme cas contact à l'aide d'un Thermoflash, 24 février 2021, Conakry, © Barranca



Ces visites sont l'occasion de gestes répétés, qui ont pour objectif de déterminer si le cas contact a développé des symptômes. Ansoumane devait également remplir des fiches dans lesquelles il renseignait les informations obtenues à propos de la présence ou non des différents signes cliniques considérés comme suspects (courbatures, saignements, maux de tête, etc), ce qu'il faisait pour l'essentiel après les visites. Notons que comme les autres agents de suivi de la capitale, Ansoumane a reçu une formation environ une semaine après qu'il ait démarré le suivi, et il s'est au départ organisé sans avoir reçu de consignes précises. Nous reviendrons plus loin sur cette formation et son contenu.

➤ *Les relations sociales établies avec les personnes contacts*

Ansoumane accordait une certaine importance au fait de tisser des relations avec les cas contacts. Lors des visites observées, le suivi avait débuté depuis plus d'une semaine, et les échanges entre l'agent de suivi et les femmes étaient visiblement sereins et joyeux. Ansoumane s'employait ainsi à humaniser le protocole, en usant diverses stratégies comme :

- ❖ La mise en place d'une gestion empathique des réticences : l'une des cas contacts s'est montrée particulièrement craintive et peu conciliante au départ. Afin qu'elle accepte ses visites, il lui a offert des unités de crédit téléphonique (ce qu'il a d'ailleurs aussi fait pour les autres en guise de soutien), ainsi que des « jetons » (des petites sommes d'argent) pour le « prix du déjeuner » avant la réception des vivres car elle n'avait aucun revenu. De cette manière, et car il a insisté sans toutefois forcer la situation, elle a finalement accepté ses visites et respecté l'isolement ;
- ❖ L'usage du terme « tantie » pour s'adresser à elles (qui est un signe de proximité mais aussi de respect) ;

- ❖ La formulation de blagues : Madeleine était par exemple présentée comme la future femme de son jeune-fils (selon des usages humoristiques courants, inscrits dans les pratiques ouest-africaines de jeu avec les relations de parenté) ;
- ❖ L'apprentissage de rudiments des langues parlées par Jeannette (kpelle) et Madeleine (kissi), Ansoumane étant malinké (et parlant déjà couramment le soussou et le pular) ;
- ❖ L'attention au respect de l'intimité : il veillait par exemple à appeler chacune d'elles avant les visites pour éviter de les importuner. Ainsi qu'à la confidentialité : lors d'une visite chez Jeannette, Ansoumane a demandé à s'entretenir avec elle dans le couloir plutôt que dans le salon comme d'ordinaire, car une femme était en visite dans la famille et il n'a pas voulu procéder aux questions et à la prise de température devant elle, ne sachant pas si elle était informée du statut de Jeannette (cette dernière a ensuite expliqué qu'il s'agissait d'une voisine, à qui elle n'avait effectivement pas parlé de sa situation, et elle a ainsi particulièrement apprécié l'attention d'Ansoumane) ;
- ❖ Le fait qu'il joue le rôle de modèle lors de la vaccination (qui a eu lieu le 24 février 2021), afin d'encourager les personnes suivies : il a choisi de procéder ainsi car deux femmes étaient très sceptiques quant au fait de se faire vacciner et il souhaitait les rassurer pour qu'elles suivent son exemple (ce qu'elles ont fait) ;
- ❖ La bienveillance et l'attention : il est devenu le confident de certaines des femmes, notamment de Madeleine, qui a eu des problèmes conjugaux du fait de son isolement.

Pour Ansoumane, le suivi s'est très bien déroulé, et il souligne qu'un lien de confiance mutuel s'est assez vite établi entre les cas contacts et lui. Cela s'explique en grande partie par l'attention qu'il a accordée, consciemment ou non, à la dimension humaine de la relation entre agent de suivi et personnes contacts. Comme nous le verrons plus loin, cette approche contraste avec les observations réalisées lors de séances de vaccination à Conakry et N'Zérékoré, lors desquelles l'aspect protocolaire était prédominant.

b) Les expériences des personnes contacts

Après avoir présenté le déroulement du suivi du point de vue de l'agent, il sera maintenant question de l'aborder d'après les témoignages de cinq cas contacts. Pour ce faire, nous décrirons d'abord le profil de ces personnes et les raisons qui les ont conduites à être identifiées comme cas contacts, puis leur vécu de l'isolement.

➤ *Profils des cas contacts et nature de l'exposition au risque*

Parmi les six cas contacts suivies par Ansoumane, cinq étaient des infirmières ayant participé aux soins du cas confirmé diagnostiqué à Conakry, avant que l'épidémie n'ait été déclarée, entre les 12 et 13 février 2021. Elles exerçaient à la Base militaire, où ce patient s'était rendu en premier lieu, ou au Service des maladies infectieuses de l'hôpital Donka, où il a été transféré par la suite. Une seule de ces infirmières était titulaire de la fonction publique (Madeleine), et les autres étaient stagiaires depuis plus ou moins longtemps (Hawa, Mariama et Fatoumata). Leur suivi a débuté entre le 17 et le 18 février et a pris fin entre le 7 et le 8 mars 2021.

La sixième personne contact, Jeannette, était une fonctionnaire de la ville de Conakry. Originnaire de Gouécké, elle connaissait le cas index de l'épidémie. Elle était justement en déplacement dans la région

lorsque cette dernière est décédée et avait rendu visite à la famille pour présenter ses condoléances quelques jours après les funérailles. Le début de son suivi a été retardé (pour des raisons qui seront détaillées plus loin) et elle n'a été isolée que du 20 au 27 février 2021.

A l'annonce de leur statut de cas contact, certaines des infirmières ont pris peur. Elles craignaient d'avoir contaminé leurs proches, car elles ont été informées entre deux et trois jours après avoir soigné le patient confirmé. Leurs témoignages permettent de souligner combien le respect des mesures de PCI est important, car malgré leurs craintes initiales elles ont toutes été rassurées par le fait qu'elles portaient des équipements de protection - à savoir des gants et un masque chirurgical - lorsqu'elles ont dispensé des soins au patient. Le fait qu'elles ne portaient pas l'équipement complet préconisé dans la prise en charge d'un patient infecté par la MVE ne semblait pas les inquiéter car elles ont considéré qu'elles portaient les protections essentielles. Elles ont souligné que leur soulagement vis-à-vis des craintes initiales était en grande partie dû au fait qu'Ansoumane les avait rassurées et s'était montré particulièrement compatissant avec elles, contrairement à certains investigateurs. Parmi elles, deux étaient déjà infirmières durant la première épidémie d'Ebola (Hawa et Madeleine), tandis que les deux autres étaient encore étudiantes à cette période. Pendant ou après la première épidémie, elles ont toutes suivi une ou plusieurs formations sur les mesures de biosécurité, qu'elles ont ensuite appliquées à leur travail. Notons néanmoins que ces infirmières achetaient elles-mêmes des paires de gants et des masques chirurgicaux car il était très rare qu'on leur en fournisse dans leurs services (excepté à des occasions précises, comme au début de l'épidémie de Covid-19). Cette situation semble assez délétère, en particulier pour les stagiaires qui ont un faible revenu.

Le respect des mesures basiques de protection semble d'autant plus important qu'aucune de ces infirmières n'a suspecté que le patient en question pouvait être porteur d'Ebola. Il était symptomatique (et donc contagieux) et souffrait d'asthénie, de céphalées, de fièvre et de diarrhée, selon leurs différents récits. Dans les deux services dans lesquels elles travaillaient et où le patient a été pris en charge, c'est d'abord une infection au Covid-19 que les équipes ont suspectée. L'alerte a finalement été lancée depuis N'Zérékoré lorsque les équipes médicales ont commencé à avoir des doutes après qu'un troisième décès ait été comptabilisé parmi les proches du cas index. L'itinéraire du patient de Conakry a vite été retracé et il a été testé à la MVE.

➤ *Le vécu de l'isolement et l'adaptabilité des cas contacts*

Les conditions de vie, et donc d'isolement, de ces femmes différaient de l'une à l'autre. Excepté Mariama, qui semblait venir d'une famille relativement aisée, toutes étaient issues de milieux plutôt modestes. Les infirmières stagiaires, n'ayant pas de salaire officiel et fixe, avaient une situation particulièrement précaire et vivaient toutes en famille. Se posait alors la question de l'observance de l'isolement, qui dépendait à la fois de sa faisabilité et de son acceptabilité. A ce propos, les cas contacts ont souligné l'importance des vivres reçues (20 kilos de riz et une somme de 1 920 000 GNF - environ 215 € - chacune) : « *Le riz, avec la somme-là, ça nous a soulagés. Donc c'est pour ça que moi je n'ai pas eu de problèmes* » (Entretien avec Hawa, infirmière stagiaire et cas contact de MVE).

L'acceptabilité de l'isolement est illustrée par les efforts déployés par les personnes contacts cherchant à s'isoler au sein même de leurs foyers, ceux-ci étant partagés par de nombreuses personnes :

- ❖ Elles ont toutes négocié avec leurs proches pour avoir une chambre où s'isoler : les frères et sœurs de Fatoumata ont par exemple dormi dans le salon familial pour la laisser seule dans la chambre qu'ils partagent habituellement ; la fille et le fils respectifs de Hawa et de Madeleine ont également trouvé place dans d'autres pièces le temps que leurs mères soient isolées ; bien

qu'elle partage une maison avec une vingtaine de personnes de sa famille, Hawa a réussi à respecter l'isolement et éviter tout contact avec ses proches.

- ❖ Elles mettent en place des protocoles : notamment pour la nourriture (les belles-sœurs de Hawa déposaient ses repas à l'entrée de sa chambre) ; ou l'hygiène (Mariama était la seule à utiliser l'une des toilettes, le logement familial en comptant plusieurs).
- ❖ La mère de Mariama a décidé de ne plus se rendre à son travail et de s'isoler elle aussi. Ayant des doutes sur son statut, étant donné le léger délai avec lequel sa fille a été isolée, elle a préféré éviter d'éventuelles contaminations secondaires. C'est la seule personne contact de contact rencontrée qui s'est aussi isolée.

Mariama a souligné qu'elle aurait préféré être isolée à l'hôpital pour réduire ses contacts avec ses proches lors de son isolement, comme cela a été formulé par des personnes au Sénégal lors de la première épidémie (Desclaux et al., 2016). Elle est la seule à avoir formulé cette requête, puisque les autres ont affirmé qu'elles préféreraient être isolées chez elles, pour des raisons différentes toutefois. Madeleine a par exemple mentionné qu'elle pouvait ainsi continuer à s'occuper de son fils et de son neveu, qui sont sous sa responsabilité. Elle a précisé que n'ayant pas de sœur, de nièce ou de fille, elle était la seule à pouvoir assumer les tâches ménagères et familiales. Hawa, quant à elle, a mis l'accent sur le fait qu'un séjour à « l'hôpital » pouvait la confronter à d'autres pathologies, notamment au Covid-19 : « A l'hôpital là-bas y a d'autres contaminations qui sont différentes encore d'Ebola, parce que nous sommes dans un temps de pandémie. Donc je préférais rester à la maison pour ne pas attraper d'autres maladies là-bas encore » (Entretien avec Hawa, infirmière stagiaire et cas contact). Comme nous le verrons plus loin, Hawa est la seule à avoir réalisé un séjour au CT-EPI.

➤ *Des propositions d'amélioration à propos du début du suivi*

Les impressions d'Ansoumane sur le bon déroulement du suivi ont été corroborées par ces cinq cas contacts. Elles ont toutes signifié leur satisfaction quant à l'engagement de l'agent et au respect qu'il leur a témoigné. Les entretiens approfondis menés avec elles ont tous eu lieu après la fin de leur période d'isolement, et elles échangeaient toujours régulièrement avec Ansoumane. Même si elles se sont montrées particulièrement satisfaites, certaines ont néanmoins signalé des points relatifs au début du suivi sur lesquels elles auraient souhaité des améliorations :

- ❖ Mariama a indiqué que l'annonce de son statut de cas contact n'avait pas été très explicite : le lendemain de la déclaration de l'épidémie (trois jours après son contact avec le cas confirmé) des investigateurs se sont rendus dans son service et ont indiqué aux membres du personnel que le patient soigné trois jours plus tôt avait été testé positif à Ebola. Ils ont alors dit aux agents présents au moment des soins de ce dernier de ne plus venir au travail et leur ont conseillé de rester chez eux, sans toutefois leur annoncer clairement qu'ils étaient cas contacts. Quand Ansoumane a appelé Mariama le lendemain pour se présenter à elle, elle était en sortie avec des amis dans un autre quartier de la capitale. Il lui a alors demandé de retourner chez elle, avant de passer la voir plus tard. C'est après cet appel et la première visite d'Ansoumane (durant laquelle il lui a expressément formulé qu'elle était identifiée comme cas contact) que Mariama a pris la mesure de la situation, et qu'elle a respecté scrupuleusement l'isolement ensuite ;
- ❖ Fatoumata (une collègue de Mariama) a été informée de son statut de cas contact par leur supérieur hiérarchique au téléphone (elle était de repos le jour de la visite des investigateurs).

Elle a tout de suite informé sa mère, ses frères et sœurs, avec qui elle vit, et s'est organisée avec eux pour minimiser leurs contacts. Trois jours plus tard, elle n'avait toujours pas reçu la visite d'un agent de suivi mais elle respectait tout de même l'isolement et surveillait elle-même son état de santé. Comme elle discutait fréquemment par téléphone avec Mariama, celle-ci a finalement expliqué la situation à Ansoumane, qui a ensuite téléphoné puis rendu visite à Fatoumata. C'est trois jours plus tard, lors d'une réunion de coordination entre les agents de suivi de la ville et leurs supérieurs, que la situation s'est éclaircie : il se trouve que Fatoumata, bien qu'elle résidait dans la commune où Ansoumane exerçait, avait été recensée dans une autre commune de la capitale et devait donc être suivie par une autre équipe. Les membres de l'équipe en question ont alors assuré qu'ils réalisaient son suivi, alors qu'Ansoumane maintenait qu'il y avait une erreur avec sa localisation et qu'il était le seul à la suivre. L'un de leurs supérieurs a appelé Fatoumata pour vérifier auprès d'elle, et celle-ci a validé les propos d'Ansoumane. L'erreur a été corrigée, et elle a été ajoutée à la liste des cas contacts suivis par ce dernier.

c) Une situation modèle ?

D'après les témoignages de l'agent de suivi et des cas contacts, le suivi s'est déroulé sans trop de difficultés dans cette commune de Conakry. Cela est sans doute lié en grande partie aux efforts déployés par Ansoumane pour rendre l'isolement de ces personnes plus tolérable, et à l'humanisation du protocole dont il a fait preuve. Les relations entre ces cas contacts et leur agent de suivi étaient de ce fait apaisées, et le rapport de force qui aurait pu être induit par la relation entre agent de suivi et cas contacts (le premier surveillant les seconds) a été nuancé par l'attention accordée à la qualité de la relation humaine. Le fait qu'il ait reçu une prime pour la réalisation du suivi, et qu'il ait signé un contrat pour cette activité, ont sans doute joué un rôle majeur dans la manière dont il s'est employé à sa fonction avec sérieux et dévouement. Ces six cas contacts ont accepté l'isolement, ce qui a probablement été facilité par le fait que cinq d'entre elles étaient infirmières, mais aussi et surtout, par l'assistance alimentaire et financière dont elles ont bénéficié.

Comme nous allons le voir dans les deux prochaines parties, le suivi ne s'est pas déroulé de la même manière à Gouécké et N'Zérékoré. La situation de cette commune de Conakry peut ainsi être considérée comme modèle. Soulignons à ce propos que le contexte de l'épidémie était différent à Conakry, puisqu'elle y a été particulièrement invisibilisée. Certaines mesures de santé publique n'ont été instaurées qu'à Gouécké et N'Zérékoré (l'interdiction des cérémonies et la fermeture des marchés, notamment), ce qui a eu un impact sur les réponses collectives à l'épidémie.

8.1.3 Le suivi des cas contacts du point de vue des agents impliqués à Gouécké

La présentation du suivi des personnes contacts à Gouécké est basée sur des entretiens menés auprès de cinq agents impliqués dans cette stratégie (trois infirmiers et deux RECO). Nous verrons que ces agents se sont organisés sans soutien institutionnel dans un premier temps. Comme nous l'avons déjà exploré dans le chapitre précédent, leurs conditions de travail étaient insatisfaisantes.

a) Une organisation spontanée de l'identification et du suivi des cas contacts

Lorsque l'épidémie a été déclarée, c'est le directeur du centre de santé où travaillait le cas index qui a désigné certains agents de l'équipe pour réaliser les investigations, puis le suivi des cas contacts identifiés. Alors que l'OMS et le CDC recommandent que ces deux phases soient réalisées par

des personnes différentes (OMS & CDC, 2015), cela contribuait d'après Samuel à ce que la mesure soit plus acceptable pour les populations :

« Après la recherche des contacts donc ce sont les mêmes personnes qu'on a redéployées dans les différents ménages où elles sont allées. Parce que dans la communauté c'est pas facile. Une personne vient faire une recherche parmi les contacts, vous envoyez une autre personne pour le suivi, donc la réticence sera toujours là » (Entretien avec Samuel, infirmier titulaire et agent de suivi des cas contacts à Gouécké).

Il ajoutait d'ailleurs qu'il avait d'abord été nécessaire de réaliser des sensibilisations, et que celles-ci avaient été principalement menées par les RECO :

« En fait quand l'épidémie a été déclarée, là ça a été la panique au village [rises] Parce que parmi la population la plupart se souviennent de la première crise en 2013. Et quand ça a été déclaré à Gouécké ici, franchement ça a été la vraie panique. Et avant que la population ne comprenne ça a été un gros, un vrai travail. Donc d'abord au début on avait commencé par la sensibilisation pour faire connaître à la communauté que réellement la maladie existe bel et bien. Il fallait d'abord ancrer ça dans la mémoire de la communauté avant de faire tout ça, avant de faire autre chose. Donc après ces séances de sensibilisation nous sommes entrés maintenant dans la recherche des contacts » (Entretien avec Samuel, infirmier titulaire et agent de suivi des cas contacts à Gouécké).

Pendant une semaine environ, ces agents ont travaillé sous la seule supervision de leur directeur, les experts institutionnels n'étant pas encore arrivés sur place. Ils ont par la suite été supervisés par des experts de l'ANSS, de l'OMS et du CDC. A leur arrivée, l'un des RECO a arrêté de suivre les cas contacts (Bangaly) alors que son homologue (Sylvestre) a été maintenu car il était le seul agent de suivi dans son village (et qu'il avait à sa charge deux contacts). Ces deux RECO n'ont pas reçu de primes pour leur implication dans l'identification et le suivi des personnes contacts. Comme cela a été mentionné précédemment, les autres agents ont déploré que la prime reçue était trop faible, en comparaison notamment des risques sanitaires et effets sociaux auxquels ils ont été confrontés. Ils n'ont pas non plus signé de contrats de travail propres au suivi (contrairement à Ansoumane). Ces conditions ont contribué à leur sentiment de ne pas être considérés par la riposte, comme nous l'avons développé dans le septième chapitre.

b) Une identification maximaliste des cas contacts

Au total, 289 cas contacts ont été recensés à Gouécké (ANSS, 2021). L'identification des cas contacts apparaît donc plutôt maximaliste au regard du nombre de cas confirmés dans cette localité (trois), il a notamment été considéré que toutes les personnes ayant pris part à l'enterrement du cas index devaient être identifiées comme cas contact. Les funérailles ayant été particulièrement fastes, la cas index étant une « grande » de la ville, pour reprendre les termes de Tokpa (RECO) et de nombreuses personnes s'y sont rendues. Mais plusieurs interlocuteurs ont souligné que même s'il n'y avait pas eu d'EDS, les funérailles n'étaient pas particulièrement risquées sur le plan infectieux : le corps de la défunte aurait été embaumé à la morgue de l'hôpital de N'Zérékoré avant d'être rendu à la famille, et il a été présenté aux convives alors que son cercueil était fermé, de sorte qu'aucun invité ne l'aurait touché.

Ainsi, les cas contacts ont été nombreux à Gouécké. Au point d'ailleurs que les cinq agents de suivi présentés ici étaient eux-mêmes considérés comme cas contacts. Cette situation paraît particulièrement étonnante sur le plan de la sécurité sanitaire, mais elle s'explique par le fait que ces

agents n'étaient pas des cas contacts considérés comme « *étroits* » et ils n'ont d'ailleurs pas été considérés de la même manière que les cas contacts « *à haut risque* » (selon les propos de Sory), c'est-à-dire les personnes qui étaient parmi l'entourage proche des cas confirmés. Ces cas contacts à haut risque ont, comme les personnes contacts de Conakry, reçu des dons de vivres pour les encourager à rester isolés chez eux, alors que les autres cas contacts (tels que les agents de suivi), n'ont rien perçu (en dehors de la distribution généralisée réalisée avec l'aide du PAM mentionnée dans le chapitre précédent).

c) Le déroulement du suivi

Au total, 22 agents de suivi des cas contacts ont été impliqués à Gouécké, et chacun avait entre 10 et 15 cas contacts à suivre (excepté Sylvestre, le RECO qui n'en avait que deux). Notons d'ailleurs que les guides de l'OMS ne mentionnent pas de ratio concernant le nombre de cas contacts devant être suivis par un agent, mais qu'à Conakry la DSVCo avait indiqué qu'un agent de suivi devait surveiller cinq cas contacts (sans que cela ne fasse toutefois l'objet d'une recommandation nationale).

Malgré le ratio établi, les agents de suivi de Gouécké se sont organisés collectivement pour effectuer le suivi. D'après leurs témoignages, ils réalisaient des tournées de suivi à plusieurs de sorte qu'ils suivaient finalement tous un grand nombre de cas contacts. Cela leur permettait de se sentir plus à l'aise et moins en difficulté face aux menaces qu'ils ont pu recevoir.

Selon les propos de ces agents, les visites de suivi se déroulaient de la même manière que celles qui ont été observées à Conakry. Les visites étaient aussi biquotidiennes, et elles consistaient principalement à relever la température et l'éventuelle apparition de symptômes chez les personnes contacts :

« Pendant le suivi, durant les 21 jours, dès qu'on liste quelqu'un, on va chez lui matin et soir pour prendre la température. Y a une série de questionnaires aussi, et on leur demandait par exemple : "Est-ce que tu as mal à la tête ? Est-ce que tu vomis ? Tu fais la diarrhée ? Tu es fatigué ? Tu as quel problème aujourd'hui ? " » (Entretien avec Sory, infirmier titulaire et agent de suivi des cas contacts à Gouécké).

Samuel ajoutait qu'il pouvait aussi poser des questions sur les éventuelles relations sociales que les cas contacts avaient pu avoir dans la journée : *« Parfois on leur demandait s'ils n'ont pas été en contact avec une autre personne. Soit que quelqu'un est venu les saluer, ou bien soit ils peuvent se déplacer pour aller saluer le voisinage » (Entretien avec Samuel, infirmier titulaire et agent de suivi des cas contacts à Gouécké).*

Comme Ansoumane, les agents de suivi étaient supposés continuer à réaliser leurs activités habituelles de professionnels de santé en parallèle du suivi des cas contacts, mais ils étaient bien moins occupés que d'ordinaire puisque leur structure sanitaire a été désertée par la population durant l'épidémie¹⁰³. Ils ont par contre eu d'autres activités à réaliser dans le cadre de la riposte, telles que le suivi d'une formation sur la continuité des soins ou l'accueil de quelques experts impliqués dans la lutte.

➤ *Des difficultés ressenties par les agents*

¹⁰³ A ce propos, voir le travail réalisé par Germain Bonamou, Siba Grovogui, Ibrahim Camara, Jacques Achille Théa concernant l'impact de l'épidémie de MVE sur les itinéraires thérapeutiques des habitants de Gouécké (Le Marcis & Mari-Saez, 2021 : 25-39).

A l'inverse de l'expérience d'Ansoumane présenté plus haut, ces agents ont considéré qu'ils avaient fait face à plusieurs difficultés, notamment à la méfiance de certains cas contacts. Pour Makalé, il s'agissait de discuter avec eux et de les rassurer lors des premières visites, tout en maintenant les distances de sécurité nécessaires, comme cela est recommandé (OMS & CDC, 2015). Ainsi, ses collègues et elle n'acceptaient jamais de s'asseoir, ou de se restaurer chez les personnes concernées, et ce malgré les convenances sociales. Elle note que la plupart ont ensuite accepté la venue des équipes, et se sont même montrées enthousiastes lors des visites :

« D'autres étaient contents. Ils disaient "Nous allons nous protéger comme ça, et c'est bon pour ne pas que la maladie se propage". En allant là-bas, eh, ils nous accueillent très bien » (Entretien avec Makalé, stagiaire en centre de santé, agent de suivi des cas contacts et hygiéniste au CT-EPI de Gouécké, 14 avril 2021, Gouécké).

Makalé a toutefois souligné, comme ses deux collègues, que certaines personnes n'étaient parfois pas présentes lors des visites car elles continuaient à vaquer à leurs occupations, agricoles notamment (y compris parmi les cas contacts étroits qui avaient reçu des vivres car il s'agissait d'une période importante pour les travaux agricoles). Makalé notait bien chaque absence, comme cela lui avait été demandé par les experts institutionnels qui la supervisaient. Un cas contact était ainsi considéré comme absent lorsqu'il n'était pas chez lui lors des deux visites de la journée. Les cas contacts qui étaient absents n'étaient pas sanctionnés. Selon les rapports de situation de l'ANSS, c'est après trois jours sans être vus par les agents de suivi que les cas contacts sont considérés comme perdus de vue (ANSS, 2021). Comme nous le verrons plus loin, une famille de cas contacts a néanmoins été considérée comme perdue de vue au mois de mars.

Bien que la plupart des cas contacts aient visiblement accepté le suivi, les trois agents ont souligné que certains d'entre eux s'étaient parfois montrés récalcitrants, notamment deux personnes qui avaient déclaré des symptômes. Dans les deux cas, qui concernaient deux foyers différents, les cas suspects ont évité les agents lors des visites, avec l'aide de leurs proches qui les présentaient comme en bonne santé mais simplement absents. Sory a expliqué qu'il usait ainsi de stratagèmes pour réussir à s'enquérir de leur état de santé, en passant notamment par les voisins de ces deux familles. L'un d'entre eux a d'ailleurs ensuite été accusé par la femme d'un des cas suspects lorsqu'il a fini par être transféré au CT-EPI, d'où il est finalement sorti guéri. Notons que cet homme, n'a accepté d'être testé puis hospitalisé que suite à l'intervention de proches de la famille, notamment de Bangaly.

Enfin, ces différents agents ont noté qu'il n'avait pas été évident de convaincre les cas contacts d'accepter d'être vaccinés, dans le cadre de la vaccination en ceinture. D'après les chiffres officiels, ce sont 58 % des cas contacts qui ont été vaccinés à Gouécké (ANSS, 2021). Néanmoins, d'après Sory, cet indicateur est biaisé car il y a eu des erreurs d'identification des personnes vaccinées : un certain nombre d'entre elles ont été déclarées comme « contact vacciné », alors qu'en parallèle elles n'étaient en parallèle pas considérées comme cas contacts dans les listes de surveillance. Les propos de Sory ont été corroborés par Bafodé, qui travaillait dans l'équipe de supervision de la vaccination, et qui a expliqué que cette situation avait été engendrée par le fait que les équipes de vaccination et de surveillance ne s'étaient pas coordonnées en amont. Ainsi, Sory a été sollicité par ses supérieurs institutionnels pour appeler chacun des 289 contacts recensés afin de leur demander s'ils avaient été vaccinés ou non. Mais n'ayant pas reçu de crédits de communication malgré ses demandes, il a abandonné la tâche, qui n'a visiblement pas été poursuivie ensuite. C'est pour cette raison que le pourcentage de cas contacts vaccinés est biaisé selon lui.

8.1.4 Déroulement du suivi des cas contacts à N'Zérékoré

A N'Zérékoré, trois agents impliqués dans le suivi des cas contacts ont été rencontrés. Ils sont tous les trois stagiaires dans un des centres de santé de la ville, et sont diplômés de l'ESSC de N'Zérékoré (comme ATS). Comme leurs homologues de Gouécké, ils n'ont pas signé de contrat spécifique pour leur rôle dans le suivi des cas contacts, et comme cela a déjà été mentionné dans le chapitre précédent ils vivent tous les trois dans une certaine précarité. Ils n'ont pas participé aux investigations ni à l'identification des cas contacts, et ils ignoraient comment celles-ci fonctionnaient.

A N'Zérékoré, le suivi des cas contacts s'est déroulé en deux périodes relatives à la déclaration des cas confirmés. Deux agents, Jules et Estelle, ont été sollicités au début de l'épidémie pour suivre les cas contacts recensés dans la ville à la suite du premier cluster de cas confirmés. Après 27 jours de répit, un nouveau cas a été confirmé le 1^{er} avril 2021 (voir les Annexes 6 et 7 pour plus de détails). Il s'agissait d'un étudiant de l'ESSC de N'Zérékoré, Justin, originaire de Kpagalaye (dans la sous-préfecture de Soulouta), où il venait de se rendre, et qui était un très proche parent des trois femmes décédées successivement dans ce village. Nous reviendrons plus loin sur son itinéraire, mais notons que comme il a été testé à N'Zérékoré, après s'être rendu à un examen à l'ESSC, plusieurs étudiants et personnels éducatifs de l'établissement ont par la suite été déclarés comme cas contacts. Les membres de sa famille adoptive qui le logeaient à N'Zérékoré ont également été identifiés. Alors que Jules n'a pas été reconduit pour réaliser leur suivi, Estelle a été impliquée à nouveau dans le suivi de ces personnes, et elle a donc l'expérience du suivi des premiers et des derniers cas contacts de l'épidémie. Hélène, elle, n'avait pas été sollicitée au départ mais elle réalisait le suivi des cas contacts déclarés au mois d'avril. Estelle et Hélène ont été suivies pour des observations le 21 avril 2021. Le déroulement du suivi ayant été différent d'un cluster à l'autre, nous allons les présenter successivement.

a) Le suivi des premiers cas contacts (février-mars 2021)

A propos du suivi du premier cluster de cas contacts, le récit partagé par Estelle et Jules fait état d'une situation assez similaire à celle décrite par les agents de suivi de Gouécké. Ils ont eux aussi connu certaines difficultés au départ en raison de la réticence de certains cas contacts à être suivis, et ils ont usé de stratégies pour les amadouer. Ils ont moins reçu de remarques et d'insultes de la part de citoyens que leurs homologues de Gouécké, la grande ville qu'est N'Zérékoré leur assurant sans doute davantage d'anonymat, et la riposte y étant moins visible. Ils se déplaçaient eux aussi bien souvent en groupes d'agents, et réalisant ainsi de grandes tournées collectives de suivi, matin et soir. Chaque agent possédait une liste de 10 à 15 cas contacts à suivre, et devaient remplir des fiches de suivi (figure 45).

Les experts des institutions nationales et internationales qui les supervisaient se déplaçaient parfois avec eux chez les cas contacts. D'après les propos d'Estelle, ces visites fortuites des superviseurs encourageaient ces derniers à respecter l'isolement :

« Quand on partait chez eux là on les voyait. C'était forcé, eux-mêmes ils connaissaient ça. On les voyait tous. Y avait même les superviseurs derrière nous. Quand on va chez un contact, après on quitte et les superviseurs viennent ils disent "C'est vrai tu les as trouvés ? ", quand on dit "C'est vrai", ils disent "Allons-y encore". Eux-mêmes ils rentrent chez les contacts, ils les voient » (Entretien avec Estelle, stagiaire en centre de santé et agent de suivi des cas contacts à N'Zérékoré).

Selon les deux agents, ces cas contacts respectaient assez scrupuleusement les règles de l'isolement, bien qu'il arrivait que certains ne soient pas présents chez eux, probablement pour les mêmes raisons

que les cas contacts de Gouécké. Les cas contacts suivis par Estelle et Jules, qui étaient les proches des quatre premiers cas confirmés de l'épidémie, ont tous reçu des vivres. Les personnes qu'ils ont suivies (soit une trentaine d'individus en tout) ont également toutes été vaccinées, bien que certaines se montraient craintives au départ. Sur ce point, soulignons que Laye, un RECO de la ville, a été sollicité pour sensibiliser les cas contacts recensés dans son quartier parmi la famille du cas index à propos de la vaccination.

Figure 45 : Exemple de fiche servant au suivi des cas contacts, 19 avril 2021, N'Zérékoré, © Barranca

Formulaire de suivi des contacts

Equipe : Nom de l'agent communautaire :

Quartier/Village : Chef de quartier/village communautaire : Téléphone :

Sous-préfecture : *C.U.* Préfecture : *N'Zérékoré*

Nom et Prénom de la personne contaminante	Nom et prénom du contact	Age	Sexe	Téléphone Du contact	Date du dernier contact	Symptômes	Date du premier jour de suivi : <i>28/02/2021</i>														Date du dernier jour de suivi : <i>05/03/21</i>						
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
					<i>12/02/2021</i>	Température																					
						Fièvre																					
						Douleur musculaire ou articulaire																					
						Asthénie Physique																					
						Vomissements ou nausées																					
						Diarrhées																					
						Céphalées																					
						Maux de gorges																					
						Yeux rouges																					
						Signes hémorragiques																					
						Autres																					

Guide de Remplissage :
 Fièvre= T>38°C
 X : Présence de signe
 O : Absence de signe

b) Des observations différentes en avril 2021

Les propos de Jules et Estelle concernant le déroulement du suivi autour des premiers cas contacts de l'épidémie à N'Zérékoré contrastent avec les observations qui ont été réalisées au courant du mois d'avril 2021. Les personnes qui étaient alors suivies par Estelle et Hélène étaient des étudiants ou des membres du personnel éducatif ou enseignant de l'ESSC, où le cas confirmé le 1^{er} avril (Justin) étudiait.

Il faut premièrement souligner qu'aucun de ces contacts n'était isolé à domicile, et qu'ils se rendaient tous quotidiennement à l'ESSC, où les deux agents réalisaient ainsi leur suivi selon les recommandations de leurs superviseurs (deux experts de l'OMS), et ce, une seule fois par jour. Estelle, qui avait à sa charge 23 cas contacts, débutait également le suivi dans une cour proche de l'ESSC où résidait un des membres du personnel de l'Ecole, et dans l'enceinte de laquelle ce dernier dirigeait une clinique, qui était toujours ouverte malgré le fait qu'il était considéré comme cas contact. Dans cette clinique, Estelle suivait aussi plusieurs étudiants considérés comme cas contacts qui y exerçaient en tant que stagiaires. Les extraits ci-dessous illustrent la manière dont Estelle et sa collègue réalisaient le suivi de ces différents cas contacts :

« Vers 07h30 nous passons un portail sur lequel il y a deux autocollants sur les gestes barrière (éviter le serrage des mains, et hygiène des mains). Nous entrons dans la cour, nous sommes chez un contact qui travaille à l'ESSC [...] Nous saluons sa femme. Elle nous informe alors qu'il n'est pas présent car il a dû se rendre à Macenta pour des funérailles [...] Il y a également une clinique dans la cour. Nous nous installons sur un banc à l'entrée de celle-ci, il y a deux mamans avec leurs bébés. Un homme nous salue, il travaille dans la clinique et tend une fiche à Estelle où il a pris soin de noter les noms et températures de 9 contacts étudiants (qui travaillent tous ici). Ils ont mis en place ce système pour éviter que les étudiants attendent la venue d'Estelle avant d'aller en cours à l'ESSC. Elle reporte les températures sur les fiches de suivi et note 0 à chaque signe (pour signifier qu'ils n'ont rien). Après qu'Estelle ait fini de remplir les fiches, nous repartons et entrons dans la cour de l'ESSC. Il est 07h50, et il y a beaucoup d'étudiants rassemblés [...] Estelle part acheter des unités téléphoniques pour pouvoir appeler les 14 contacts qu'il lui reste à voir, tous étudiants. Hélène et elle commencent à appeler les contacts. Trois d'entre eux viennent. Ils sont assez pressés pour ne pas être en retard en cours et une jeune-fille demande à Estelle de faire vite. Les deux agents partagent le même Thermoflash. Elles prennent d'abord la température des étudiants puis notent les signes en leur demandant de quoi ils souffrent, mais pas de manière systématique. On comprend ensuite que les étudiants sont entrés à l'Ecole et plus personne ne leur répond. Il nous faut rester jusqu'à 10h pour les voir à la récréation [...]

Nous entrons dans la cour de l'ESSC à l'heure de la récréation. Il y a beaucoup d'étudiants partout. Nous nous plaçons devant le bâtiment de la direction, à l'entrée de l'Ecole. Il y a d'autres agents de suivi (ils ont des fiches et des Thermoflash, c'est comme ça que nous les reconnaissons) mais nous ne discutons pas avec eux. Ils s'occupent visiblement des contacts d'autres quartiers. C'est un peu la cacophonie. Il y a des attroupements autour des agents, et certains étudiants demandent ce qu'il se passe. Hélène et Estelle tentent d'appeler les contacts restants. Hélène et son superviseur s'entretiennent avec un jeune contact qui n'avait jamais été vu jusqu'à présent : il va bien et a 36° de température. Le superviseur d'Estelle ne reste pas beaucoup avec elle, il fait des tours. Il lui transfère 20 000 GNF d'unités téléphoniques à un moment donné. Il n'y a pas vraiment de communication entre les trois équipes de suivi, et quand un étudiant se présente à la mauvaise équipe il n'est pas orienté vers celle qui fait son suivi [...]

Un autre agent de suivi prend à plusieurs reprises le Thermoflash des filles, mais celui-ci ne fonctionne pas très bien non plus. Je questionne le superviseur d'Estelle sur l'identification des contacts, il me dit qu'au départ ils avaient seulement ciblé les étudiants de la même classe que Justin mais qu'ils avaient finalement élargi à d'autres. Ils ont aussi décidé d'élargir la vaccination à tous les étudiants pour les protéger même s'ils ne sont pas contacts car la plupart sont stagiaires dans les structures sanitaires et ne portent pas toujours des gants [...]

Un enseignant parle de manière un peu virulente aux équipes de suivi pour leur demander de dégager l'entrée du bâtiment. Un agent lui dit qu'ils sont là pour le suivi des cas contacts, et il répond que ce n'est pas bien de faire cela maintenant car ça va perturber les étudiants pour les évaluations. L'agent lui demande son aide pour retrouver les contacts qui n'ont pas encore été vus, et l'enseignant lui répond qu'ils n'ont qu'à regarder les listes de présence à l'entrée des salles de classe. L'équipe s'exécute, rejointe peu après par les autres équipes de suivi. Estelle a fini par retrouver certains contacts injoignables jusque-là. L'un d'entre eux qu'elle n'avait encore jamais vu lui a dit que ce sont ses camarades qui lui ont conseillé de ne pas répondre au téléphone pour ne pas faire le suivi » (Observations lors du suivi des cas contacts, 20 avril 2021, N'Zérékoré).

On peut faire diverses remarques à propos de ces extraits :

- ❖ Ces cas contacts n'étaient pas isolés à domicile (le premier auquel Estelle a rendu visite ce matin-là s'était même déplacé dans une autre préfecture pour assister à une cérémonie). Si les cas contacts non symptomatiques ne sont a priori pas contagieux (encore que cela puisse être remis en question par différentes études sur lesquelles nous reviendrons dans le prochain chapitre), il est clair ici que les règles de l'isolement à domicile n'étaient pas respectées.

- ❖ Cette absence d'isolement ne semblait pas problématique car les cas contacts étaient vaccinés : les deux agents de suivi, et des membres de la direction de l'ESSC semblaient trouver cela normal et sans risque puisque ces différents cas contacts avaient en principe été vaccinés.
- ❖ Cela entraînait une confusion entre cas contact et personne vaccinée : le vaccin semblait, en outre, être source de rumeurs au sein de l'ESSC : une étudiante rencontrée par mon collègue Moriba Maomy lui disait avoir entendu que seules les personnes vaccinées pourraient recevoir des vivres ; un membre de la direction de l'ESSC a rapporté avoir menacé les étudiants en prétextant que ceux qui ne seraient pas vaccinés ne seraient pas diplômés.
- ❖ L'organisation du suivi ne privilégiait pas la construction d'une relation de proximité entre les agents et les cas contacts. D'une part, parce que les visites avaient lieu à l'extérieur du domicile des cas contacts, ce qui rendait la rencontre plus impersonnelle ; mais aussi parce que les échanges se résumaient à quelques gestes techniques, et parfois même seulement à la prise de température de l'intéressé (les agents ne leur posant pas systématiquement de questions, et remplissant parfois les fiches de suivi après l'entrevue).
- ❖ Plusieurs cas contacts n'avaient jamais été rencontrés : d'après Estelle, certains cas contacts se montraient réticents et n'ont plus jamais pris ses appels après le premier échange téléphonique qu'elle avait eu avec eux. Estelle ne connaissant pas leur domicile, elle avait peu de solutions à sa disposition pour les retrouver, et cela ne semblait pas vraiment inquiéter ces superviseurs. Comme nous le voyons dans l'extrait ci-dessus, ce jour-là avait été l'occasion pour ses collègues et elle de retrouver certains de ces cas contacts jamais rencontrés (ce qui était facilité par leur venue aux examens), et ce à trois jours seulement de la fin de leur suivi.
- ❖ Il y avait des défauts de communication à différents niveaux : entre les équipes de suivi elles-mêmes (celles-ci ne semblant pas vraiment coordonnées) ; entre les agents de suivi et le personnel de l'ESSC (qui se montrait peu enclin à aider les agents de suivi lorsqu'ils le sollicitaient) ; entre les équipes de suivi et les étudiants de l'ESSC (certains curieux semblaient ne pas comprendre le but de la manœuvre).
- ❖ Il y avait donc globalement un certain manque de coopération entre l'équipe de l'ESSC et la riposte, alors même que l'ESSC est mitoyenne à la DRS de N'Zérékoré, qui était le quartier général des acteurs de la réponse à l'épidémie (figure 46).

Figure 46 : Localisation de l'Ecole de soins de santé communautaire et de la Direction régionale de la santé à N'Zérékoré (capture d'écran © Google Earth)



Le suivi des cas contacts identifiés en avril à N'Zérékoré semblait, de cette manière, moins strict que pour ceux des premiers clusters à Gouécké, N'Zérékoré et Conakry. Il faut toutefois remarquer que le suivi des cas contacts présenté ici n'est pas représentatif de celui auquel étaient soumis les cas contacts rapprochés du jeune étudiant en fuite (Justin, mentionné plus haut). Hélène suivait en parallèle 12 personnes identifiées comme contacts parmi la famille adoptive de Justin et indiquait que ces derniers étaient isolés à domicile et qu'ils avaient reçu des vivres. Il y avait donc sans doute une distinction entre les cas contacts, selon qu'ils étaient proches ou non du cas confirmé, mais sans que cette distinction ne soit précisément indiquée.

8.2 Un protocole similaire mais des disparités selon les sites d'étude

Dans la partie précédente, nous avons montré que bien que le protocole du suivi des cas contacts soit supposé être le même sur tous les sites, il y a des différences de pratiques sur le terrain, notamment entre Conakry et les deux localités forestières. Des explications peuvent être avancées à propos de ces disparités, comme nous allons le voir maintenant.

8.2.1 Des moyens plus importants à Conakry

Ces différences dans la réalisation locale du suivi des cas contacts sont en partie dues au fait que la capitale concentre davantage d'acteurs, d'institutions et de moyens, qui ont pu être plus rapidement mobilisés. Dans un chapitre précédent nous avons vu que la riposte à l'épidémie de Covid-19 en Guinée a particulièrement concerné Conakry et sa proche banlieue (Le Marcis & Camara, 2020a), alors que les moyens étaient plus disparates dans les régions de l'intérieur du pays, et qu'il en a été de même lors de la riposte à cette épidémie d'Ebola. Avant l'irruption de cette épidémie, à N'Zérékoré les capacités diagnostiques du Covid-19 étaient par exemple encore très limitées. Augustin, un technicien de laboratoire présenté dans un chapitre antérieur, était d'ailleurs au même moment supposé réaliser une mission pour renforcer le diagnostic du Covid-19 dans la capitale forestière. Sa mission a finalement été élargie au renforcement des capacités de diagnostic de la MVE. De même, alors que les agents de santé de Gouécké se sont organisés seuls au départ pour réaliser les investigations autour des cas confirmés, ce sont des épidémiologistes formés qui ont assumé cette fonction à Conakry (Ansoumane n'y a pas participé).

De plus, à N'Zérékoré, le suivi des cas contacts des quelques cas de Covid-19 recensés ne semble pas avoir fait l'objet d'une stratégie particulièrement établie, alors qu'il s'agissait d'une intervention relativement importante à Conakry, où des moyens ont été déployés à cet effet. Nous avons d'ailleurs vu qu'Ansoumane a été agent de suivi des cas contacts des cas de Covid-19 à partir d'avril 2020, avant d'être désigné pour réaliser cette même tâche dans le cadre de la MVE. Il a toutefois expliqué que le suivi des cas contacts fonctionnait différemment pour cette pathologie, principalement en raison du nombre élevé de cas contacts identifiés et du faible nombre d'agents de suivi déployés. Ainsi, les relations avec les cas contacts étaient principalement téléphoniques : « *Donc on appelait les contacts, on leur demandait par rapport aux signes, aux symptômes. On devait aussi les diriger vers un laboratoire de prélèvement pour faire les tests à J0, J7 et au 14^e jour* » (Entretien avec Ansoumane, biologiste titulaire et agent de suivi des cas contacts à Conakry).

En principe les cas confirmés de Covid-19 devaient tous être hospitalisés en CT-EPI, qu'ils soient symptomatiques ou non, mais les centres étant peu à peu débordés, il a été décidé que les personnes pouvant s'isoler à domicile ne soient pas hospitalisées dans les centres et qu'elles restent chez elle. Cette adaptation de la procédure a particulièrement pris forme dans la stratégie de lutte que les autorités sanitaires ont nommée « *Stop-Covid en 60 jours* »¹⁰⁴ en juin et juillet 2020. A ce moment-là, Ansoumane souligne qu'il réalisait toujours une surveillance par téléphone, mais qu'il lui arrivait également de se rendre chez certains cas contacts pour des visites de suivi. Malgré les différences présentées par Ansoumane entre les protocoles de suivi des cas contacts de Covid-19 et de MVE, il souligne que cette expérience antérieure lui a été utile dans le cadre de l'épidémie d'Ebola.

8.2.2 Une identification maximaliste des cas contacts, et des risques minimisés

Au-delà des disparités entre ces localités selon leurs niveaux d'expériences du suivi des cas contacts, des différences importantes ont également été observées selon les périodes de l'épidémie. C'est le cas notamment entre les conditions du suivi au début de l'épidémie à Conakry et Gouécké, et celles du mois d'avril à N'Zérékoré. Alors que le suivi des cas contacts était plutôt strict au début de l'épidémie (ceux-ci étant isolés à domicile et supposés recevoir la visite biquotidienne d'un agent de suivi), il paraissait bien plus flexible en avril, la grande majorité des cas contacts de Justin (le jeune étudiant qui a pris la fuite au début du mois d'avril) n'étant pas tenus d'être isolés, et les agents de suivi peinant à les voir une fois par jour sur leur lieu d'études ou de travail. Alors que plusieurs d'entre eux n'avaient jamais été vus par les équipes de suivi, il ne semblait pas y avoir de recherche active à leur égard à moins d'une semaine de la fin de la période de surveillance, et ces cas contacts n'avaient pas non plus reçu de vivres. Ils étaient traités différemment des cas contacts recensés dans le foyer où Justin résidait à N'Zérékoré, puisque ces 12 personnes étaient isolées à leur domicile et qu'elles avaient reçu des vivres. Il semble ainsi y avoir eu une distinction entre les personnes ayant été en contact avec Justin, mais celle-ci demeurait implicite puisque toutes étaient officiellement considérées comme cas contacts.

Ces différences de pratiques laissent voir une mise en balance entre d'une part, une identification des cas contacts maximaliste durant cette épidémie (puisque il y a eu, pour rappel, 1 110 cas contacts identifiés pour un total de 23 cas confirmés et probables), et d'autre part, une vision minimisant les risques que ces cas contacts pouvaient représenter. Il y avait ainsi une contradiction apparente entre le fait que de très nombreux cas contacts aient été identifiés (ce qui témoigne d'une volonté de contrôler l'épidémie), et la manière dont un certain nombre d'entre eux n'aient pas été isolés ni surveillés sur le plan clinique.

A Gouécké, les agents de suivi étaient par exemple tous cas contacts, puisqu'ils avaient pris part aux funérailles du cas index (qui étaient pourtant assez sécurisées, comme nous l'avons vu auparavant). Cette perception minimaliste des risques semble en grande partie être due au fait que les cas contacts étaient supposés être vaccinés, et qu'ils étaient ainsi considérés comme à faible risque de développer la maladie. Comme beaucoup d'autres vaccins, celui utilisé lors de cette épidémie n'était pourtant pas effectif dès l'injection, et il y a une période de quelques jours avant que le corps ne développe une

¹⁰⁴ Cette stratégie fait écho à la politique « *Zéro Ebola en 60 jours* » mise en place par les autorités sanitaires dès janvier 2015, et qui consistait à « *renforcer les stratégies de lutte (mobilisation sociale, prise en charge précoce des cas, EDS, surveillance des contacts) pour diminuer l'incidence de la maladie* » (Migliani, Keita, Diallo, Mesfin, et al., 2016).

immunité au virus (A. Diallo, Carlos-Bolumbu, et al., 2021). De plus, ce ne sont pas tous les cas contacts qui ont été vaccinés et d'après le rapport d'activités des partenaires de la riposte, parmi les 1 110 contacts listés, ce sont 622 personnes qui ont été vaccinées (soit 56 % des contacts), auxquelles s'ajoutent 534 « *contacts probables* » (Coordination des partenaires de la riposte, 2021 : 7). Rappelons cependant les réserves formulées par Sory à propos de ces chiffres, qui sont incorrects selon lui.

De même, lors des séances de vaccination observées à Conakry et à N'Zérékoré il n'y avait pas de protocole biosécuritaire strict à l'égard des cas contacts, comme en témoigne cet extrait de journal de terrain :

« Il n'y a pas de mesures de PCI spécifiques tout le long de la procédure, que les vaccinés soient des cas contacts, contacts de contacts ou agents de santé. Les contacts et leurs proches ne sont pas traités comme s'ils présentaient un quelconque risque [...] La chaise sur laquelle tout le monde s'assoit pour être vacciné n'est pas nettoyée entre les différentes personnes. Que la personne vaccinée soit contact ou non la procédure est la même, et depuis le début il n'y a pas de mesures particulières concernant les contacts et leurs familles (il n'y a par exemple pas de mesures de distance, pas d'endroit spécifique où ils sont supposés s'asseoir, pas de prise de température), excepté le lavage des mains à l'entrée du centre, mais je n'ai pas regardé si tout le monde se lavait les mains » (Observations lors de la vaccination des cas contacts dans une commune de Conakry, 25 février 2021).

Le fait que les mesures de PCI n'étaient pas optimales lors de la vaccination des cas contacts peut être interprété de manière positive, puisque cela évite notamment de les stigmatiser. Mais d'un autre côté on pourrait avancer que le fait que les personnes contacts ne soient pas vaccinées à leur domicile, et qu'on les enjoigne à se débrouiller pour se déplacer, peut en contrepartie les pousser à minimiser l'importance de l'isolement, puisque la riposte elle-même les encourage à quitter leur logement et à éventuellement entrer en contact avec d'autres personnes. Cette tension entre un protocole supposé strict, et des pratiques en apparence moins rigoureuses initiées par le dispositif de riposte lui-même, paraît d'autant plus problématique qu'elle n'est jamais évoquée comme cause éventuelle de la propagation du virus, celle-ci étant toujours imputée aux agissements inconscients des citoyens (nous y reviendrons plus loin).

8.2.3 Différentes définitions de cas contacts de MVE

Cette apparente contradiction entre une identification maximaliste des cas contacts, d'une part, et des pratiques biosécuritaires parfois peu rigoureuses à leur égard, d'autre part, peut être due au fait que les définitions officielles ne semblent pas harmonisées à propos de ce qu'est un cas contact de MVE.

Les deux guides officiels relatifs au suivi des cas contacts précisent que les cas contacts sont des personnes qui ont eu un contact physique direct avec un cas confirmé, suspect ou probable de MVE, et celui édité par l'OMS et le CDC indique qu'est considérée comme cas contact :

« Toute personne ayant été exposée à un cas suspect, probable ou confirmé de maladie à virus Ebola selon au moins une des modalités suivantes :

- a dormi dans le même foyer que le cas*
- a eu un contact physique direct avec le cas (vivant ou décédé) pendant sa maladie*
- a eu un contact physique direct avec le cas (décédé) lors des rites funéraires ou de la préparation à l'inhumation*

- a eu un contact direct avec le sang ou les liquides biologiques du cas pendant sa maladie (notamment urine, matières fécales, vomissures, larmes ou sueur)
- a eu un contact direct avec les vêtements ou le linge du cas
- est un nourrisson qui a été allaité au sein par la patiente » (OMS & CDC, 2015 : 8).

Dans cette catégorie, on trouve les personnes partageant la même résidence que le cas (confirmé, suspect ou probable, donc), et celles qui ont eu un contact direct avec les effets, les liquides biologiques, et plus largement le corps du cas concerné, quand celui-ci était vivant ou décédé (OMS & CDC, 2015 ; WHO Regional Office for Africa, 2014). Ces deux guides présentent toutefois des différences, et celui de 2014 mentionne que certains contacts « à haut risque » doivent être considérés en priorité. Il s'agit des types de cas contacts suivants :

- “Priority should be given to these high risk categories of contacts, persons who within the last 21 days:*
- (a) Touched the patient’s body fluids (blood, vomit, saliva, urine, faeces).*
 - (b) Had direct physical contact with the body of the patient (alive/dead).*
 - (c) Touched or cleaned the linens or clothes of the patient.*
 - (d) Slept or ate in the same household as the patient.*
 - (e) Have been breastfed by the patient (i.e. babies).*
 - (f) Health care workers who suffered a needle-stick injury from a contaminated instrument while attending to a probable or confirmed EVD patient.*
 - (g) Laboratory workers who had direct contact with specimens collected from suspected Ebola patients without appropriate infection prevention and control measures.*
 - (h) Patients who received care in a hospital where EVD patients were treated before the initiation of strict isolation and infection prevention and control measures (hospital acquired infection – the circumstance of exposure should be critically examined)”(WHO Regional Office for Africa, 2014 : 4).*

Le guide édité par l’OMS et le CDC l’année suivante ne mentionne pas cette catégorie de cas contacts à haut risque. Il y est par contre souligné que : « *Les contacts asymptomatiques ne sont pas contagieux et pourront être autorisés à poursuivre leurs activités quotidiennes au cours des 21 jours de suivi, sous réserve d’être disponibles pour le suivi et de disposer d’un accès rapide à un établissement de santé en cas d’apparition de symptômes* » (OMS & CDC, 2015 : 15), alors que cette précision n’est pas formulée dans le guide de 2014, qui suppose que tous les contacts doivent être isolés. Le *Plan de réponse* édité par les autorités sanitaires en février 2021 ne précise pas la définition retenue des cas contacts de MVE lors de cette épidémie, ni les conditions de leur suivi, de même que le *Plan stratégique multinational de préparation et de réponse* de l’OMS (OMS, 2021e).

On voit donc que les guides institutionnels eux-mêmes proposent des stratégies différentes, et c’est peut-être ce qui explique en partie pourquoi il y a des différences de pratiques sur le terrain. Ces disparités semblent également être établies de manière implicite selon le profil des cas contacts. Il semble toutefois que ces guides devraient être réajustés en raison des découvertes scientifiques à propos du fait que lors de la première épidémie plusieurs cas contacts ont développé des formes asymptomatiques de la MVE, et qu’ils étaient probablement en mesure de contaminer d’autres personnes, en Guinée (M. S. K. Diallo et al., 2019) et en Sierra Léone (Halfmann et al., 2019). Un article publié en avril 2021 montrait également qu’en RDC un homme ayant survécu à une première contamination à la MVE, et ayant été vacciné, avait fait une rechute entraînant son hospitalisation et des contaminations secondaires (Mbala-Kingebeni et al., 2021). Cela rappelle que le risque zéro n’existe pas en matière de virus.

8.3 Un dispositif qui ne s'adapte pas toujours aux agents de suivi et aux cas contacts

Les résultats présentés précédemment nous permettent de souligner que le dispositif du suivi des cas contacts ne semble pas toujours prendre en compte les attentes des agents de suivi et des personnes contacts, et ce, sur les trois sites étudiés, bien que les exemples présentés ci-dessous concerneront surtout Conakry.

8.3.1 La formation des agents de suivi à Conakry

Commençons par présenter les observations réalisées lors la formation des agents de suivi de Conakry, qui a eu lieu dans les locaux de la DSVCo (qui en était l'organisatrice) le 23 février 2021. Lors de cette formation il y avait une certaine absence d'intérêt pour les agents de suivi et leurs obligations, ainsi qu'un contenu qui paraissait plutôt inadéquat.

a) Un manque de considération vis-à-vis des agents

Ansoumane a été prévenu la veille de la tenue de cette formation, dont il ignorait le sujet. Notons qu'elle a débuté avec près de trois heures de retard, ce qui traduisait déjà peu d'égard de la part des organisateurs envers les agents de suivi et leur emploi du temps, alors même qu'ils suivaient déjà des cas contacts (le suivi ayant débuté le 15 février pour la plupart d'entre eux). Avant que la réunion ne commence, plusieurs agents se plaignaient du fait qu'ils n'étaient pas tenus informés des raisons de ce délai, et du fait qu'ils n'étaient pas défrayés pour venir assister à la réunion.

La première personne qui s'est exprimée (fonctionnaire de la DSVCo) a eu des paroles révélatrices d'un certain manque de considération vis-à-vis des problèmes auxquels les agents de suivi pouvaient être confrontés, comme le montre l'extrait suivant :

« Une femme introduit la formation de la journée qui porte sur un logiciel de suivi des cas contacts. Elle explique que pendant la première épidémie le précédent logiciel avait été un "handicap" car il fallait l'utiliser via les téléphones portables. Elle dit : "Il y a des agents qui venaient dire "Ah mon téléphone est déchargé" et ils ne faisaient pas le suivi des cas contacts, ou "Nous ça fait une semaine qu'on n'a pas eu la lumière". Mais ça ce n'est pas responsable, ce n'est pas du tout responsable. Si on est responsable, vous savez que vous devez travailler avec votre téléphone, même s'il faut l'envoyer à Djakarta pour le charger, vous allez le faire parce que vous avez le souci de votre travail [...] Cessons les arguments. Le travail pour lequel tu es payé, tu dois le faire avec volonté même si tu n'étais pas payé" » (Observations lors de la formation des agents de suivi des cas contacts, 23 février 2021, Conakry).

Si ces paroles paraîtraient compréhensibles dans un autre contexte plus favorisé sur le plan technologique, elles semblent quelque peu problématiques à propos de la situation de ces agents de suivi, qui exercent dans une ville où l'accès à l'électricité est un problème quotidien. Elles témoignent d'un manque d'attention ou de prise en compte des difficultés structurelles auxquelles ces acteurs peuvent faire face, et qui sont indépendantes de leur volonté.

b) Un contenu peu adapté

On peut également noter que le fonds même de la formation semblait peu adapté aux fonctions des agents de suivi. L'objectif était en effet de les former à l'utilisation d'une application de géolocalisation conçue pour l'identification de personnes contacts d'un cas confirmé de Covid-19

(permettant de repérer les personnes qui ont été à moins de deux mètres et pendant plus de dix minutes d'un cas confirmé), et pour laquelle les développeurs avaient reçu un important soutien de la Banque mondiale. Ce type d'application a été utilisé dans plusieurs pays au cours de la pandémie de Covid-19, notamment en France, où elle n'a toutefois pas eu le succès attendu¹⁰⁵. Dans le contexte guinéen la mise en circulation d'une telle application semblait assez ambitieuse puisqu'elle suppose que les utilisateurs soient en permanence connectés à internet, ce qui est assez éloigné des réalités structurelles du pays (l'accès à l'électricité n'étant pas toujours assuré, et les forfaits internet représentant un coût considérable)¹⁰⁶. Notons que le développement de ce logiciel est un bon exemple de l'écart souvent observé entre les outils et stratégies développés dans le cadre de la santé globale et leurs contextes de mise en œuvre (Olivier de Sardan, 2021). Ici, l'objectif était de l'utiliser dans le cadre de la riposte à la MVE, malgré les différences que présentent les modes de transmission du Covid-19 et d'Ebola. Nous verrons plus loin que l'utilisation de ce logiciel dans le cadre du suivi des cas contacts de MVE avait en réalité une autre finalité.

8.3.2 L'expérience du séjour en CT-EPI d'une personne contact

Parmi les femmes suivies par Ansoumane, Hawa est la seule à avoir développé des symptômes - de la fièvre et une forme de sinusite - au cours du suivi. Comme elle est fréquemment sujette aux céphalées et à la sinusite, son agent de suivi et elle ont tout d'abord décidé de voir comment son état allait évoluer. Ils se sont finalement mis d'accord pour qu'elle soit testée au bout du troisième jour après l'apparition des signes, et Ansoumane a alors organisé son transfert au CT-EPI de Conakry (Nongo) le soir même. Hawa est restée deux jours au centre (du 21 au 23 février 2021), deux jours durant lesquels elle n'a pas pu recevoir la visite d'Ansoumane, malgré les deux tentatives de ce dernier. Il explique qu'on lui avait proposé de voir Hawa à travers une grille, comme le permet le protocole de sécurité, mais qu'il a tenté de négocier en vain de la voir de manière plus rapprochée :

« Moi je voulais qu'elle me voie pour la rassurer, mais je voulais pas que ce soit dans une condition vraiment que je suis là, et elle est derrière le grillage. Je voulais pas ça. La façon dont j'ai l'habitude de rentrer en contact avec elle, c'est ce que je voulais. Mais on m'a refusé. On me dit : "C'est le protocole". Je dis : "Mais quel est le problème de protocole ? C'est moi qui suis toujours rentré en contact avec elle, non ? [...] Si elle est positive, je n'ai pas de soucis, je suis prêt à assumer car tous les jours je la suis déjà" » (Entretien avec Ansoumane, biologiste titulaire et agent de suivi des cas contacts à Conakry).

La réaction de l'équipe du CT-EPI semble tout à fait compréhensible en raison des consignes de biosécurité. Mais cette situation montre bien le peu de flexibilité des protocoles, et le fait qu'il soit parfois difficile de les « humaniser », comme cela avait été observé lors de la première épidémie d'Ebola (Desclaux & Sow, 2015). Dans ce cas précis, Hawa était seule dans une grande pièce, l'unique autre patient étant dans une autre zone du centre (il s'agissait de l'unique cas confirmé de Conakry). Il aurait donc été peu risqué sur le plan infectieux qu'Ansoumane se rende à l'intérieur avec les protections requises. Pour lui, cette situation était d'autant plus incompréhensible qu'il considérait avoir déjà pris des risques puisqu'il était son agent de suivi.

De son côté, Hawa a regretté qu'Ansoumane n'ait pas pu entrer pour venir la voir, d'autant que son séjour a été éprouvant. Elle explique qu'elle n'a reçu aucun traitement, alors qu'elle était fébrile. Mais c'est surtout l'attente de son résultat qui a été difficile, puisqu'elle n'avait pas encore de nouvelles un

¹⁰⁵ Il s'agit de l'application « TousAntiCovid ».

¹⁰⁶ Selon des estimations, 23 % des guinéens avaient accès à internet en 2019 (Attas et al, 2022).

jour et demi après son test : « *A ce moment-là, j'ai eu peur parce que mon résultat-là avait retardé. Et je croyais que c'était retardé parce que j'étais positive. J'étais inquiète et j'ai eu du stress dans ça* » (Entretien avec Hawa, infirmière stagiaire et cas contact). Cette situation évoque ce que Paul Farmer a qualifié de paradigme privilégiant le contrôle sur le soin à l'encontre des cas confirmés et cas suspects de MVE ("*control-over-care paradigm*", Farmer, 2021 : 499).

Ansoumane, qui était lui aussi inquiet de ne pas encore savoir le résultat du test de Hawa, a tenté de s'informer auprès de plusieurs personnalités du système sanitaire, ce qui lui a d'ailleurs valu d'être qualifié « *d'emmerdant* » par l'un d'eux. Il a finalement informé la personne la plus haut placée parmi ses supérieures lors d'une réunion le 23 février. Celle-ci a alors formulé une requête auprès d'un cadre également haut placé, et le résultat négatif a finalement été communiqué quelques heures plus tard à la patiente et son agent de suivi ; il a donc fallu attendre que ces deux personnalités interviennent dans le processus pour les informer et les rassurer.

Une étude réalisée auprès de patients suspects au Sénégal et en Côte d'Ivoire lors de la première épidémie de MVE en Afrique de l'Ouest a montré que les conditions dans lesquelles ils étaient isolés en attendant leurs résultats n'étaient pas optimales (Desclaux et al., 2018). Nous pouvons voir qu'il en a été de même ici, malgré le fait que la Guinée ait une expérience plus approfondie de la MVE. Notons toutefois que le récit de Hawa montre aussi une forme d'adaptation du dispositif de la riposte puisqu'elle souligne avoir apprécié que les équipes du CT-EPI soient venues la chercher en ambulance dans une autre rue que celle où elle habite pour son transfert, comme elle l'avait demandé (afin de ne pas alerter sa famille et le voisinage).

8.3.3 Une absence de reconnaissance vis-à-vis des cas contacts

Le récit des agents de suivi, et surtout des cas contacts, montre également qu'il y a eu à plusieurs reprises une absence de considération de la riposte vis-à-vis de ces derniers, notamment lors de la vaccination et de la fin du suivi.

a) Une organisation peu flexible de la vaccination

L'organisation de la vaccination des cas contacts a révélé une faible adaptabilité du dispositif aux attentes de ces derniers et de leur agent de suivi. Le 25 février 2021 des observations ont été réalisées lors la vaccination des cas contacts dans une commune de Conakry. L'anticipation d'Ansoumane à ce sujet, qui avait abordé la vaccination depuis plusieurs jours avec les personnes contacts, contrastait avec la gestion de l'organisation matérielle du centre de santé dans lequel la vaccination a eu lieu. Il est possible que les équipes du centre en question n'aient pas été prévenues à l'avance de l'évènement, car tous les moyens et équipements ont été mis en place le matin même et la vaccination a débuté avec près de trois heures de retard.

Au total, ce sont cinq cas contacts qui sont venus, ainsi que huit contacts secondaires (des membres de l'entourage de deux des personnes contacts). Bien qu'Ansoumane ait demandé à l'avance de pouvoir obtenir un véhicule pour que les cas contacts et leurs proches n'aient pas à se déplacer d'eux-mêmes pour venir se faire vacciner, cela n'a pas été possible et tous sont venus par leurs propres moyens, comme il l'explique dans cet extrait d'entretien :

« Même pour vacciner les contacts j'ai demandé qu'on me donne un véhicule. Mais ils ont été incapables de me donner un véhicule pour aller chercher mes contacts. Je leur ai dit de me donner un minibus, que ça peut prendre les contacts et leur famille. J'ai même dit que moi je vais rester sur ma moto pour ne pas

prendre une place de plus. Mais ils ont été incapables [...] C'est à 10h le même jour qu'ils demandent à l'Agence d'envoyer un véhicule, mais c'est trop tard. Je leur ai dit "Non, c'est pas la peine. S'ils doivent distribuer Ebola, ils vont distribuer" » (Entretien avec Ansoumane, biologiste titulaire et agent de suivi des cas contacts à Conakry).

Malgré sa demande, les supérieurs d'Ansoumane lui ont rétorqué que la venue d'une ambulance chez ces cas contacts pouvait les confronter à des formes de stigmatisation. Mais on peut opposer à cet argument que le véhicule en question ne devait pas nécessairement être une ambulance, et qu'il aurait pu s'agir d'un minibus comme l'avait suggéré Ansoumane. Quoi qu'il en soit, toutes les femmes contacts, et leur agent, ont regretté que rien n'ait été organisé pour leur déplacement. Ainsi, Jeannette, Mariama et leurs familles respectives sont venues dans des véhicules privés, alors que les trois autres infirmières se sont déplacées en taxis-motos ou taxis collectifs. Nous avons déjà souligné que cela semblait peu rigoureux au regard de la sécurité sanitaire, puisque ces cas contacts étaient supposés rester isolés.

De plus, un certain nombre de personnes parmi l'entourage de ces cas contacts n'avaient pu se rendre sur place le jour de la vaccination, en particulier des élèves qui étaient alors en période d'examen. Ansoumane a listé ces personnes et demandé à ses supérieurs qu'une nouvelle date soit prévue pour leur vaccination. Mais à la mi-juin, une semaine avant la fin officielle de l'épidémie, cela n'avait pas été fait, ce qu'il regrettait particulièrement, d'autant que certaines de ces femmes continuaient à s'enquérir de l'avancée de la situation auprès de lui étant donné que la vaccination de leurs proches leur tenait à cœur.

b) Une fin de suivi non célébrée

La difficulté d'adaptation du système s'est également illustrée à la fin de la période de suivi. Sur les trois sites, tous les agents rencontrés ont expliqué qu'il n'y avait pas eu d'évènement particulier pour marquer la fin de l'isolement des personnes contacts. Ansoumane était particulièrement déçu sur ce point car il avait entendu lors d'une réunion que les autorités sanitaires de la ville allaient organiser une cérémonie pour mettre à l'honneur les différents cas contacts identifiés, qui étaient tous sortis sains du suivi. C'était d'autant plus important selon lui qu'un grand nombre de ces cas contacts étaient des agents de santé qui ont été en lien avec le cas confirmé sur leurs lieux de travail, et que leur exposition au risque était donc liée à leur profession. Mais cette cérémonie n'a jamais été organisée, et les cas contacts n'ont reçu aucune autre forme de reconnaissance de la part des autorités. Nous verrons également plus loin qu'aucun cas contact n'a reçu d'attestations de fin de suivi, malgré les demandes de leur agent.

8.4 La position ambiguë des agents de suivi

Le dispositif de suivi des cas contacts, comme nous venons de le voir, est parfois un peu rigide et ne s'adapte pas toujours aux attentes des agents de suivi et des cas contacts sous leur surveillance. Les agents de suivi trouvent parfois des solutions pour contourner le manque de flexibilité du protocole. Alors qu'ils sont encouragés à être autonomes, leur capacité d'action reste toutefois limitée, ce qui les met dans une position relativement complexe et ambiguë.

8.4.1 Des agents peu formés

Les agents de suivi sont encouragés à être autonomes, et à ce propos il faut d'abord noter qu'excepté Ansoumane, aucun des agents interrogés n'a reçu de formation organisée par les équipes de la riposte. Pourtant, selon les recommandations officielles, les agents de suivi et leurs superviseurs devraient suivre une formation d'une journée, notamment à propos des signes de la maladie, des mesures de protection et de PCI, ou encore sur la coordination avec les autres piliers de la riposte, et l'utilisation des outils de suivi (WHO, 2014). Lors de la première épidémie d'Ebola, beaucoup d'agents de suivi étaient insuffisamment formés (McNamara et al., 2016).

A Gouécké et N'Zérékoré, les équipes ont été davantage « briefées » que formées, et ce sont les responsables hiérarchiques des centres de santé dans lesquels elles exerçaient qui ont assuré leur sensibilisation, puisque comme cela a déjà été mentionné, les équipes se sont organisées sans supervision institutionnelle au départ. Ainsi, Samuel notait : « *Moi personnellement je n'ai jamais reçu une formation digne du nom comme ça* » (Entretien avec Samuel, infirmier titulaire et agent de suivi des cas contacts à Gouécké). De son côté, Jules soulignait : « *Bon avant de commencer le suivi, comme l'épidémie est venue brusquement comme ça, ils nous ont pris seulement pour aller nous montrer le lieu [domicile des contacts] en nous disant que c'est là qu'on allait faire le suivi* » (Entretien avec Jules, ATS stagiaire et agent de suivi des cas contacts à N'Zérékoré).

Sur le plan de la prévention des risques infectieux, ces briefings auraient pu être suffisants, la plupart de ces agents ayant déjà été formés à la PCI dans le cadre des formations initiées après la première épidémie d'Ebola. Les agents du centre de santé de Gouécké observaient déjà des règles strictes de PCI, que leur directeur prenait particulièrement à cœur, ce dernier ayant été impliqué dans la lutte contre la première épidémie. C'est d'ailleurs certainement l'application de ces mesures qui a évité que les membres du personnel aient été infectés après avoir soigné le cas index (qui était leur collègue) lorsqu'elle était malade. Malgré cela, certains agents, comme Sory, ont eu le sentiment que leur formation n'était pas adéquate, et que de fait ils avaient pris des risques :

« Le plaidoyer que moi je voudrais faire c'est qu'il y ait des formations par rapport au suivi. Parce que quand nous avons commencé, et même arrivés au milieu, on pouvait s'infecter hein, on pouvait s'infecter quand même. Nous on avait commencé avec notre propre fiche, parce qu'on avait aucune instruction, aucun truc comme ça, pas de formation » (Entretien avec Sory, infirmier titulaire et agent de suivi des cas contacts à Gouécké, 11 avril 2021, Gouécké).

Dans ce contexte, le fait que ces agents suivent une formation plus officielle concernant les règles de biosécurité vis-à-vis des cas contacts aurait pu contribuer à les rassurer ; y compris pour ceux, comme Sory, qui avaient déjà été agents de suivi lors de la première épidémie. D'autant que sur le plan de la sécurité sanitaire, la formation et l'application des mesures de PCI ne semblent pas être systématiques dans les structures sanitaires de Guinée (comme nous l'avons souligné dans un autre chapitre), et qu'au début de l'épidémie des agents de santé aient été contaminés à la suite des soins du cas index à N'Zérékoré.

La formation des équipes de suivi semble d'autant plus importante lorsqu'il est encouragé - comme lors de cette épidémie - d'impliquer des acteurs communautaires dans la réalisation du suivi, car ces acteurs ne sont généralement pas les cibles des formations et il est donc encore moins probable qu'ils soient sensibilisés aux mesures de PCI. Notons que l'absence de formation réelle des agents de Gouécké et N'Zérékoré est venue renforcer leur sentiment de ne pas être pris en considération par la riposte et les experts, comme cela a largement été abordé dans le chapitre précédent.

Le fait que l'épidémie ait été déclarée dans le contexte de la pandémie de Covid-19 a probablement joué un rôle dans les mesures de protection que ces agents ont mises en place de manière spontanée. Tous ont effectivement porté des masques de protection (bien que ceux-ci soient inutiles contre la MVE, le virus ne se transmettant pas par voie aérienne - et on peut remarquer ici l'empreinte de la riposte au Covid-19), et utilisé du gel hydroalcoolique. Certains ont également mis en place des protocoles de prévention à leur domicile pour protéger leurs proches. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, Makalé avait par exemple installé un kit de lavage des mains devant chez elle. Ansoumane, lui, se douchait dès qu'il rentrait d'une tournée de suivi. Ce sont des précautions qu'ils ont appliquées d'eux-mêmes, et qui ne leur ont pas été recommandées.

A Gouécké et N'Zérékoré, les agents impliqués ont été désignés dans l'urgence et ils ont commencé à identifier et suivre les cas contacts dans la foulée. Néanmoins, l'urgence de la situation ne devrait pas justifier de faire l'impasse sur ce type de formation qui paraît essentielle pour la sécurité et la santé des agents de suivi, mais aussi des cas contacts, puisqu'en l'absence de définitions de cas appropriées, l'hospitalisation des cas suspects peut par exemple être retardée (or, plus la prise en charge d'un cas suspect, puis confirmé, est précoce, et plus ses chances de survie sont importantes).

Les définitions de cas ne semblaient d'ailleurs pas acquises lors de la formation des agents de suivi à Conakry. Comme cela a été mentionné plus haut, cette rencontre a surtout porté sur la présentation d'une application de traçage des cas contacts. Avant que les agents de suivi ne soient libérés (certains avaient toutefois commencé à partir), deux agents de l'OMS ont également projeté l'arbre décisionnel recommandé pour la définition des cas de MVE. Cela a été l'occasion de voir que les agents, même s'ils avaient déjà commencé à réaliser le suivi, avaient des lacunes à propos de ces définitions :

« Après la présentation de l'arbre décisionnel, un agent de l'OMS s'adresse à l'assemblée pour demander la définition d'un cas suspect. Quelqu'un répond : "Un cas suspect c'est quelqu'un qui présente les signes". Après que le présentateur lui demande de préciser, il répond : "Les céphalées, la diarrhée... ". Une femme ajoute : "La fièvre". Le présentateur redemande ce qui définit un cas suspect, et le premier répondant ajoute qu'il s'agit d'une personne ayant une température supérieure à 38°, ainsi que des céphalées, de la fièvre. Le présentateur l'arrête. Une femme continue, elle dit elle aussi qu'il s'agit de quelqu'un avec une température supérieure à 38°, et des "signes" dont les saignements. Elle aussi est interrompue par le présentateur. Une troisième femme dit : "C'est quand il y a un lien épidémiologique avec un cas confirmé qu'on peut parler d'un cas suspect". Le présentateur souligne qu'il faut effectivement que le cas ait été en "contact" avec un cas confirmé pour qu'il soit considéré comme suspect, mais il faut aussi que celui-ci présente au moins 3 signes parmi "les céphalées, les vomissements, les douleurs abdominales" » (Extraits du journal de terrain. Observations lors de la formation des agents de suivi des cas contacts, 23 février 2021, Conakry).

Cet extrait montre bien que la formation des agents de suivi sur la définition des cas semblait nécessaire, et tous n'avaient peut-être pas reçu de formation préalable sur la MVE, ou nécessitaient du moins une remise à niveau. Ansoumane, lui, a eu l'occasion de suivre diverses formations depuis la première épidémie d'Ebola (notamment sur la PCI, la prise en charge des cas confirmés, ou encore la gestion des données), mais il est probable que son profil était quelque peu atypique parmi les autres agents désignés pour réaliser le suivi des cas contacts de la capitale.

8.4.2 Une capacité d'action limitée : l'exemple des attestations de fin de suivi

Les agents de suivi rencontrés étaient donc peu formés à la réalisation du suivi des cas contacts. Ils étaient également peu supervisés et contraints à être autonomes. Tous ont notamment

trouvé d'eux-mêmes des solutions pour réussir à aborder les personnes qui se sont montrées peu confiantes au départ, et comme nous l'avons vu dans le cinquième chapitre, certains acteurs communautaires qui n'étaient pas impliqués dans le suivi ont également mis en place des initiatives pour favoriser l'acceptabilité de cette stratégie. Ansoumane soulignait ainsi que « *c'est le premier contact qui est parfois un peu difficile* » et qu'il fallait être particulièrement attentif à établir un climat serein lors de cette première rencontre. Cela est d'ailleurs formulé dans le guide de l'OMS et du CDC qui mentionne que « *la première rencontre avec un contact est déterminante pour instaurer la confiance* » (OMS & CDC, 2015 : 13), sans pour autant donner de consignes précises sur la marche à suivre. Mais s'ils étaient encouragés à être autonomes, ces agents n'étaient pas toujours détenteurs des solutions aux problèmes qu'ils ont pu rencontrer, et la problématique des attestations de fin de suivi semble être un bon exemple sur ce point.

En effet, contrairement à la procédure recommandée par l'OMS (OMS & CDC, 2015 ; WHO Regional Office for Africa, 2014), aucun de ces cas contacts n'a reçu un tel document à la fin du suivi. A Conakry, cela a été particulièrement problématique pour Jeannette, car son employeur la lui réclamait pour qu'elle puisse reprendre le travail. Elle avait ainsi anticipé et informé Ansoumane dès le début de son isolement (qui a eu lieu une semaine avant la fin du suivi, comme nous le verrons plus en détail ultérieurement). À son tour, Ansoumane a informé ses supérieurs afin qu'ils préparent l'attestation, qu'il ne pouvait établir lui-même. Le dernier jour d'isolement de Jeannette, une semaine plus tard, il n'avait malheureusement toujours pas obtenu d'attestation à lui fournir. Cette situation déplorable inquiétait particulièrement Jeannette, qui a demandé à avoir le numéro de la supérieure d'Ansoumane qui était supposée la lui fournir. L'agent de suivi se voulait rassurant, et il maintenait qu'elle obtiendrait son attestation avant son retour au travail deux jours plus tard. Après la visite, il expliquait que la supérieure en question l'avait accusé d'être « *embêtant* » à force qu'il insiste auprès d'elle pour obtenir le document. Finalement, Jeannette n'ayant pas obtenu le document le jour de sa reprise, et la superviseuse d'Ansoumane ne répondant pas au téléphone, elle a appelé ce dernier afin qu'il sensibilise lui-même son employeur, et c'est finalement l'agent de suivi qui a réglé le problème malgré sa faible marge de manœuvre.

Aucune des autres femmes suivies par Ansoumane n'a reçu d'attestations de fin de suivi. Mais cela posait moins problème que pour Jeannette qui ne travaille pas dans le domaine sanitaire, et dont l'employeur s'est montré plus suspicieux et inquiet. Madeleine notait néanmoins qu'elle aurait aimé recevoir un document officiel en « *souvenir* ». Pour Ansoumane, le fait que les cas contacts n'aient pas reçu d'attestations, alors qu'il s'agit de « *simples bouts de papier* » est une forme de « *négligence* » de la part des personnes qui auraient dû les éditer. Il présume que ces derniers ne voyaient pas « *l'importance* » de ce document, alors qu'il pouvait l'être pour les cas contacts, et il déplorait que sa capacité d'action ait été très limitée.

8.4.3 Des agents plus surveillés que supervisés

Tous les agents rencontrés ont donc été plutôt autodidactes dans la réalisation du suivi des cas contacts, et ils ont fait preuve d'initiatives dans la limite du pouvoir qui leur était accordé. Cette autonomie s'est également traduite par le fait qu'ils semblaient davantage surveillés que supervisés par les experts institutionnels (de l'ANSS, de l'OMS ou du CDC) qui étaient leurs supérieurs hiérarchiques. A Gouécké et N'Zérékoré, ces experts ont notamment réalisé des visites surprises chez certains cas contacts afin de leur demander si les agents de suivi venaient bien les voir deux fois par jour, comme l'explique Makalé :

« Ils nous contrôlaient encore. Ils faisaient leur travail comme ça. Ils sont allés chez un contact que je suivais, ils lui ont demandé, le monsieur a dit "Oui les gens-là viennent ici matin et soir, ils prennent notre température tous les jours". Ils avaient fait ça pour nous surprendre. C'est notre superviseur qui nous a dit ça après » (Entretien avec Makalé, stagiaire en centre de santé, agent de suivi des cas contacts et hygiéniste au CT-EPI de Gouécké).

Parfois, ils accompagnaient également certains agents de suivi chez les cas contacts, mais sans avoir convenu de rendez-vous au préalable avec les agents. A ce propos, Ansoumane expliquait : *« Tu sais les partenaires ils veulent savoir si vraiment le suivi est fait. Selon lui il y avait ainsi une forme de « supervision rapprochée », et une forme de « supervision à distance »* car il devait appeler plusieurs de ses responsables pour leur présenter son compte-rendu quotidien. Il rédigeait également un rapport tous les jours, qu'il transmettait à ses différents supérieurs hiérarchiques. Sur les autres sites, les agents de suivi ne devaient remplir que les fiches de suivi des cas contacts.

A Conakry, Ansoumane a plusieurs fois assisté lors de réunions institutionnelles à des appels émis par des experts aux cas contacts afin de vérifier auprès d'eux si le suivi était réalisé, et quel était le nom de leur agent de suivi. Ces appels étaient toujours mis sur haut-parleur afin que toute l'assemblée présente aux réunions puisse entendre les réponses. De cette manière, il a entendu certains cas contacts répondre que les agents de suivi ne se rendaient pas chez eux et qu'ils se contentaient de les appeler, voire qu'ils n'avaient jamais été contactés. Il y a donc des agents de suivi qui feignaient de suivre les recommandations officielles mais qui ne se rendaient pas chez les cas contacts, et c'est pour cette raison que les superviseurs établissaient des stratégies pour surveiller le travail des agents. Mais il semble que les relations entre les agents de suivi et leurs superviseurs se limitaient à cette forme de surveillance qui ne concernait du reste que la présence ou non des agents chez les cas contacts et non la manière dont ils réalisaient le suivi.

A Conakry également, en plus du remplissage des fiches au format papier, les agents de suivi ont ensuite été tenus d'utiliser le logiciel sur lequel ils avaient été formés le 23 février 2021. Mais l'utilisation était limitée au seul fait d'entrer la localisation et le numéro de téléphone de la personne contact, et ce à chaque visite. D'un point de vue objectif cette opération ne semble pas utile, puisque les cas contacts sont supposés rester chez eux, et que leur localisation est donc aussi supposée rester la même durant tout le suivi. D'après Ansoumane c'était ainsi une manière déguisée de contraindre les agents de suivi à se rendre deux fois par jour chez les cas contacts. Sur les autres sites, les agents n'ont pas eu à utiliser ce logiciel, et c'est probablement pour cela que leurs superviseurs ont effectué des visites surprises chez les personnes contacts.

Notons pour finir, que lors du suivi observé à N'Zérékoré le 20 avril 2021, les agents de suivi des différentes communes étaient tous accompagnés par leurs superviseurs directs lorsque toutes les équipes étaient rassemblées dans la cour de l'ESSC. Certains semblaient aider les agents de suivi à questionner les cas contacts et à remplir les fiches. D'autres, comme le superviseur d'Estelle, restaient en retrait. Cette dernière a souligné par la suite que leur présence était exceptionnelle et que d'ordinaire elle ne voyait son superviseur qu'une fois par jour pour lui montrer les fiches de suivi.

8.5 Des problèmes récurrents en termes d'approche

Après avoir présenté les différences de pratiques sur chaque site, puis la rigidité du dispositif et les stratégies mises en place par les acteurs pour les contourner, nous aborderons dans cette dernière partie la question plus générale de l'approche parfois problématique de la riposte vis-à-vis

des cas contacts et confirmés de MVE. A travers trois études de cas nous soulèverons les questions du recours inapproprié aux mesures coercitives, et de l'absence d'empathie et de soutien moral aux personnes concernées de près par la MVE.

8.5.1 La question de la méfiance mutuelle et des dérives autoritaires

Comme cela a déjà été mentionné, le contexte dans lequel la deuxième épidémie de MVE a surgi en Guinée était particulièrement tendu sur un plan politique et social, et la lutte contre l'épidémie a parfois exacerbé certaines tensions préalables. Il en était de même lors de la première épidémie d'Ebola, durant laquelle la riposte s'est parfois parée d'autoritarisme, et le Président avait notamment autorisé le recours à la force à l'encontre des cas contacts et suspects récalcitrants dès janvier 2015 (Calain & Poncin, 2015 ; Touré, 2014). Les analyses ont pourtant montré que l'un des moyens permettant d'apaiser ces tensions était d'éviter le recours à la violence et à l'autoritarisme, notamment dans le cadre du suivi des cas contacts (Calain & Poncin, 2015 ; Desclaux et al., 2017 ; Pellecchia et al., 2015). Malgré ces expériences antérieures, le recours à la violence et les dérives autoritaires ont aussi entravé la riposte à cette deuxième épidémie, et en particulier le dispositif de suivi des cas contacts.

a) Des investigateurs peu à l'écoute à Conakry

Le premier exemple concerne l'expérience de Jeannette (l'une des cas contacts rencontrée à Conakry) à propos du processus d'investigation. Les circonstances dans lesquelles elle a été identifiée comme cas contact sont détaillées dans l'étude de cas ci-dessous.

Etude de cas 1 : Expérience de Jeannette à propos de son identification en tant que cas contact

Jeannette est fonctionnaire et elle travaille dans un service municipal de la ville de Conakry. Elle est mariée et mère de trois enfants. Elle est originaire de la préfecture de Gouécké, et elle était en mission pour son travail lorsque l'infirmière présumée cas index de cette épidémie est décédée. Comme elle la connaissait, elle s'est rendue dans la famille de celle-ci, près d'une semaine après les funérailles. L'épidémie n'était pas encore déclarée, et Jeannette, comme les proches du cas index, ignorait ainsi que leurs échanges pouvaient être risqués sur le plan infectieux. Lorsque l'épidémie est déclarée, Jeannette est de retour à Conakry. Elle n'a alors pas beaucoup d'informations sur les circonstances dans lesquelles l'épidémie aurait commencé et elle n'est pas inquiète à propos du séjour qu'elle vient d'effectuer à Gouécké.

Par la suite, l'un des proches du cas index a donné le nom et le numéro de Jeannette aux équipes chargées des investigations dans le cadre de l'identification des cas contacts. Le numéro mentionné par cette personne n'était pas correct, et ce n'est que quelques jours plus tard que les équipes d'investigation de Conakry ont réussi à la joindre, en passant par d'autres cas contacts pour retrouver son numéro de téléphone.

Mais d'après le récit qu'elle en fait, le premier agent qui l'a appelée s'est montré très autoritaire et agressif à son égard et il l'a directement accusée d'avoir sciemment donné un numéro de téléphone erroné. Jeannette a tenté de se défendre, mais son interlocuteur se montrant toujours peu cordial, elle lui a raccroché au nez. Cela l'a particulièrement échaudée, et elle a ensuite arrêté de répondre aux numéros inconnus. Un à deux jours après cet incident, des agents chargés des investigations se sont finalement rendus à son lieu de travail pour la retrouver. Elle a alors été convoquée par son supérieur, avec lequel ces agents venaient de s'entretenir. La situation étant délicate, Jeannette a demandé aux agents d'avoir une conversation avec eux en dehors du bureau de son directeur, mais ceux-ci ont refusé. Encore une fois, ils ont été agressifs et l'ont accusée de vouloir se cacher. Elle a tenté de réfuter ces accusations en indiquant qu'elle n'avait pas apprécié la manière dont on lui avait parlé au premier abord,

mais elle n'a pas été écoutée et elle a été priée de rentrer chez elle. Cela a créé une certaine tension sur son lieu de travail, à un moment où Jeannette était déjà sous pression car elle avait beaucoup de tâches à remplir.

Le soir même, Jeannette a reçu la première visite d'Ansoumane. Les superviseurs de l'agent de suivi l'avaient prévenu qu'il s'agissait d'un cas contact « difficile », et à l'initiative des agents investigateurs, il a été escorté par le chef du quartier où réside Jeannette. Ansoumane a été surpris par la présence du chef de quartier, les premiers échanges qu'il a eu avec les autres cas contacts n'ayant pas été réalisés en présence de tiers (qui plus est, de figures d'autorité). Et il l'a été d'autant plus que Jeannette s'est en fait montrée très encline à respecter les mesures d'isolement et à recevoir ses visites. De son côté, elle explique que c'est Ansoumane qui l'a rassurée, et qu'elle a ensuite accepté d'être isolée pour ne pas mettre ses proches et elle-même en danger, en soulignant : « *Il vaut mieux prévenir que guérir* ». Contrairement aux autres acteurs auxquels elle avait été confrontée auparavant, Ansoumane s'est montré doux et à l'écoute, ce qu'elle a particulièrement apprécié, et qui a contribué à ce qu'elle suive ensuite scrupuleusement ses consignes.

Le récit des investigations menées autour de Jeannette montre que les approches des différents agents impliqués ont été déterminantes dans l'acceptation de son statut de cas contact et de la période d'isolement. Jeannette a été confrontée à un premier agent agressif, et par la suite à une convocation dans le bureau de son supérieur par une équipe d'investigateurs peu à l'écoute. S'il est compréhensible que ces agents se soient déplacés sur son lieu de travail pour la retrouver, en revanche la manière dont ils ont opéré et le ton accusateur avec lequel ils se sont adressés à elle paraît inapproprié. Cette approche contrevient de plus aux recommandations de l'OMS et du CDC selon lesquelles :

« Les entretiens des cas et des contacts doivent être menés dans un environnement sûr et propice à l'établissement d'une relation de confiance entre l'équipe, le patient, la famille et la communauté [...] La première rencontre avec un contact est déterminante. Elle doit être menée par un épidémiologiste, de préférence avec un soutien psychosocial. Il est crucial d'instaurer la confiance lors de ce premier échange » (OMS & CDC, 2015 : 12-14).

C'est finalement l'attitude plus respectueuse et moins accusatrice d'Ansoumane qui a conduit Jeannette à respecter l'isolement et les mesures. Jeannette n'a été isolée qu'une semaine, le début de son suivi ayant été retardé par ces événements.

b) Une forme d'escalade de la violence à Gouécké

On voit, à travers l'exemple précédemment évoqué, que le recours à une approche discourtoise, autoritaire ou coercitive peut entraver l'identification des cas contacts. Nous allons maintenant voir avec une autre étude de cas, qu'un usage inapproprié des rapports de force peut aussi entraver le bon déroulement du suivi quotidien des cas contacts. L'étude de cas 2, présentée ci-dessous, relate en détail les événements qui ont conduit à la fuite d'une famille entière de cas contacts à Gouécké au début du mois de mars 2021¹⁰⁷.

¹⁰⁷ Ces événements ont été rapportés par plusieurs interlocuteurs, notamment des agents de suivi et des leaders communautaires ayant été impliqués de près ou de loin dans cette affaire. Le récit proposé ici est aussi basé sur les échanges que mes collègues (Almudena Mari-Saez, Gamey Zogbelemou et Frédéric Le Marcis) ont eus avec certains membres de cette famille, avec lesquels je ne me suis pas personnellement entretenue.

Etude de cas 2 : Un enchaînement d'évènements qui conduisent une famille de cas contacts à fuir leur domicile

Le 13 février 2021, l'un des frères du cas index décède, devenant la deuxième victime de la famille. Le lendemain, le résultat de son test révèle qu'il était positif à la MVE et l'épidémie est déclarée. Sa femme, Louise, qui est enceinte, est rapidement identifiée comme cas contact avec d'autres personnes de sa famille. Elle réside alors chez sa mère avec son frère, Eugène, et d'autres personnes.

Au départ réticente, Louise se fait finalement vacciner le 24 février, le vaccin étant désormais approuvé pour les femmes enceintes et allaitantes. Durant les trois jours qui suivent elle développe des signes de fatigue ainsi qu'une conjonctivite assez sévère. Sa famille refuse qu'elle soit transférée au CT-EPI pour être testée, malgré les tentatives de sensibilisation des agents de suivi et de certains acteurs communautaires. Pour ses proches c'est à cause de la vaccination que Louise est malade, et c'est une voisine tradithérapeute qui lui donne des soins. Eugène, qui est le premier homme de la famille (à qui reviennent les décisions importantes), profère parfois des « *mots sales* » (selon l'expression de Makalé) à l'encontre des agents de suivi. Selon les témoignages de ces derniers, Eugène n'apprécie pas leur comportement car ils se tiennent à distance de sa sœur, dont il maintient qu'elle n'a pas la MVE. Il leur dit également être agacé par leurs visites intempestives au domicile familial.

S'il a au départ nié le fait que sa sœur présentait des symptômes de la MVE, c'est finalement Eugène qui la transporte dans un centre de santé de Gouécké, avec l'aide d'un taxi-moto, le 26 février 2021, alors qu'elle présente un tableau clinique sévère (elle souffre d'importantes hémorragies et de vomissements). Sory, qui a assisté à la scène, raconte qu'après avoir aidé sa sœur à descendre de la moto, Eugène s'est aspergé tout le corps à l'aide du seau d'eau javellisée disposé à l'entrée de la structure. Après son arrivée, Louise a directement été transférée au CT-EPI de N'Zérékoré, où elle est confirmée positive le lendemain. Elle décède quelques jours plus tard (le fœtus ne survit pas non plus).

Certains notables de Gouécké, conviés pour une réunion à la sous-préfecture, ont ensuite décidé de ne pas annoncer le décès de Louise à sa famille, bien que le sujet ait fait débat d'après Bangaly, un RECO qui était présent. Eugène et ses proches sont toutefois informés du décès par une source inconnue. A ce stade, la chronologie des évènements n'est pas très claire, mais il semble que dans la même journée (le 5 mars), Eugène ait demandé à ce qu'une délégation composée de notables de Gouécké et des représentants de la riposte viennent présenter les condoléances d'usage à sa famille. D'après Sory et Hady, sa demande, qu'il a formulé auprès d'une équipe d'anthropologues de l'OMS, n'a pas été entendue. Eugène est militaire, et étant donné qu'il s'est montré parfois un peu virulent avec les agents de suivi, plusieurs acteurs politiques et sanitaires redoutaient son comportement. Eugène a fini par appeler le chef du centre de santé et l'a menacé de mort, ce qui n'a pas arrangé la peur des acteurs de la riposte à son égard.

A partir de ce moment-là, le comportement d'Eugène est assez lunatique. Et alors que le matin même il a poussé les infirmières venues pour réaliser le suivi de la famille à partir, il a finalement accepté que Sory dresse la liste des cas contacts de la défunte quelques heures plus tard. Il a également sensibilisé sa mère et les autres membres de sa famille pour qu'ils acceptent que les agents relèvent leur température, ces derniers refusant au motif que Louise avait été assassinée par la riposte d'après eux.

Mais dans l'après-midi, une bande de jeunes tente de mettre le feu à la tente disposée devant la sous-préfecture pour la réalisation de la vaccination. Ils sont très rapidement chassés par d'autres jeunes, et le départ de feu est maîtrisé (ce n'est finalement qu'une petite partie de la toile qui aura été consumée). La tentative d'incendie est imputée à Eugène (qui aurait manipulé les jeunes) par différents notables de Gouécké (parmi les autorités politiques et sanitaires) en raison de son comportement depuis le décès de Louise. Cet évènement est venu aggraver les tensions préexistantes et la méfiance à son égard.

Le lendemain, Hady (leader communautaire, et ami d'Eugène) apprend lors d'une visite à la sous-préfecture que les autorités sont en train d'organiser la mobilisation d'un convoi militaire pour aller chercher Eugène et ses proches. Hady se rend alors chez lui et tente de le raisonner pour le convaincre d'accepter d'être testé. Après l'avoir convaincu, il lui demande s'il est armé, et ne trouve « *même pas un couteau* » après une fouille de la maison (Eugène étant militaire, les différents acteurs redoutaient qu'il utilise une arme à leur rencontre). Après cette visite, Hady se rend à la sous-préfecture et tente de convaincre les autorités de ne pas envoyer la délégation militaire à la recherche d'Eugène. Mais la décision venant de plus haut, l'interlocuteur de Hady se dit impuissant, et ce sont finalement une dizaine de véhicules militaires qui se rendent au domicile de la famille.

Entre temps Eugène avait été informé par des amis militaires du départ de la délégation, et celle-ci a donc trouvé une maison vide à son arrivée, la famille ayant pris la fuite. Avec les autres cas contacts, ils ne reviennent chez eux que lors du 20^e jour de leur suivi, et ils ont passé 19 jours dans un lieu inconnu des acteurs de la riposte. Durant ces 19 jours, Eugène met en place un véritable protocole de « *PCI domestique* » (Le Marcis & Mari-Saez, 2021 : 24) : ses proches et lui-même se lavent notamment les mains et l'ensemble du corps avec du savon et des solutions d'eau chlorée. Dans la nature, Eugène cueille des plantes médicinales qu'il trouve à l'aide d'une application sur son téléphone. Au final, aucun des cas contacts de la famille n'aura développé de symptômes, et cela est sans doute en grande partie dû au fait qu'il avait déjà mis en place ces mesures de protection lorsque sa sœur était symptomatique.

Le récit détaillé de ces événements révèle une certaine escalade de la violence, à laquelle la riposte a contribué. Rappelons que Louise est veuve depuis peu lorsqu'elle est identifiée comme cas contact, enceinte qui plus est, et qu'elle est donc particulièrement vulnérable. Le comportement des agents de suivi à son égard énerve particulièrement son frère, ces agents ne respectant pas les règles de bienséance puisqu'ils refusent tout contact physique avec la famille. L'isolement des cas contacts et leur mise à l'écart peut effectivement être vécue avec une certaine violence (Desclaux, Diop, et al., 2017).

Ainsi, il y a déjà des tensions lorsque Louise se fait vacciner et qu'elle développe finalement des symptômes. Ses proches accusent les effets du vaccin, qui entraînent effectivement des réactions assez importantes chez certaines personnes, car c'est un « *produit très dur* » pour reprendre les termes de Tokpa (RECO dans un village autour de Gouécké). Notons à ce propos, qu'en 2019 un groupe d'experts recommandait que les femmes enceintes soient suivies de très près après l'injection du vaccin qui a été utilisé lors de cette épidémie (Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on immunization, 2019). Or, ce suivi rapproché n'a pas été mis en place auprès de Louise.

Mais c'est surtout l'absence de communication à propos du décès de Louise au CT-EPI qui est vécue avec violence par ses proches, et Eugène est particulièrement échaudé par la situation, ce qui semble compréhensible. Les craintes des acteurs de la riposte sont aussi compréhensibles, mais le témoignage de Hady (qui est pourtant une figure locale reconnue des autorités) aurait pu permettre d'apaiser les tensions, s'il avait été écouté. La seule solution envisagée par les acteurs de la riposte est finalement le recours à la force, et cela conduit la famille à fuir pour échapper au convoi militaire.

Les acteurs de la riposte et les notables politiques locaux semblent s'être focalisés sur le danger potentiel que représentait Eugène, et ce, malgré la tentative de calmer la situation par Hady. Ils paraissent peu compréhensifs vis-à-vis des raisons qui ont poussé Eugène et ses proches à proférer des menaces à l'encontre de certains acteurs, alors que la famille était en deuil, et que leur peine était aggravée par le fait que le décès de Louise ne leur ait pas été annoncé officiellement. La problématique spécifique du deuil, et des réactions qu'il peut entraîner, ne semble pas avoir été prise en compte, alors qu'elle apparaît essentielle. Des interlocuteurs ont seulement mentionné qu'Eugène avait consommé de l'alcool pour expliquer son comportement, et la tristesse relative au deuil n'a jamais été relevée.

Ajoutons qu'après la fuite d'Eugène, Hady a été menacé par les autorités politiques et sanitaires, qui le soupçonnaient de savoir où la famille se cachait car il était toujours en lien avec Eugène. Il a alors été convoqué à la DRS de N'Zérékoré, où il a appris que son téléphone était sur écoute. Ses interlocuteurs ont alors écouté, devant lui, les enregistrements des appels téléphoniques qu'il avait eus avec Eugène. Les échanges montrant bien qu'il ignorait où les cas contacts se trouvaient, Hady est finalement relâché.

Cette étude de cas montre bien l'absence de réflexivité de la riposte et ses acteurs sur la violence qu'ils exercent, et ce à plusieurs reprises lors de ces événements.

c) Deux études de cas qui évoquent une approche similaire

Les deux études de cas présentées dans cette section font état d'un problème similaire en termes d'approche des acteurs de la riposte, pour qui les cas (qu'ils soient contacts, suspects ou autres) sont présumés récalcitrants et violents. Cette focale est liée en grande partie aux expériences de la première épidémie d'Ebola et aux tensions que l'on a déjà évoquées à plusieurs reprises. Il y a d'autres exemples à ce propos, et Ansoumane expliquait notamment que la première réaction de ses collègues lorsque Hawa a développé des symptômes a été de s'inquiéter quant au fait qu'elle n'allait pas accepter de se faire tester (alors que c'est une demande qu'elle a formulée d'elle-même). De même, lors de réunions institutionnelles à Conakry et N'Zérékoré, les difficultés liées aux investigations autour des cas confirmés étaient toujours imputées aux « résistances » et autres « réticences » des populations. Avec l'expérience de Jeannette, on voit pourtant que c'est aussi parfois en raison d'une approche peu adaptée de la part des équipes d'investigation que les situations se compliquent. Il faut d'ailleurs souligner à ce propos que l'approche développée par des collègues, associant épidémiologie et anthropologie dans l'investigation sur l'origine de l'épidémie, s'est révélée très fructueuse et qu'elle pourrait encore adoptée à l'avenir (Le Marcis & Mari-Saez, 2021). Ainsi, comme ces derniers le formulent très bien :

« La réponse institutionnelle à l'épidémie nous est apparue, vue depuis Gouécké, comme "une guerre" dans laquelle la lutte contre le virus se traduisait en une guerre contre les populations », alors que le faible nombre de cas aurait pu contribuer à développer une approche plus réflexive et de tenter, avec une prise de risque relative, de nouveaux protocoles de réponse fondés sur une plus grande écoute de la population et une plus grande confiance dans sa capacité à se prendre en charge » (Le Marcis & Mari-Saez, 2021 : 23).

Au lieu de cela, l'usage de la force a encore été envisagé comme la solution principale aux problèmes, alors même que cette stratégie a contribué à aggraver les deux situations exposées ici. Il semble que la violence, car elle a souvent été exercée par les autorités en Guinée (avant et après l'indépendance du pays) ait des racines profondes. Son usage est légitimé dans diverses situations (lors de manifestations par exemple) ou dans le cadre de la riposte aux épidémies. Un cadre de l'ANSS expliquait d'ailleurs lors d'une réunion le 18 février 2021 (quatre jours après la déclaration de l'épidémie) qu'il avait demandé à mobiliser des militaires pour « sécuriser » la zone de Gouécké, en ajoutant non sans humour : « Parmi vous certains ne veulent pas voir les hommes en tenue [rires] Heureusement les ONG qui ne veulent pas des hommes en tenue ne sont pas là-bas » (Observations lors de la réunion épidémiologique hebdomadaire de l'ANSS, 18 février 2021, Conakry). Dans ce contexte, l'épidémie est à la fois « fille d'une violence structurelle et multiforme » et génératrice de « nouvelles formes de violences », pour reprendre l'analyse de Cheikh Ibrahima Niang à propos de la précédente survenue d'Ebola en Guinée (Niang, 2014).

8.5.2 L'importance du soutien moral et psychologique face à un dispositif parfois déshumanisé

Dans la section précédente, nous avons vu qu'il était préférable de ne pas recourir à la force lorsque des tensions apparaissent entre les cas contacts et les acteurs de la riposte. Dans les deux exemples abordés, l'usage de la violence verbale et symbolique n'a fait qu'aggraver les situations. Ces

deux études de cas permettent également de souligner que les acteurs de la riposte n'ont pas semblé faire preuve d'empathie envers ces cas contacts, et n'ont pas tenté de comprendre les raisons qui les ont conduits à esquiver les mesures du suivi. La question de l'empathie semble pourtant essentielle pour établir une relation de confiance entre les cas contacts ou suspects, et les acteurs du dispositif de riposte. Au-delà du soutien matériel et financier, il apparaît important de leur apporter une forme de soutien moral. A Conakry, comme nous l'avons vu, Ansoumane a réussi à établir une relation de confiance avec les femmes qui étaient sous sa responsabilité, notamment en leur manifestant des preuves d'empathie. Mais cette forme de soutien n'est pas toujours assurée par le dispositif, comme nous allons le voir maintenant. D'ailleurs, au cours des observations du suivi des cas contacts à N'Zérékoré en avril, une situation a d'ailleurs été évocatrice : à un moment donné un enseignant de l'ESSC s'est adressé de manière assez virulente aux équipes de suivi. Il leur a reproché de déstabiliser les étudiants qui étaient alors en période d'examen. Un des superviseurs présents lui a répondu que j'étais anthropologue et que j'étais là pour le « *soutien psychosocial* », sans que je ne me sois présentée de la sorte. Cette anecdote montre que la manière dont le suivi était réalisé ne prévoyait pas de soutien moral ou psychologique particulier, que le caractère assez anonyme et très bref des rencontres entre les agents de suivi et les cas contacts ne favorisait pas non plus.

a) *Le déroulement protocolaire de la vaccination*

Le déroulement des deux séances de vaccination observées est également révélateur de cette absence de soutien aux cas contacts. En effet, comme cela a déjà été exposé, au cours de la vaccination des cas contacts à Conakry le 24 février, le dispositif ne s'était pas vraiment adapté aux demandes des femmes et de leur agent de suivi, et l'organisation laissait à désirer. Mais ce qui était également marquant, était le peu d'explications et d'échanges que les acteurs de la vaccination avaient avec les cas contacts :

« Les agents ont disposé des tables à deux endroits de la cour. Le premier espace, où les personnes vont d'abord se faire enregistrer avant la vaccination, est composé de trois tables recouvertes d'un tissu de protection bleu, et de trois chaises sur lesquelles sont assis trois agents couverts de sur-blouses (du même tissu bleu), de coiffes et de masques chirurgicaux. Le deuxième espace est dédié à la vaccination, et il est composé de deux tables, également couvertes d'une protection. Là, ce sont trois femmes qui sont assises, dont l'une réalise les injections, et les deux autres remplissent des documents papiers [...] Une femme (contact, je l'apprends ensuite) crie en recevant le vaccin. Certains se moquent d'elle. La femme qui fait les injections ne lui dit rien. En fait, elle ne parle pas du tout avec les gens qui se font vacciner, excepté pour leur demander s'ils sont droitiers ou gauchers afin de piquer l'autre bras. Elle n'avertit pas avant de piquer, ne fait pas plus attention avec les personnes qui se montrent plus craintives et stressées. Elle répète les mêmes gestes à chaque fois : elle se lève, enfle une paire de gants, prend une dose de vaccin dans la glacière puis une seringue (emballée dans un emballage stérile) et joint les deux, demande à la personne sur quel bras piquer, pique et retire la seringue en pressant un coton à l'endroit de la piqûre (il ne me semble pas l'avoir vue passer un coton en amont de la piqûre). Elle jette ensuite le tout dans une boîte en carton dédiée, nettoie les gants en pressant la pompe d'un pulvérisateur posé par terre, puis jette les gants et nettoie (mais pas systématiquement) ses mains à l'aide du pulvérisateur, puis se rassoit. C'est toujours la même qui vaccine les gens, les deux autres femmes assises à la même table semblent occupées et remplissent des fiches tout le long de l'évènement (mais j'ignore de quel document il s'agit) » (Extraits du journal de terrain. Observations lors de la vaccination des cas contacts dans une commune de Conakry, 25 février 2021).

Ces extraits du journal de terrain montrent que dans le cadre de cette stratégie pour la vaccination, c'était le caractère technique et administratif de l'opération qui primait, laissant peu de place à

l'écoute et à la communication. Cela rappelle des analyses déjà formulées à propos de l'importance croissante des tâches administratives dans les stratégies de santé globale, et de l'augmentation conséquente du temps de travail pour les acteurs qui doivent les réaliser (Buissonnière, 2012 ; Olivier De Sardan, 2021). Cela dit, dans cette situation précise, il est difficile de savoir si ces attitudes du personnel relèvent d'une forme d'indifférence ordinaire vis-à-vis des cas contacts, ou de la lourdeur administrative de la procédure (ou d'un mélange des deux).

Le 5 avril 2021, des observations ont également été réalisées à N'Zérékoré. Le protocole était similaire à celui mis en place à Conakry et la majorité des agents présents étaient affectés au remplissage de divers documents. La procédure semblait toutefois moins claire qu'à Conakry, et les échanges étaient encore davantage réduits, de nombreuses personnes étant venues pour se faire vacciner. Il y avait une certaine agitation et les équipes paraissaient tendues. La priorité était donnée aux cas contacts, mais des personnes ont tenté de négocier pour pouvoir passer avant (notamment une femme travaillant pour l'OMS). Ici encore, les équipes ont fait preuve de peu de réflexivité car elles accusaient l'indiscipline des personnes présentes, alors même que l'organisation reposait sur une interprétation très implicite de la marche à suivre, et rien n'était clairement indiqué. Juste après, deux experts qui étaient impliqués dans la supervision de la vaccination ont été rencontrés dans leur bureau. Ils étaient en train de réfléchir à des solutions permettant d'alléger le dispositif de vaccination pour pouvoir vacciner davantage de personnes en moins de temps, et ils évoquaient notamment le fait de supprimer la demande de consentement. Cette étape était pourtant déjà très sommaire, et se résumait à une simple signature, sans explication et temps de lecture. Ces deux experts ont d'ailleurs souligné que la participation des anthropologues serait importante lors des séances de sensibilisation précédant la venue des équipes de vaccination dans les villages, et une fois encore, les anthropologues étaient conviés à remplir les failles du dispositif.

b) Un soutien défaillant à un cas nouvellement confirmé

Une autre situation permet d'illustrer les défaillances de la riposte en termes de soutien moral. Il s'agit de l'histoire de Justin, le jeune étudiant de l'ESSC testé positif au début du mois d'avril 2021, dont l'histoire est détaillée dans l'étude de cas 3, ci-dessous¹⁰⁸.

Etude de cas 3 : Conditions du test et de la fuite d'un cas confirmé au début du mois d'avril à N'Zérékoré

A la fin du mois de mars, alors qu'il n'y avait plus de nouveaux cas depuis plus de 21 jours, une nouvelle alerte a été lancée à propos des décès successifs de trois femmes dans le district de Kpagalaye dans la sous-préfecture de Soulouta, mitoyenne à Gouécké. Ces trois femmes sont trois proches parentes de Justin, dont sa mère et sa grand-mère. Justin se rend alors à leurs funérailles, et pendant plusieurs jours il quitte N'Zérékoré, où il réside et étudie habituellement.

Lorsque l'alerte est lancée, Justin ne répond pas à son téléphone et il ne se rend plus à l'Ecole. D'après un cadre de l'ESSC, il réagissait de la sorte car il savait qu'il était recherché, l'alerte ayant notamment été relayée par la radio et les équipes de la riposte s'étant rendues rapidement à Kpagalaye. Il revient finalement à l'ESSC le 31 mars, où il est repéré par un cadre de l'Ecole. Ce dernier, avec l'aide d'un expert

¹⁰⁸ Je précise ici que cet événement m'a été relaté par des acteurs de l'ESSC et un membre de l'équipe chargée de la surveillance au sein de la riposte. La question étant épineuse, je n'ai pu m'entretenir avec les experts directement impliqués dans l'histoire. Il y a ainsi des incompréhensions qui demeurent et la chronologie n'est notamment pas toujours très claire. L'histoire de Justin a donné lieu à différentes rumeurs, dont il était parfois difficile de démêler le vrai du faux, et il est donc possible que le récit que je propose soit parfois éloigné de la réalité des faits.

de la riposte, aurait convoqué l'étudiant afin de le convaincre d'aller se faire tester au CT-EPI. Justin souffrait alors de hoquet et de fatigue, mais il niait que cela pouvait être des symptômes de la MVE, tout comme il niait que ses parentes soient décédées du virus et assuraient qu'elles avaient été malades après avoir mangé un même plat (et qu'elles avaient été victimes d'un empoisonnement). Justin a refusé d'aller au CT-EPI, mais il a fini par consentir à aller à l'hôpital régional où il pouvait également être testé. Les deux hommes lui auraient donné de l'argent pour prendre un taxi-moto, sans l'accompagner. Peu d'informations ont été récoltées sur son séjour à l'hôpital mais d'après un cadre de l'ESSC, ce sont les équipes de l'hôpital qui lui ont annoncé qu'il était positif, à priori le lendemain du test (le 1^{er} avril). Le même jour, Justin est revenu à la DRS (le quartier général de la riposte). Alors que son transfert au CT-EPI était en train d'être organisé, il aurait prétexté devoir sortir pour acheter des unités téléphoniques et il a finalement pris la fuite.

Plus d'un mois après sa fuite, Justin n'avait toujours pas été retrouvé, et le rapport de situation du 8 mai 2021 mentionne : « *Retrouver le cas confirmé de Gonia* », et « *Poursuivre la recherche du cas confirmé* » parmi les recommandations (ANSS, 2021 : 7). Lors de sa fuite il était toutefois en contact téléphonique régulier avec une personne, qui échangeait à son tour avec les équipes de la riposte qui pouvaient ainsi suivre de loin l'évolution de son état de santé.

Son histoire permet de montrer encore une fois l'importance des démonstrations d'empathie envers les cas suspects et cas contacts, notamment lors de l'annonce des résultats. La question des rapports de force ne paraît pas être un problème ici, mais il semble que Justin n'ait pas reçu le soutien moral approprié lors de l'annonce de son résultat et ses interlocuteurs ne semblent pas avoir pris la mesure de sa vulnérabilité psychologique. Il a pourtant ouvertement nié que ses parentes avaient été contaminées par le virus, tout comme Eugène à propos de sa sœur. Comme Eugène, le comportement de Justin est ambivalent, et alors qu'il accepte de se faire tester après avoir été sensibilisé, il finit par s'enfuir après l'annonce de son résultat.

Lors de réunions institutionnelles ou d'échanges divers avec des experts de la riposte, Justin était toujours présenté comme un jeune homme irrationnel et inconscient, et il semblait y avoir peu de réflexivité, encore une fois, sur les comportements fautifs des acteurs de la riposte. Les membres du personnel de l'ESSC semblaient également être peu enclins à aider les experts de la riposte et ceux qui ont été interrogés se sont plaints de ne pas avoir reçu de « *primes* » pour leur mobilisation. Cela permet de rappeler encore une fois l'importance de la prise en compte du contexte social et notamment des représentations autour de « l'Ebola-business ».

Dans les guides de l'OMS et du CDC, les recommandations relatives à l'annonce des résultats aux personnes suspectes et contacts soulignent que celle-ci doit être réalisée avec « *tact et empathie* » (OMS & CDC, 2015 : 14 ; WHO Regional Office for Africa, 2014 : 4), mais ils ne précisent pas qui sont les acteurs en charge de cette annonce et s'ils doivent être formés à ce sujet. Pourtant, il semble essentiel que les acteurs impliqués dans l'annonce de résultats reçoivent des consignes sur la démarche à adopter. Ici, il y a eu une volonté des interlocuteurs de Justin de lui faire confiance, ce qui n'est pas nécessairement une mauvaise démarche, mais elle a été contrecarrée par un manque de soutien moral et psychologique alors que l'étudiant était dans un état de vulnérabilité évident. Alors que dans les deux exemples présentés précédemment, les réactions potentielles des cas contacts ont été sur-interprétées, celle de Justin a davantage été minimisée ici.

Conclusion

En conclusion de ce chapitre, nous pouvons souligner que le suivi des cas contacts a été mis en place très rapidement lors de cette deuxième épidémie, et que les équipes impliquées au niveau local, régional et national ont été particulièrement réactives.

Le protocole de suivi des cas contacts employé était supposé être le même dans toutes les localités concernées par l'épidémie, mais comme nous l'avons vu, les pratiques ont différé entre Conakry, Gouécké et N'Zérékoré. Ces différences de pratiques sur le terrain sont liées à des conditions extérieures aux agents de suivi des cas contacts (notamment l'absence d'harmonisation concernant la définition des cas, ou encore à des irrégularités concernant la formation de ces agents), mais aussi à la manière dont ces agents ont appréhendé la réalisation du suivi et leurs relations avec les cas contacts. Nous avons vu qu'à ce titre certains avaient fait preuve d'un certain respect aux personnes isolées, dans un contexte où la riposte et ses acteurs les considèrent fréquemment comme étant forcément résistants aux mesures, tout comme les autres cas.

En dépit de cela, le suivi des cas contacts laisse voir certaines défaillances, dont certaines avaient déjà été mises en avant lors de la première épidémie d'Ebola, en particulier le recours inapproprié à la violence. Nous avons également vu que le dispositif et les protocoles demeurent toujours assez rigides, bien que certains agents de suivi tentent de les contourner pour rendre la stratégie plus acceptable, et que les cas contacts aient eux-mêmes formulé des recommandations qui devraient être prises en considération à l'avenir (notamment à propos des pratiques d'investigation et d'annonce des statuts aux cas contacts et confirmés).

Les exemples évoqués au cours de ce chapitre permettent de renouveler l'intérêt déjà formulé lors de la première épidémie, sur le fait qu'il est important de veiller à « *humaniser* » les protocoles (Desclaux & Sow, 2015). Le dispositif de la riposte gagnerait ainsi à s'inspirer des pratiques de ces agents de terrain pour mettre en place des stratégies plus empathiques et plus humaines. La communication semble notamment primordiale, et la question de l'annonce est apparue essentielle dans l'histoire de Justin, comme dans celle d'Eugène et Louise (où c'est davantage l'absence d'annonce qui a été problématique). Le chapitre qui suit sera justement consacré à la question de l'annonce de résultats médicaux individuels en Guinée, avec une attention particulière accordée aux résultats obtenus lors d'enquêtes de surveillance sérologique réalisées après la première épidémie d'Ebola et dans le cadre de la lutte contre le Covid-19.

CHAPITRE 9 : ENJEUX ETHIQUES LIES A LA COMMUNICATION DE RESULTATS POUR LA MVE ET LE COVID-19

Dans les chapitres précédents, nous avons souligné l'importance de la communication entre populations et experts en contexte de riposte épidémique, notamment en matière d'annonce. Mais si l'annonce d'un évènement, d'un décès, ou d'une infection, paraît indispensable sur le plan de l'éthique médicale au premier abord, certaines situations sont complexes et méritent d'être questionnées avant de recourir ou non à l'annonce. C'est notamment le cas de résultats pouvant infirmer un diagnostic précédent découverts lors d'enquêtes de séroprévalence.

Les enquêtes de séroprévalence constituent une autre forme de surveillance réalisée en population que le suivi des cas contacts ou la SBC (qui visent davantage à repérer des cas individuels suspectés porteurs de MPE afin de détecter l'occurrence d'une épidémie, ou de rompre une chaîne de transmission), puisque leur objectif est de renseigner la prévalence d'une pathologie au sein d'une population¹⁰⁹. Elles sont souvent conduites en contexte de recherche, et ne reposent pas sur l'implication nécessaire d'acteurs communautaires, contrairement à la SBC. Dans le cas des virus émergents et ré-émergents, ces enquêtes de séroprévalence peuvent parfois aboutir à des résultats sensibles, en partie liés aux incertitudes scientifiques et aux errances diagnostiques à leur égard. La communication de ces résultats est souvent abordée sous l'angle collectif, et moins le cadre individuel, puisque les dispositions des enquêtes ne permettent pas toujours de recontacter les participants, et donc de leur fournir leurs résultats. Cet aspect peut néanmoins poser des questions quand les résultats obtenus présentent des informations qui peuvent être pertinentes à communiquer aux personnes concernées.

Après la première épidémie d'Ebola, des projets de surveillance multidisciplinaires ont été conduits auprès des personnes ayant survécu ainsi que de leurs proches. Ces enquêtes avaient pour objectif de renseigner le vécu de ces personnes pendant et après la maladie, leurs séquelles physiques, et une éventuelle persistance du virus (Etard et al., 2017). C'est dans ce cadre qu'elles ont été soumises à un test sérologique. Les résultats de ces analyses, qui ont été disponibles plus de deux ans après la fin de l'épidémie, indiquaient pour certains une contradiction apparente entre le statut officiel de ces personnes et leurs résultats sérologiques. Ces situations ont entraîné des discussions au sein des équipes en charge de ces projets à propos de l'annonce de ces résultats aux personnes concernées. Par la suite, une enquête d'opinion a été réalisée dans le cadre de cette thèse, et 24 personnes ont été sollicitées en raison de leur expertise à propos d'Ebola, de l'éthique médicale et de l'éthique de la recherche, ou de la recherche médicale, afin de recueillir leur avis quant à ces annonces.

Au printemps 2020, alors que la pandémie de Covid-19 commençait à s'installer dans le monde, ce questionnement a été élargi aux tests sérologiques qui allaient être réalisés dans le contexte de ce nouveau virus, et à leurs implications en termes d'annonce. Il était recommandé à l'échelle mondiale de recourir à de telles enquêtes pour estimer plus finement la propagation du virus (Winter & Hegde, 2020), et encore davantage dans les pays d'Afrique subsaharienne où les capacités limitées de diagnostics laboratoires pouvaient induire une sous-détection et une sous-notification des cas, et donc une prévalence peu élevée qui ne reflétait pas nécessairement la circulation réelle du virus (Etard et

¹⁰⁹ La séroprévalence est calculée sur le nombre de personnes testées présentant un résultat sérologique positif aux anticorps de la pathologie concernée. Elle se distingue en cela de la prévalence qui est calculée sur le nombre de cas notifiés.

al., 2020). Dans ce contexte, l'enquête initiale sur les résultats de tests relatifs à la MVE a été élargie à la question des résultats biologiques liés au SARS-Cov-2, ce qui semblait d'autant plus nécessaire que les feuilles de route élaborées par l'OMS et l'Africa CDC ne mentionnaient pas la gestion de l'annonce des résultats de séroprévalence aux personnes participant aux enquêtes (OMS, 2020 ; Africa CDC, 2020). Au cours d'une deuxième enquête d'opinion, les avis de 13 personnes (dont la moitié avaient déjà participé à la première enquête sur la MVE) ont ainsi été recueillis. Il s'agissait d'acteurs de la riposte au Covid-19 ou des patients qui ont été soumis à des tests virologiques.

Plus largement, ces situations invitent à se questionner sur l'annonce des résultats de la surveillance, qu'il s'agisse de résultats de tests virologiques (visant à détecter une infection active) ou de tests sérologiques, qui convoquent la question plus globale de l'annonce des résultats de tests médicaux, dont nous discuterons tout au long de ce chapitre.

9.1 L'éthique de la surveillance de santé publique et de l'annonce de résultats individuels

Pour débiter ce chapitre il convient de présenter d'abord le cadre éthique et légal aux niveaux international et national de l'annonce de résultats de tests de surveillance et de tests médicaux. Nous aborderons ensuite la question des écarts observés ou non entre cette réglementation et les pratiques des professionnels de santé.

9.1.1 *Le cadre éthico-légal des enquêtes de surveillance et de l'annonce de résultats médicaux*

Pour présenter le contexte réglementaire et éthique dans lequel ces enquêtes de séroprévalence ont été réalisées, et avant d'aborder plus en détail les opinions des interlocuteurs quant à l'annonce de leurs résultats, nous allons dans cette première section aborder les principes éthiques qui régissent la surveillance de santé publique et l'annonce de résultats médicaux au niveau international. Nous verrons ensuite la réglementation existante en Guinée, et pour finir les règles de bonne conduite relevées par les professionnels.

a) Les principes de l'éthique de la surveillance et de l'annonce

Depuis la fin du 19^e siècle, la surveillance est progressivement devenue un outil essentiel de la santé publique, au point qu'on parle désormais de surveillance de santé publique (WHO, 2017b). A mesure que son utilisation progresse, ce domaine soulève plusieurs questions éthiques inhérentes à son fonctionnement. C'est en particulier avec la pandémie de VIH/sida que le lien entre la surveillance et les questions éthiques a été mis en avant (Fairchild, 2015), et il y a notamment eu des débats sur le respect de la confidentialité et de l'anonymat des personnes séropositives dans les registres de surveillance (Fairchild et al., 2007). Lors d'autres épidémies, comme celle d'Ebola (2013-2016), les questions éthiques ont également été mises en avant, à propos par exemple de la restriction des libertés individuelles induites par les mesures d'isolement évoquées au chapitre précédent, ou encore de la conduite d'essais cliniques et vaccinaux au cours de l'épidémie (Folayan et al., 2016). En 2016, l'OMS a ainsi établi un guide pour la gestion des questions éthiques intervenant lors d'épidémies (WHO, 2016). Avec la pandémie de Covid-19, les liens entre l'éthique, la surveillance, la santé publique et la riposte sont également largement discutés (Chia & Oyeniran, 2020 ; E. Hirsch, 2021 ; Kramer et al., 2020 ; Tréguer, 2021).

Le premier guide international sur les enjeux éthiques de la surveillance de santé publique a été édité par l'OMS en 2017, suite à un travail collaboratif entre experts de diverses disciplines (WHO, 2017b). Les quelques guides éthiques qui existaient auparavant ne portaient que sur des pathologies spécifiques, alors que celui-ci entend questionner plus généralement la surveillance et ses enjeux éthiques. Les auteurs y dressent une série de lignes de conduite (*guidelines*). Elles sont présentées dans l'annexe 8 à propos de diverses questions relatives à l'exercice de la surveillance.

Dans ce chapitre nous discutons de résultats de tests de surveillance (qu'ils soient virologiques ou sérologiques) qui sont en partie réalisés dans le cadre de recherches scientifiques, car une part importante de la surveillance de santé publique se réalise en contexte de recherche aujourd'hui. Le lien entre surveillance et recherche implique que la réalisation d'enquêtes de surveillance devrait être soumise au respect des règles éthiques appliquées à l'ensemble des disciplines de recherche. Mais ce positionnement ne fait pas consensus, et depuis le début des années 2000 il y a des débats sur la nécessité de recueillir ou non le consentement des participants lorsque la recherche est menée pour le bien collectif (L. M. Lee et al., 2012). C'est notamment le cas des enquêtes de surveillance menées lors d'épidémies.

Au-delà des questions éthiques relatives aux résultats de surveillance, nous pouvons nous questionner sur les enjeux éthiques de l'annonce médicale de manière plus globale. En médecine, la communication entre le patient et le praticien est reconnue comme étant particulièrement importante au moment de l'annonce du diagnostic qui constitue « *un temps essentiel dans la démarche clinique* », et qui « *engendre un destin et transforme l'identité* » de la personne qui le reçoit (Danion-Grilliat, 2011 : 558). La question de l'annonce a notamment été étudiée à propos du VIH/sida, une pathologie pouvant entraîner des risques importants de stigmatisation et engager le pronostic vital du patient en l'absence de traitement. Ainsi, au Burkina Faso et au Sénégal, des anthropologues ont documenté les difficultés que rencontrent certains soignants vis-à-vis de l'annonce aux enfants ou jeunes adultes porteurs de cette pathologie (Desclaux & Alfieri, 2013 ; Laborde-Balen et al., 2021). Certains praticiens font notamment face à un dilemme éthique lorsque les parents refusent que les enfants soient informés, ces derniers ayant été infectés suite à une transmission de la mère à l'enfant (Laborde-Balen et al., 2021). Ailleurs en Afrique de l'Ouest, où les affections de longue durée nécessitent des traitements coûteux souvent à la charge du patient, l'annonce d'un diagnostic de drépanocytose ou d'un cancer pédiatrique ont également été décrites comme étant difficiles pour les médecins (Bonnet, 2001 ; Kane & Guindo, 2021). Dans ces cas particulièrement complexes, comme dans tous diagnostics, il est ainsi reconnu que le praticien doit faire des efforts de communication car « *il ne peut y avoir pour autant d'annonce à tout prix et dans n'importe quelle condition* » (Danion-Grilliat, 2011 : 558). Il est ainsi recommandé que les médecins soient formés à l'annonce médicale (Brocq, 2008).

A propos des situations d'annonce de diagnostic contradictoire (c'est-à-dire d'un diagnostic qui vient contredire un premier diagnostic médical) il a également été démontré que l'annonce pouvait avoir un effet négatif sur les patients, y compris lorsque celle-ci est supposée être positive. En 2001, au Royaume-Uni un homme s'est par exemple donné la mort après avoir appris qu'il n'avait pas de cancer, ce qui venait contredire un diagnostic antérieur (Brokes, 2001). Aux Etats-Unis, des troubles psychologiques importants ont été relevés chez des femmes ayant appris qu'elles n'étaient en réalité pas porteuses du cancer du sein (Brewer et al., 2007), et des personnes faussement diagnostiquées positives au VIH/sida qui ont été informées de leur séronégativité (Bhattacharya et al., 2008).

Avec la remise en question du paternalisme médical initiée depuis les années 1960 (en parallèle des différents mouvements en faveur des droits humains), la question du droit de la personne à connaître

ses informations médicales est devenue essentielle, et elle a parfois été portée par les patients eux-mêmes (Fairchild, 2015). En France, la loi du 4 mars 2002 enjoint ainsi les médecins à toujours informer le patient, à qui on reconnaît le droit d'avoir accès à tous les éléments de son dossier médical (Brocq, 2008). En vertu du principe de l'éthique biomédicale de l'autonomie du patient, il est donc généralement admis que celui-ci est en droit de recevoir son diagnostic, ou n'importe quelle autre information médicale qui le concerne. Néanmoins, comme nous venons de l'évoquer certains diagnostics peuvent avoir de graves conséquences sur le patient concerné, et si l'annonce doit toujours être accompagnée d'un certain soutien, il est parfois aussi souhaitable qu'elle n'ait pas lieu. Avant que les traitements antirétroviraux ne soient disponibles en Afrique - ils ont été introduits à partir de 2004 mais leur accès n'est pas encore généralisé - l'annonce de ce diagnostic ne faisait par exemple pas toujours consensus, puisqu'il n'était pas toujours possible de présenter une issue favorable aux patients, et ce malgré les implications d'une telle pathologie sur le plan de la santé publique (Adamou et al., 2022).

Le guide de l'OMS mentionné plus haut (WHO, 2017b), ne propose pas de conduite à tenir lors de situations comme celle que nous allons décrire à propos des enquêtes sérologiques réalisées après l'épidémie d'Ebola, qui ont induit des résultats contradictoires et dont le choix d'annonce apparaît devoir être discuté. Il préconise toutefois que certaines situations pouvant engendrer une forme de nuisance ne fassent pas toujours l'objet d'une annonce, et que dans de tels cas la décision d'annoncer ou non soit prise selon des considérations éthiques et matérielles, à propos notamment :

- De la faisabilité de l'annonce (selon les modalités de l'enquête il n'est pas toujours possible de recontacter les participants, par exemple)
- Des actions pouvant être entreprises pour venir en aide à la personne (en termes de traitement disponible notamment)
- Et des bénéfices potentiels pour le participant (WHO, 2017 : 42).

Ce sont ces indications qui ont conduit à réalisation de la première enquête d'opinion entre fin 2019 et début 2020, et aux résultats que nous présenterons dans la deuxième partie de ce chapitre.

b) Le cadre réglementaire guinéen

La pratique médicale, et la conduite de recherches de santé publique sont régencés par différents textes de lois en Guinée. C'est sous le régime de Lansana Conté que le pays s'est doté d'instances régulatrices dans ce domaine, et l'Ordre national des médecins a notamment été créé en octobre 1990, suivi par l'Ordre national des pharmaciens, et l'Ordre national des sage-femmes (devenu depuis peu l'Ordre national des sage-femmes et maïeuticiens). Le CNERS a par ailleurs été créé par décret le 29 octobre 1998, avec pour mission d'évaluer les protocoles de recherches souhaitant être conduites dans le domaine de la santé en Guinée. Il est également chargé de veiller au respect des protocoles validés lorsque les recherches sont en cours.

Le pays s'est doté d'un Code de déontologie médicale en décembre 1996 (Primaire République de Guinée, 1996). Il présente divers articles à propos des devoirs généraux des médecins, tels que les articles suivants :

- ❖ Article 2 : Le Médecin au service de l'individu et de la Santé publique exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de la dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

- ❖ Article 3 : Le Médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité, de dévouement indispensables à l'exercice de la profession.
- ❖ Article 4 : Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout Médecin dans les conditions établies par la Loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du Médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Il prévoit également une série de dispositions visant à fixer les devoirs des médecins envers les patients, à travers les articles ci-dessous :

- ❖ Article 31 : Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le Médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données actuelles de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.
- ❖ Article 32 : Le Médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et s'il y a lieu de concours appropriés.
- ❖ Article 33 : Le Médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution.
- ❖ Article 34 : Le Médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour les raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un pronostic grave, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose un tiers à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception où le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

Le Code de déontologie médicale prévoit donc que certains diagnostics ne soient pas communiqués au patient concerné, en raison de leur gravité. Notons que c'est l'Ordre national des médecins qui est chargé de veiller au respect des dispositions du Code de déontologie médicale.

Quelques mois après la parution de ce premier Code, c'est le Code de la santé publique qui a vu le jour en juin 1997 (Primature République de Guinée, 1997). Plusieurs articles de ce Code concernent la recherche médicale, et préconisent notamment que :

- ❖ Article 237 : Toute recherche impliquant des sujets humains doit être exécutée en conformité avec les principes essentiels d'éthique : Le principe du respect de la personne ; Le principe de bienfaisance sous ses deux aspects : éviter de nuire et promouvoir un bien ; Le principe de Justice ; Le principe de la qualité de la recherche.
- ❖ Article 239 : Le principe de bienfaisance implique : L'évaluation des avantages escomptés et des risques possibles de la recherche ; L'obligation de maximiser les avantages éventuels en minimisant les possibilités de nuisance ou la préservation des sujets étudiés de tout mal évitable lié au sujet.

Plusieurs articles portent également sur la communication des résultats de recherche, et il est indiqué que :

- ❖ Article 278 : Il est formellement interdit de procéder à la divulgation d'informations identifiantes liées à des enquêtes épidémiologiques. Une information est dite identifiante si elle permet d'identifier la ou les personnes ayant fait l'objet de ces enquêtes.
- ❖ Article 279 : Les communautés, les groupes et les individus ayant participé à une enquête doivent être correctement informés des résultats de ces enquêtes. L'information doit tenir compte du niveau d'instruction et de compréhension des communautés concernées. Toutefois, si la connaissance de ces résultats peut avoir des conséquences défavorables pour cette communauté, leur divulgation n'est pas requise.
- ❖ Article 281 : Lorsque, au cours d'une enquête, le chercheur découvre qu'un sujet est atteint d'une maladie ou d'un état pathologique et qu'il ne peut informer le sujet, il est tenu de faire comprendre au sujet que cette absence d'information ne signifie pas qu'il est exempt de la maladie ou de l'état pathologique. Le chercheur doit aviser le sujet des moyens d'obtenir un diagnostic personnel en vue d'un traitement adéquat.
- ❖ Article 286 : Lorsque le chercheur estime que la divulgation d'informations sensibles risque d'exposer un groupe à des critiques ou à un traitement indésirable, il doit faire preuve de retenue dans la communication et l'interprétation de ses conclusions. Une information est dite sensible lorsqu'elle risque d'entraîner pour la personne ou le groupe concerné, une discrimination sociale.
- ❖ Article 288 : Lorsqu'un antagonisme apparaît entre d'une part, l'obligation de ne causer aucun tort, et d'autre part le fait de dire la vérité et de présenter publiquement des conclusions scientifiques, le chercheur doit atténuer ces inconvénients en interprétant les données de manière à protéger les intérêts des personnes à risque sans pour autant nuire à l'intégrité scientifique.

Comme le Code de déontologie médicale, le Code de santé publique évoque la possibilité de ne pas annoncer de résultats présentant une issue défavorable, et ces deux textes indiquent ainsi que toutes les annonces ne sont pas nécessaires. Ces deux textes officiels encadrent encore aujourd'hui la pratique et la recherche médicales en Guinée. En novembre dernier un atelier a réuni divers acteurs du système sanitaire en vue de réviser le Code la santé publique (Chérif, 2021), mais le nouveau Code n'a pas encore vu le jour.

Plus récemment, les autorités ont édité un Code de conduite de l'Agent public en juin 2020, qui prévoit une série de règles devant être respectées par tous les agents publics (dont des acteurs du système sanitaire, donc) en vue de les encourager à « *intégrer les normes minimales de comportements individuels et professionnels nécessaires pour servir l'intérêt général, maintenir la confiance du public envers l'Administration et combattre la bureaucratie et la corruption* » (Assemblée Nationale République de Guinée, 2020). L'Article 5 du Code indique notamment que : « *L'éthique se traduit pour l'agent public par l'adoption et la pratique dans l'exercice de ses activités professionnelles, des valeurs et du code moral en lien avec le sens de la responsabilité, de l'honnêteté, de la probité, de l'intégrité, de la loyauté, de la dignité, de l'impartialité et de l'équité* ». Le Code de conduite de l'Agent public prévoyait la création d'une instance de régulation, l'Observatoire du Code d'Ethique Professionnelle des Agents Publics, qui a officiellement été créée par décret le 31 mai 2022.

On peut noter que du côté de l'ANSS il ne semble pas y avoir de réglementation spécifique en termes d'éthique, du moins cette documentation n'est ni mentionnée, ni accessible sur le site internet de l'Agence. Soulignons également que si l'Ordre national des médecins existe, il est difficile de savoir si les patients peuvent s'y référer facilement en cas de problème. Lorsque les affaires sont d'ordre public

et qu'elles investissent le domaine médiatique, l'Ordre national des médecins prend parfois position¹¹⁰.

c) L'importance de la communication soulignée par les professionnels et les patients

Les personnes rencontrées lors de ces deux enquêtes ont décrit certains principes, ou règles de conduite professionnelles, qui régissent l'annonce médicale en Guinée. Les praticiens ont insisté sur le fait que le médecin devait fournir un effort de communication, qu'importe la nature du résultat ou du diagnostic, afin que le patient puisse comprendre ce qui l'affecte, comme le recommande le Code de déontologie médicale. Cet effort est une qualité essentielle du praticien, et nécessite une certaine « technique », comme le souligne Lamine :

« On s'adresse à un homme de métier à cause de ses connaissances. Vous allez chez le tailleur parce qu'il sait prendre les mesures, il sait rectifier les lignes. Vous allez chez le maçon parce que vous savez que ses briques il va les poser de manière correcte. Vous allez chez le dentiste parce que vous savez qu'il va faire du bon boulot, il va vous faire sentir le moins la douleur. Vous allez chez votre médecin parce que vous savez qu'il va vous donner la bonne information sur votre état de santé. Alors cette bonne information c'est à lui de trouver la technique pour faire passer son message. C'est fondamental dans la formation du médecin » (Entretien avec Lamine, pharmacien).

Pour certains interlocuteurs la bonne communication est nécessaire à la compréhension du patient, et donc à l'acceptation de son diagnostic. Elle est également considérée comme un élément essentiel pour qu'une relation de confiance s'instaure entre le praticien et le patient, ce qui est d'autant plus nécessaire pour certains en raison du contexte de défiance généralisée vis-à-vis du milieu médical (Somparé, 2020), comme nous l'avons déjà évoqué à propos des épidémies.

La question de la bonne communication du médecin est érigée en principe, ou règle de conduite, par les professionnels de santé interrogés, mais elle a également été relevée par les interlocuteurs non-professionnels de santé, qui ont aussi insisté sur la corrélation entre communication et confiance. Kolou, note par exemple : « Ici en Guinée, généralement les gens n'ont pas tellement confiance au médecin. Parce que y a certains médecins quand ils te disent qu'il y a tel problème, y a d'autres maintenant qui te disent que les médecins sont là seulement pour l'argent » (Entretien avec Kolou, diplômée sans emploi guérite de la MVE).

9.1.2 Un aperçu des pratiques de l'annonce de tests médicaux en Guinée

Des écarts pouvant avoir lieu entre les réglementations et leur mise en œuvre, nous aborderons dans cette section la question des pratiques observées par les interlocuteurs à propos de l'annonce de résultats de tests médicaux. Au-delà de la question des résultats de la surveillance, c'est davantage celle de l'annonce d'un diagnostic médical qui a été discutée étant donné qu'il était plus facile pour eux d'évoquer des expériences à ce sujet. Selon leurs statuts, ces personnes ont partagé leurs expériences en tant que professionnels de santé ou de patients, ce qui permet d'avoir une certaine diversité dans les réponses. Néanmoins, cet échantillon de personnes étant relativement restreint, et toutes résidant à Conakry, les lignes qui vont suivre n'ont pas la prétention à être

¹¹⁰ Cela est notamment arrivé en fin d'année 2021, suite au viol d'une jeune patiente par plusieurs médecins au sein d'une clinique de Conakry non reconnue par l'Etat, et à la suite duquel la jeune femme a succombé à ses blessures. Alors que le drame faisait le tour des réseaux sociaux et des médias guinéens, l'Ordre national des médecins a officiellement radié les praticiens inculpés (RFI, 2021).

représentatives des pratiques d'annonce médicale dans tout le pays, et cela mériterait une enquête ethnographique approfondie. Leurs réponses permettent toutefois de présenter quelques généralités sur le sujet.

a) Des pratiques qui varient selon les pathologies

En premier lieu, il apparaît selon ces différents témoignages que lorsqu'il s'agit d'un diagnostic médical, c'est au médecin que revient l'acte d'annoncer, et les infirmiers et autres professionnels sous sa responsabilité ne sont pas supposés partager de telles informations. Néanmoins, Wido (infirmière dans un grand hôpital de Conakry) souligne que cette règle est adaptable selon les situations et la nature de la pathologie : « *C'est le médecin qui annonce le diagnostic. Mais les simples examens-là, comme le test du paludisme, je peux annoncer ça. Je peux dire : "Ton enfant a beaucoup de palu", à travers le résultat, et je n'ai pas besoin d'attendre le médecin* » (Entretien avec Wido, infirmière guérie d'Ebola). Elle ajoute que le fait de ne pas attendre le médecin pour annoncer un diagnostic assez banal permet également de traiter au plus vite les patients concernés, notamment lorsqu'ils présentent des symptômes assez sévères. Il y a ainsi une sorte de hiérarchie implicitement établie selon la nature de la pathologie et sa gravité qui détermine les pratiques d'annonce. Les praticiens ont également souligné que certaines annonces de diagnostic étaient plus délicates que d'autres, notamment à propos du VIH/sida, qui a une importante charge symbolique et nécessite un traitement à vie.

b) Un manque de formation dans certaines disciplines

Certains praticiens ont mis en avant le fait que la formation des médecins et autres professionnels de santé était encore insuffisante à propos de l'importance de la communication et de l'annonce médicale en Guinée. Cela a été relevé par les plus jeunes, comme les plus âgés, à propos surtout de la médecine générale et de certaines disciplines. Des formations concernent toutefois certaines spécialités, en particulier l'infectiologie et la dermatologie (en raison de leur lien avec le VIH/sida), ainsi que l'oncologie, une discipline où l'annonce aux patients a également été présentée comme difficile, en particulier lorsque le cancer diagnostiqué est à un stade avancé.

La pandémie de VIH/sida semble effectivement avoir initié des questionnements à propos de l'annonce de la pathologie aux patients, et c'est avec cette épidémie « *que l'annonce a été vraiment structurée en Guinée* », selon Thierno (un médecin sénior). Les méthodes et pratiques d'annonce ont évolué avec l'introduction progressive du « *counseling* » qui vise à faciliter l'annonce et l'adhésion du patient à son diagnostic, au travers d'un accompagnement de ce dernier avant le test (sensibilisations effectuées en amont pour le préparer au diagnostic lors du *counseling pre-test*) et après le test (donner aux patients divers conseils pour l'encourager à accepter le diagnostic, en lui présentant notamment les voies thérapeutiques).

c) Des défaillances en matière d'annonce

Si les interlocuteurs, patients comme professionnels de santé, ont souligné l'importance de la communication dans la relation de soins, ils ont aussi évoqué que cela n'était pas toujours respecté en pratique et qu'il y avait fréquemment des défaillances à ce propos. Selon certains, il est fréquent que les médecins n'expliquent pas aux patients la nature des tests qu'ils leur demandent d'effectuer, ou le diagnostic clinique qu'ils établissent :

« En Guinée, les médecins que j'ai côtoyés, ils ne disent pas tout et ils ne disent presque même rien au patient. Moi-même j'ai eu à faire à beaucoup de situations comme ça. Que ce soit pour moi, que ce soit pour mon épouse [...] Beaucoup de gens qui sont malades, qui prennent les médicaments, sauf peut-être pour une maladie chronique, mais qui ne savent pas de quoi ils ont été malades, de quoi on les a traités, et donc ils prennent les médicaments comme ça. Ça c'est très dommage mais c'est la réalité » (Entretien avec Amadou, épidémiologiste).

Ces défauts de communication peuvent également intervenir lors de recherches de santé publique, et Kolou, diplômée sans emploi et guérie d'une infection à la MVE contractée pendant la première épidémie, a partagé une expérience à ce sujet. En 2015, alors qu'elle participait à un essai clinique mené pendant l'épidémie, elle a été soumise à des tests sanguins. Les résultats lui ont été remis dans une enveloppe par un infirmier, sans explication de la part de ce dernier. De retour chez elle, elle comprend que les résultats indiquent qu'elle est porteuse du virus de l'Hépatite C, ce qui lui a été confirmée ensuite par un ami étudiant en médecine. Elle souligne avoir eu très peur, et aurait souhaité un accompagnement : *« Avant de donner le résultat à une personne il faut lui expliquer, même si la maladie est grave, tu peux lui expliquer » (Entretien avec Kolou, diplômée sans emploi guérie de la MVE).* Elle a finalement refait deux tests consécutifs suite à ce premier résultat, qui ont fort heureusement infirmé ce premier diagnostic. Mais cela ne l'empêche pas de se souvenir avec une certaine amertume de cette absence d'annonce qui l'avait fortement angoissée.

Selon certains interlocuteurs, ce manque de communication de la part des médecins ou des autres professionnels de santé, témoigne d'un certain désintérêt vis-à-vis de leurs patients, ou du fait qu'ils sous-estiment leurs capacités à comprendre : *« Je pense que le patient n'est pas forcément, pas vraiment au centre de leurs préoccupations. Je peux dire que y a beaucoup de médecins qui sont imbus d'eux, ils se disent qu'ils sont médecins donc c'est eux qui savent, mais que le patient ne va pas comprendre » (Entretien avec Ousmane, médecin).* Cela s'inscrit dans la scission symbolique, que nous avons déjà évoquée, entre les « intellectuels » d'une part, et les « analphabètes » d'autre part, une division qui établit des rapports hiérarchiques et inégalitaires entre ces derniers.

A propos des défaillances en matière d'annonce, certains enquêtés ont souligné qu'il y avait également des irrégularités quant au respect des règles de la déontologie médicale, et que le secret médical n'était pas toujours respecté par les équipes soignantes : *« Il y a des docteurs qui ne gardent pas le secret. Eh ! Ils ne gardent pas le secret. Ma voisine, elle a fait un avortement. Nous on a su car c'est le docteur même qui a fait, qui a gâté le nom de la fille-là après » (Entretien avec Lansana, commerçant ambulancier guéri de la MVE).*

d) L'exemple des résultats des tests virologiques du SARS-Cov-2

Pour illustrer les difficultés relatives à l'annonce de résultats de tests médicaux, certains interlocuteurs ont parlé de leurs expériences lors des premiers mois de l'épidémie (entre avril et juin 2020) quant aux tests virologiques visant à diagnostiquer une infection au SARS-Cov-2. Ils ont souligné certaines difficultés liées aux résultats des tests de diagnostic virologique à cette période, parmi d'autres doléances vis-à-vis de la riposte à l'épidémie.

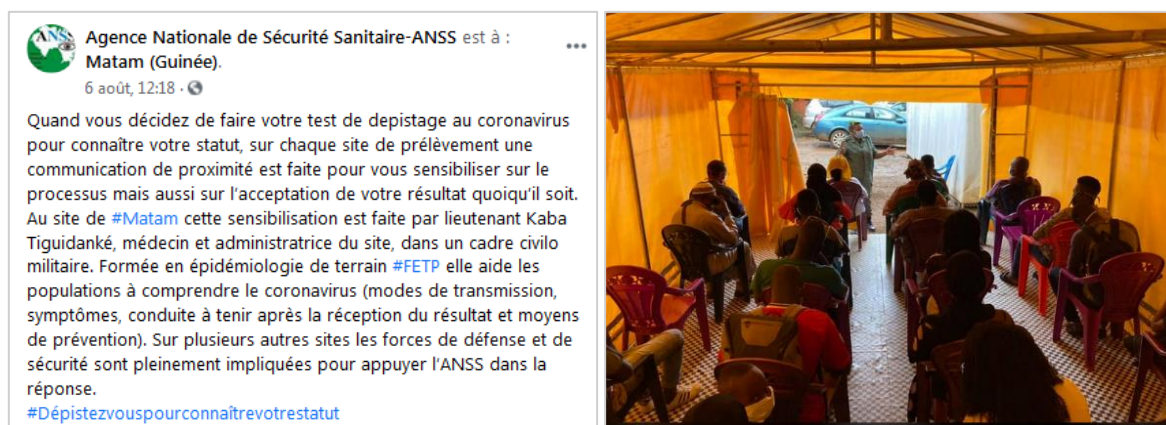
La question de l'annonce des résultats virologiques a parfois entravé le bon déroulement de la riposte au Covid-19. Fodé, un chauffeur testé positif au mois de juin 2020, a par exemple souligné qu'il n'avait jamais été officiellement informé du résultat de son premier test virologique, mais que ressentant les symptômes il s'était finalement rendu au CT-EPI quatre jours après son test, où l'équipe avait décidé

de le garder. A une période où les services de diagnostic et de prise en charge étaient surchargés¹¹¹ la situation de Fodé n'était pas isolée, et alors que les personnes testées négatives recevaient en principe un SMS, les personnes positives étaient parfois informées avec beaucoup de retard. Certains interlocuteurs ont également témoigné de difficultés quant à l'annonce des résultats des tests de contrôle des patients confirmés et hospitalisés.

Cette question du retard de rendu des résultats n'est pas anodine et elle s'est invitée dans le débat public. Il était fréquent que des internautes se plaignent sur la page Facebook de l'ANSS à ce propos, et cela alimentait des rumeurs sur la propagation intentionnelle de l'épidémie par les autorités (au profit du « Covid-Business », en écho aux représentations sur « l'Ebola-Business »), comme le soulignait Fodé : « *Mais si ceux qui sont négatifs sont tout de suite informés et ceux qui sont positifs ça prend du temps, tu vois ce que ça fait. On se dit que c'est un peu malin et que c'est pour que la maladie soit propagée, tu vois un peu. On se calcule comme ça quoi* ».

Les expériences rapportées par ces interlocuteurs ont eu lieu durant les premiers mois de la riposte à l'épidémie, et il semble que la situation du rendu des résultats ait ensuite connu des améliorations. D'après les informations relayées par l'ANSS, des acteurs ont notamment été déployés sur certains lieux de dépistage pour réaliser des sensibilisations, comme dans celui de Matam à Conakry (figure 47).

Figure 47 : Capture d'écran d'une publication de l'ANSS sur Facebook à propos des sensibilisations sur les lieux de dépistage, 6 août 2020



L'introduction de ces assistants, dont le rôle est de conseiller les personnes avant et après qu'elles soient testées (probablement sur le modèle du *counseling* initié avec le VIH/sida), illustre la volonté des institutions sanitaires d'améliorer les conditions de rendu des résultats. C'est probablement le signe qu'elles étaient conscientes des difficultés présentées par les interlocuteurs, ce qui souligne une certaine capacité de réflexivité de la riposte. En mai 2020 le Conseil scientifique avait demandé à ce que le rendu des résultats soit optimisé, en indiquant que le problème ne venait visiblement pas des laboratoires, mais de l'ANSS qui était en charge du partage des résultats (Médiaguinée, 2020).

¹¹¹ Cette hausse du nombre de cas a en grande partie été liée à l'isolement de Conakry décrété le 26 mars 2020 par les autorités. Cette mesure enjoignait toute personne souhaitant se déplacer à l'intérieur du pays à présenter un test négatif aux barrages de contrôle routiers, ce qui a augmenté le nombre de tests réalisés, et donc le nombre de cas positifs.

Au-delà de l'annonce de diagnostic ou de résultats médicaux de manière générale, les avis des interlocuteurs ont été recueillis quant aux modalités d'annonce des résultats aux participants aux enquêtes de séroprévalence réalisées dans le cadre de la riposte à la première épidémie de MVE et de la lutte contre le Covid-19, comme nous allons le voir dans la prochaine partie.

9.2 La question de l'annonce des résultats d'enquêtes de surveillance

Le guide éthique de l'OMS n'est pas précis à propos du partage des résultats obtenus dans le cadre de la surveillance de santé publique, et la ligne de conduite 13 indique seulement : « *Les résultats de la surveillance doivent être efficacement communiqués aux publics cibles concernés* ». Le rendu de ces résultats aux personnes qui sont soumises aux interventions de surveillance ne paraît donc pas obligatoire, puisque cela n'est pas précisé, et que bien souvent les enquêtes de surveillance (qu'elles soient réalisées en contexte de recherche scientifique ou non) sont anonymisées, ce qui rend plus complexe le rendu des résultats aux participants.

A travers deux enquêtes menées autour de l'annonce des résultats d'enquêtes de séroprévalence dans le cadre de la première épidémie d'Ebola, et du Covid-19, nous discuterons dans cette deuxième partie du partage de résultats individuels pouvant apparaître complexes, ou contredisant un diagnostic posé antérieurement. Ces deux enquêtes ont été menées sur des virus émergents sur lesquelles les connaissances scientifiques ne sont pas stabilisées, ce qui a très certainement favorisé la survenue de ces situations, et qui pourrait ainsi également arriver lors de futures épidémies.

9.2.1 Des débats sur l'annonce de résultats sérologiques d'Ebola

Dans la première partie de ce chapitre nous avons vu que la question de l'annonce d'un diagnostic médical peut s'avérer difficile selon la nature de la pathologie, y compris lorsque celui-ci apparaît contradictoire avec le vécu du patient ou un premier diagnostic médical. Dans cette première section nous allons présenter les avis des 24 interlocuteurs interrogés à propos de la survenue de résultats contradictoires auprès de participants à deux cohortes de recherche à propos de tests sérologiques d'Ebola. Nous donnerons d'abord des éléments de contextes sur ces deux études et leurs résultats, puis les avis des interlocuteurs à propos de leur annonce aux personnes concernées.

a) *L'enquête auprès des « guéris d'Ebola » séronégatifs*

La première enquête qui fait l'objet de ce chapitre a été menée suite à une première étude réalisée dans le cadre du projet PostEboGui en 2018-. Ce projet de recherche pluridisciplinaire visait à documenter les séquelles des personnes ayant survécu à une infection à la MVE lors de la première épidémie en Guinée, que ces séquelles soient socio-économiques, physiques, biologiques ou encore psychologiques. Les équipes du projet ont ainsi accueilli 802 « *survivants* » et « *guéris* » - d'après les expressions couramment employées pour désigner ces personnes en Guinée - sur les 1270 personnes officiellement déclarées guéries en Guinée (Migliani, Keïta, Diallo, Mesfin, et al., 2016). Le projet PostEboGui a fonctionné sur quatre sites, dont deux en région maritime (Conakry et Forécariah) et deux en région forestière (N'Zérékoré et Macenta), et un grand nombre de participants a été suivi pendant près de quatre ans.

Au début de l'année 2018, les analyses sérologiques réalisés auprès des survivants inclus dans la cohorte ont démontré que certains d'entre eux étaient séronégatifs, ou que leurs résultats

sérologiques étaient indéterminés (avec une forte probabilité qu'ils étaient également négatifs). Sur l'ensemble des patients, 68 personnes figuraient dans cette liste, dont 56 étaient séronégatives et 12 avaient un résultat indéterminé. Ces résultats signifiaient, pour les virologues et infectiologues du projet, que ces survivants n'avaient en réalité jamais contracté le virus, leurs résultats sérologiques étant bien inférieurs à ceux des autres patients de la cohorte, et bien en dessous du seuil - ou *cut-off* - délimité pour le test. L'hypothèse qu'ils aient pu perdre les traces de l'infection n'était pas envisageable, tant leurs résultats sérologiques étaient minimales dès l'inclusion dans le projet (qui concordait souvent à peu près avec la sortie du CTE), et alors qu'il était connu que les survivants développaient des anticorps au moins jusqu'à six mois après leur sortie du CTE (Gunn et al., 2020). Pour l'équipe du projet il s'agissait ainsi probablement de « faux-positifs ».

➤ *Une première enquête exploratoire en 2018*

Afin de comprendre qu'elles étaient les raisons pouvant expliquer la présence de ces patients dans la cohorte, l'équipe de sciences sociales a été mobilisée et a mené des entretiens auprès de 32 de ces patients (près de la moitié des personnes inscrites sur la liste des « faux-positifs » étaient alors perdues de vue), sur les quatre sites du projet. Lors des entretiens, ces personnes ont été invitées à faire le récit de leur maladie (des circonstances de la contamination, au séjour en CTE, jusqu'aux diverses conséquences que cette expérience a pu entraîner), ainsi que sur d'autres sujets moins en lien avec l'objectif de l'enquête (telles que leurs perceptions sur l'origine de la MVE et de l'épidémie). En parallèle, un travail a été mené sur les différents certificats de guérison qui étaient fournis aux personnes sortant des centres de prise en charge, ainsi que sur les pratiques de tests laboratoires, afin de documenter les éventuelles brèches ayant pu conduire à des erreurs.

Les récits des 32 personnes rencontrées lors de cette enquête exploratoire concordaient bien souvent avec les expériences générales des survivants de l'épidémie (Desclaux & Barranca, 2020), une population qui avait fait l'objet de diverses enquêtes multidisciplinaires et dont les différentes séquelles étaient ainsi documentées.

➤ *Les expériences difficiles des personnes guéries*

Sur le plan physique et biologique, pour commencer, les personnes déclarées guéries de la MVE présentaient fréquemment des symptômes survenus après l'infection. La plupart souffraient d'affections courantes et de symptômes généraux - tels que des accès de fatigue, de fièvre et d'anorexie, ainsi que des problèmes musculo-squelettiques. Certains présentaient également des problèmes ophtalmologiques ou oculaires, plus ou moins handicapants (A. Diallo et al., 2018 ; Etard et al., 2017). Ces séquelles diminuaient avec le temps, mais pour certains, en particulier les plus âgés, elles persistaient encore quatre ans après la sortie du CTE (M. S. K. Diallo, Toure, et al., 2021).

Sur le plan psychologique et social, l'expérience du séjour au CTE a été traumatique pour un très grand nombre de personnes, ces structures déshumanisant bien souvent les patients en raison de protocoles biosécuritaires stricts les ayant réduits à des « *corps dangereux* » (Gomez-Temesio, 2018 : 739). Un grand nombre de patients inclus dans les CTE ont également angoissé en raison de rumeurs sur les prétendues mauvaises intentions du personnel soignant, et les traitements présumés mortels (Desclaux & Touré, 2018 ; Sams et al., 2019). Cette crainte des CTE a été aggravée par les messages diffusés, en particulier au début de l'épidémie, sur le fait que la maladie n'avait pas de traitement, en référence au fait qu'il n'existait alors pas de traitement antiviral spécifique, et que la prise en charge était symptomatique (Schwerdtle et al., 2017). Ces défauts de communication sur l'absence de

traitement de la maladie ont également renforcé la crainte des populations à l'égard de ces survivants, qui ont ainsi été fortement stigmatisés et discriminés. Au traumatisme du séjour au CTE, s'est donc bien souvent ajoutée une expérience difficile à la sortie de celui-ci. Les survivants ont pour la plupart vu leur situation économique se dégrader, en raison de la perte d'un emploi, d'un proche pourvoyeur de ressources, ou encore d'un déménagement contraint (Delamou et al., 2017 ; Karafillakis et al., 2016 ; Kelly et al., 2019), des expériences difficiles affectant particulièrement les femmes (T. Y. Sylla & Taverne, 2020), et également vécues par les professionnels de santé (S. Sow et al., 2016).

Ainsi, l'expérience des personnes guéries de la première épidémie a été bien souvent difficile et traumatique. A Conakry, 15 % des patients entrevus par les psychiatres et psychologues de l'équipe entre 2015 et 2016 présentaient d'ailleurs des séquelles psychologiques, et des formes de dépression plus ou moins sévères (M. M. Keita et al., 2017). Une petite proportion d'entre eux, avaient également de graves séquelles psychiatriques (trois patients souffraient notamment de stress post-traumatique), une affection qui a également été observée en Sierra Léone (Howlett et al., 2018).

La vulnérabilité et la précarité de ces survivants ont conduit à la mise en place de divers programmes et associations de soutien à leur encontre, qui ont parfois, mais sur un temps délimité, contribué à améliorer leurs conditions de vie (Sow et al., 2016 ; Venables, 2017). Certaines personnes guéries ont également travaillé dans les CTE (Bond et al., 2019 ; Delamou et al., 2017), et parmi les patients séronégatifs rencontrés en 2018, cinq avaient d'ailleurs été embauchés à leur sortie des centres de traitement, dont quatre en qualité de nourrices et un comme agent d'entretien. Trois autres personnes avaient été recrutées par des ONG, et dans le cadre d'un essai vaccinal, pour mener des séances de sensibilisations (Desclaux & Barranca, 2020).

➤ *Des personnes faussement infectées mais affectées*

Comme nous l'avons présenté dans un article co-écrit avec Alice Desclaux en 2020, les récits des personnes séronégatives de la cohorte PostEboGui étaient donc similaires à ceux recueillis auprès d'autres survivants, et ils ont tous mentionné le caractère traumatisant de cette expérience. Nous avons ainsi préféré le terme de « faux-infectés » à celui de « faux-positif », le premier traduisant davantage la dissonance entre leur vécu de la maladie et leurs résultats sérologiques, alors que le second ne renvoie qu'à une erreur de diagnostic biologique (Desclaux & Barranca, 2020).

Cette première enquête a permis d'élaborer certaines hypothèses pouvant expliquer les raisons de cette dissonance¹¹², et au vu de leurs témoignages ces personnes avaient quasiment toutes réalisé un séjour en CTE. Les tests des cas suspects, comme la prise en charge des cas confirmés, étaient effectués dans les CTE. Cela a sans doute entraîné une confusion entre les personnes qui étaient positives et hospitalisées, et celles qui ont finalement été testées négatives et libérées, parfois après plusieurs

¹¹² Une minorité de ces personnes ont peut-être consciemment pris l'identité de « vrais » survivants pour avoir accès au soutien du projet PostEboGui (qui assurait notamment la prise en charge gratuite des problèmes médicaux des participants). Nous savons qu'il y a eu des trafics de certificats de guérison dans cet objectif (plusieurs membres d'une même famille se présentant parfois avec le même, en jouant sur les homonymies - la plupart de ces documents ne renseignant pas d'autres caractéristiques individuelles que le nom et le sexe). Une dizaine de patients concernés par ces résultats et qui étaient perdus de vue au moment de l'enquête, avaient été priés de quitter le projet lorsque les équipes ont décelé ces usurpations. Mais ces usurpateurs ne semblaient pas nombreux parmi les 32 personnes rencontrées, dont la très grande majorité ne semblaient pas émettre de doutes sur leur infection. Il est possible que certains aient été infectés par le virus mais qu'ils n'aient pas développé de réponse immunitaire produisant des anticorps. Il est également probable qu'il y ait eu des erreurs relatives à la procédure de tests (prélèvement, analyse) ou des annonces de statut peu précises.

jours. D'autant que les cas suspects testés négatifs ont souvent reçu des certificats de sortie ou de guérison, leur séjour au CTE les exposant, comme les cas confirmés, à des formes de stigmatisation (Desclaux & Barranca, 2020). Cette confusion a également été aggravée par le fait qu'excepté ces certificats de guérison, ces patients n'ont reçu aucun document ou dossier médical les concernant, ceux-ci ayant été conservés par les organisations en charge des CTE. Une situation qui n'est pas exceptionnelle dans le cadre de la santé globale.

En Sierra Léone, deux enquêtes sérologiques menées auprès de survivants déclarés ont également montré la présence de personnes séronégatives parmi eux (Glynn et al., 2017 ; Halfmann et al., 2019), et les résultats de PostEboGui ne sont donc pas isolés, ce qui indique peut-être aussi que les techniques diagnostiques n'étaient pas optimales lors de l'épidémie, en raison du manque de connaissances scientifiques sur le virus.

Ces résultats sérologiques contradictoires sont délicats, et il a ainsi été décidé que les personnes entendues en entretiens lors de l'enquête de 2018 ne soient pas informées de leur « identité » sérologique. Cette annonce faisant l'objet de questionnements, nous avons décidé de réaliser une deuxième enquête auprès de diverses personnes ayant une expérience relative à Ebola, à l'annonce médicale ou à l'éthique, afin de déterminer s'il était préférable d'annoncer ou non ces résultats aux personnes concernées. Il s'agit de l'objet principal de l'étude présentée ici réalisée lors du premier séjour de terrain de thèse.

b) L'étude auprès des cas contacts séropositifs

En parallèle du projet PostEboGui, un autre programme de recherche s'est intéressé aux personnes qui avaient été en contact avec des cas confirmés d'Ebola pendant l'épidémie mais qui n'avaient pas été testées positives. Il s'agissait du projet ContactEboGui, qui s'est déroulé de mars 2016 à septembre 2017, et qui a permis de réaliser des tests sérologiques sur les échantillons de 1390 personnes répondant aux critères (M. S. K. Diallo et al., 2019). Ces 1390 personnes incluses (qui sont à peu près autant de femmes que d'hommes), ont déclaré avoir été exposées à au moins une personne contaminée entre les mois de mars 2014 et octobre 2015, et la moitié a eu des contacts avec au moins deux cas confirmés (M. S. K. Diallo et al., 2019). Les analyses sérologiques de leurs prélèvements ont révélé que 57 de ces cas contacts étaient séropositifs au virus Ebola. Parmi eux, 29 ont déclaré n'avoir jamais eu de symptômes, et 18 ont été pauci-symptomatiques, c'est-à-dire qu'ils ont développé des symptômes légers, en particulier des céphalées, de la fièvre ou de la fatigue (M. S. K. Diallo et al., 2019).

Des analyses sérologiques similaires menées dans trois districts de Sierra Léone (Kerry Town, Kambia et Bombali) ont également montré que des personnes qui avaient été cas contacts durant l'épidémie avaient une sérologie positive alors qu'elles n'avaient pas été diagnostiquées lors de l'épidémie (Baiden et al., 2019 ; Glynn et al., 2017 ; Halfmann et al., 2019). Dans ces différentes études, certains cas contacts séropositifs avaient été pris en charge en tant que cas suspects dans un CTE, et soumis à un ou des tests, qui ont été négatifs. Il s'agissait ainsi de « faux-négatifs », expression à laquelle nous préférons celle de « faux-indemnes » pour les cas contacts séropositifs de Guinée, puisqu'ils n'ont pas tous été soumis à un test virologique lors de l'épidémie.

La situation de ces cas contacts séropositifs s'oppose donc à celle présentée auparavant puisqu'il s'agit de personnes n'ayant pas été diagnostiquées positives à Ebola mais qui présentent les traces d'une infection antérieure. La présence de ces séropositifs pourtant passés inaperçus avant les analyses sérologiques, a été davantage analysée que celle des faux-infectés. Elle a notamment conduit certains auteurs à remettre en question la fiabilité du suivi des cas contacts lors de cette épidémie d'Ebola,

ainsi que la sensibilité des définitions de cas (Fletcher & Bower, 2019). D'autres analyses ont présenté les défauts de surveillance qui sont intervenus pendant l'épidémie, et un article présente notamment les parcours de personnes n'ayant pas été diagnostiquées positives alors qu'elles l'étaient très probablement (M. Keita et al., 2017).

Les cas contacts séropositifs de ContactEboGui et des autres études ont présenté un tableau clinique peu sévère, ou indétectable, au moment de leur infection, ce qui a rendu leur diagnostic difficile, surtout en l'absence de critères épidémiologiques (Fletcher & Bower, 2019). L'admission des cas suspects en CTE - du moins ceux gérés pas MSF - reposait effectivement sur un diagnostic clinique, et/ou des éléments épidémiologiques démontrant un lien entre le cas suspect et d'autres cas répertoriés (Vogt et al., 2015). Il n'est pas exclu qu'il ait pu également y avoir des erreurs de diagnostic laboratoire, en termes d'interprétation des résultats ou de traçabilité des données par exemple (M. Keita et al., 2017). Au CTE de Donka la proportion des cas suspects (cas contacts ou non, donc) ayant été libérés après un ou deux tests négatif(s) était élevée (65 % des personnes testées) (Ingelbeen et al., 2017). Outre le fait que cela a augmenté la charge de travail des équipes des CTE, il faut souligner que le séjour des cas suspects en CTE les a exposés à des risques de contamination (Ingelbeen et al., 2017), et il est possible que certains faux-indemnes aient été infectés lors de leur séjour dans les centres. La procédure du test au CTE les a également souvent confrontés à des conditions difficiles et à la violence des établissements de prise en charge, certains ayant vu d'autres cas suspects mourir dans la même salle qu'eux (Kelly, 2014).

Notons également qu'au CTE de Wonkifong (à Coyah, en périphérie de Conakry), il était fréquent que les patients confirmés porteurs du virus ne soient pas informés de leurs résultats. Certains ont compris d'eux-mêmes qu'ils avaient Ebola, sans que cela leur ait été formellement expliqué par l'équipe médicale qui les jugeait probablement inaptés à recevoir ces résultats, en particulier les femmes (Gomez-Temesio & Le Marcis, 2017). Cet exemple peut nous éclairer à propos du fait que certaines personnes hospitalisées en CTE pendant l'épidémie, et qui se pensaient ainsi guéries d'Ebola (les CTE étant dédiés à cette pathologie) ont pu présenter une sérologie négative au virus. En l'absence de communication claire, il est probable qu'ils aient été hospitalisés en tant que cas contacts ou cas suspects, et suivis un certain temps bien que non contaminés, tout comme certains ont été hospitalisés et confirmés sans le savoir.

Dans le cadre de ContactEboGui, les personnes concernées ont été informées de leurs résultats. Mais le questionnaire initial (à propos de l'annonce aux personnes séronégatives) a néanmoins été élargi à cette deuxième situation, qui pose également des questions d'ordre éthique. Dans les deux cas, la question de l'annonce de ces résultats n'a pas été abordée dans les divers travaux scientifiques, et elle n'a pas fait l'objet de guides spécifiques de la part des institutions de recherche ou de comités d'éthique. Nous verrons que ces deux situations n'entraînent pas les mêmes débats parmi les interlocuteurs.

c) Des avis divergents sur l'annonce aux personnes faussement infectées par la MVE

La première situation sur laquelle nos interlocuteurs ont été invités à se positionner concernait l'annonce des résultats sérologiques aux personnes faussement infectées par la MVE (des personnes qui pensaient avoir survécu mais qui n'ont pas de traces de l'infection et qui n'auraient donc pas contracté Ebola). Sur ce premier point, comme nous allons le voir, les avis des enquêtés sont plutôt diversifiés.

➤ *De la nécessité d'informer les faux-infectés*

Commençons par présenter les positions et arguments des interlocuteurs en faveur de l'annonce aux personnes faussement infectées. Alors que les personnes peu habituées aux subtilités de la biologie moléculaire et de la virologie ont pu être surprises par de tels résultats, plusieurs médecins et épidémiologistes ont souligné qu'il s'agissait d'une situation normale et compréhensible. Ils ont invoqué le fait que la médecine n'était pas une « *science exacte* », pour reprendre l'expression employée par plusieurs d'entre eux, et que la biologie comportait toujours des marges d'erreur :

« Parce qu'il faut leur faire comprendre que la biologie ce n'est jamais 100 %. Faire comprendre aux gens que la vérité c'est, on ne l'a que du côté de Dieu pratiquement. Le reste c'est des probabilités [...] Ce qu'il faut c'est qu'ils acceptent que cette vérité-là c'est pas une vérité du Coran ou de la Bible. C'est une vérité scientifique qui est relative » (Entretien avec Thierno, médecin).

Thierno ajoutait que l'incertitude de la médecine s'illustrait également dans le fait que parmi la liste des survivants probablement faussement infectés, certains avaient des résultats sérologiques dits « indéterminés », un terme qui souligne bien leur relativité. Pour lui, ces personnes devraient d'ailleurs également être informées : « *Ce n'est pas absolu, il peut arriver un moment où on nuance les choses. Mais dans tous les cas à mon avis si on a des examens indéterminés il faut dire que c'est indéterminé* ». La position de Thierno ne faisait pas consensus parmi les interlocuteurs, mais elle était partagée par ceux qui se prononçaient en faveur de l'annonce aux personnes faussement infectées, que leurs résultats sérologiques soient donc négatifs ou indéterminés.

La majorité des enquêtés en faveur de cette annonce ont invoqué le principe de l'éthique médicale de l'autonomie du patient, selon lequel le patient a le droit de connaître tout ce qui concerne sa santé ; ce qui va de pair avec le devoir du médecin de l'en informer. Ces personnes sont des professionnels de santé et des membres du comité d'éthique, qui ont été, de par leurs fonctions, sensibilisées aux règles de la déontologie et de l'éthique médicales.

Comme les autres personnes interrogées pour cette enquête, ces interlocuteurs ont mis en balance les avantages et inconvénients de l'annonce aux faux-infectés, et pour eux la communication de ces résultats présenterait davantage de bénéfices que de préjudices, même s'ils en ont parfois évoqués. La question des éventuelles plaintes des patients vis-à-vis du système sanitaire ne constitue par exemple pas un obstacle selon eux, puisque la responsabilité de ces erreurs de résultats n'est imputable à personne, et qu'elle serait liée aux difficultés de diagnostic au moment de l'épidémie. Ces interlocuteurs considèrent qu'il serait plus préjudiciable de laisser sciemment ces patients dans l'ignorance de leurs résultats, et ils présument que l'annonce comportera donc plus d'avantages que d'inconvénients aux personnes faussement infectées :

« Si on essaye de faire une analyse avantages-inconvénients, je pense qu'ils ont beaucoup plus d'avantages à connaître qu'ils n'ont jamais eu Ebola [...] Les avantages c'est qu'ils seront réconfortés d'abord, je pense que c'est un grand réconfort. On a dépisté quelqu'un, on lui a dit que c'est Ebola, après il est guéri, il a peut-être des traumatismes, il pense à tout ça et à comment mener sa vie par après. Comment il a fait pour attraper Ebola ? Son entourage n'a peut-être pas contracté Ebola. Il se pose peut-être plein, plein de questions. Et je pense que l'annonce sera peut-être une réponse à beaucoup de ses questions. Et ça c'est un gros avantage parce que ça va lui permettre de vivre sereinement. Après peut-être que ce qui se cachera derrière c'est comment lui il pourra convaincre son entourage qu'il n'a pas eu Ebola. Là c'est peut-être difficile. Mais pour lui personnellement ça va être un ouf de soulagement » (Entretien avec Amadou, épidémiologiste).

Cette annonce pourrait donc permettre de rendre plus sereines les personnes concernées, et mettre un terme à leurs éventuels questionnements. Certains ont avancé d'autres arguments, et ajoutaient par exemple que ces faux-infectés pourraient être fiers du fait que leur organisme ait résisté à une contamination, alors que la plupart d'entre eux avaient des liens épidémiologiques avérés avec des cas confirmés d'Ebola. Pour d'autres, l'annonce de leur statut séronégatif permettrait à ces personnes de ne plus être victimes de stigmatisation.

Pour ces interlocuteurs, l'annonce de ces résultats contribuerait également à protéger les personnes concernées, celles-ci pouvant s'exposer à des risques en cas de nouvelle épidémie, et certains citent ainsi un autre principe de l'éthique médicale, qu'est la bienfaisance :

« Il faut informer les gens de leur statut parce qu'à mon avis c'est assez important. Si on n'informe pas les gens on leur fait prendre parfois des risques. Et qui peuvent même être, disons, fatals. [...] Parce qu'ils vont se dire qu'ils sont survivants et que probablement ils ont des anticorps et donc ils vont pas prendre les précautions standards de prévention des infections. Et le fait que certains sont revenus travailler dans les CTE à des postes qui les exposaient davantage prouve bien que ce genre d'informations si c'est retenu, si c'est pas donné, ça peut faire courir à ces personnes des risques de contamination. Ce sont des gens qui vont continuer de penser qu'ils ont des anticorps alors qu'ils n'en ont pas. Donc pour moi c'est la bienfaisance là vis-à-vis de ces participants. Donc l'intérêt du patient ou du participant en ce moment prime sur l'intérêt de la recherche. Pour moi en tout cas, éthiquement parlant. Parce que le risque qu'ils courent dans leur situation est plus important que le fait de les maintenir dans la recherche et de ne pas leur dire ce qu'ils ont fait » (Entretien avec Michel, médecin).

Le témoignage de Michel illustre bien la comparaison entre les avantages et préjudices de l'annonce que les enquêtés opèrent. D'autres interlocuteurs en faveur de l'annonce ont également souligné qu'elle pourrait contribuer à protéger davantage ces personnes qui se pensent survivantes de la maladie, et certains conseillaient d'ailleurs de les vacciner contre le virus, puisqu'elles ne l'ont pas été du fait de leur statut de guéris officiels. Nous verrons toutefois plus loin, que les connaissances sur l'immunité des survivants ne sont pas encore complètes, ce qui peut également avoir des implications sur l'annonce.

➤ *Le droit du patient à ne pas savoir*

Certaines personnes interrogées dans cette enquête se sont prononcées contre l'annonce de leurs résultats sérologiques aux présumés survivants ayant une sérologie négative. Il s'agit de toutes les personnes guéries, les arguments présentés par ces interlocuteurs étant justement liés à leur propre expérience de survivants et au traumatisme que tous ont vécu. Pour illustrer cette expérience difficile, certains ont partagé le souvenir de l'annonce de leur statut de cas confirmé lorsqu'ils ont été testés au CTE. Notamment Wido, une infirmière qui a été infectée en soignant un patient, pour qui l'annonce a été un véritable choc qui l'a particulièrement troublée :

« J'étais dans la salle des suspects, parce que je suis venue de moi-même au CTE. J'avais une forte fièvre, on a placé les sérums, c'est passé. Maintenant il y a quelqu'un, un médecin qui était à Donka, un laborantin, on travaillait ensemble. C'est lui qui est venu me voir, il m'a dit : "Wido, le résultat est positif mais on attend de te transférer dans la salle de confirmation". C'est comme ça qu'il m'a informée. Mais jusqu'à là où je suis assise-là, au moment qu'on m'a pris dans la salle des suspects-là pour m'envoyer dans la salle de confirmation, je ne me rappelle pas. Le laborantin m'a dit que c'est moi-même qui ai marché pour aller dans la salle de confirmation, mais ça je ne retiens pas. Je ne peux pas expliquer ça, je ne sais pas comment ça s'est passé après » (Entretien avec Wido, infirmière guérie de la MVE).

Le choc de l'annonce semble avoir été important chez Wido, au point qu'elle a éludé son transfert de la salle des suspects à celle des cas confirmés dans l'enceinte du CTE. Pour les autres survivants qui ne sont pas professionnels de santé, l'annonce de leur statut a parfois été encore plus traumatisante, et elle n'a pas toujours fait l'objet d'accompagnement ou de soutien. Kolou, qui a été testée et confirmée en octobre 2014 après le décès de sa mère, s'est rappelée avoir été « *désespérée* » au moment de l'annonce de son statut. De même, Lansana, qui a été testé positif en août 2014, s'est remémoré un moment particulièrement difficile. Six de ses proches étaient déjà décédés du virus, et l'annonce de son statut lui a fait particulièrement peur car il pensait que le même sort lui serait réservé :

« Ce jour-là, j'étais à Donka ici quand on m'a informé. Bon mon grand-frère était décédé, ma belle-sœur était décédée, au moment où on m'a fait le prélèvement. Maintenant ils m'ont dit que c'est positif [...] Par après j'ai pleuré toute la journée. J'ai fait quatre jours, cinq jours sans manger... Moi déjà j'avais perdu six personnes. Je pensais que la septième personne maintenant c'était moi. Là quand même j'étais troublé tellement que j'ai fait quatre jours je ne mange pas. Même le docteur il a appelé mon grand frère pour lui dire : "Il faut lui dire qu'il n'a qu'à manger"... Quand même moi j'étais troublé, très, très, très troublé » (Entretien avec Lansana, commerçant ambulancier guéri de la MVE).

Ces témoignages permettent de souligner à nouveau l'importance de la bonne communication face aux cas détectés lors d'épidémies (qu'ils soient cas confirmés ou cas contacts).

Le souvenir de l'annonce au CTE est évoqué par ces personnes au même titre que d'autres situations traumatisantes (tel que la perte d'un proche, d'un emploi ou d'un logement) pour justifier le fait de ne pas annoncer leurs résultats sérologiques aux personnes qui pensent être guéries de la MVE et qui n'ont pas de traces de l'infection. Pour eux, l'annonce de ce statut sérologique agirait comme un second traumatisme, puisque cela reviendrait à penser que tous les moments difficiles et les peines qu'ils ont endurés n'auraient pas dû avoir lieu. Lansana, qui a en plus subi une importante forme de rejet social après son séjour au CTE, ajoutait qu'une telle annonce pourrait le rendre agressif : « *Même si c'est un médecin qui me dit ça, wallah [je jure] je vais insulter son papa [...] Plus de cinq ans j'ai fait dans ça, et puis on me dit que c'est pas Ebola, wallah je vais insulter sa maman* ».

Cette phrase de Lansana souligne également le fait que l'annonce de ces résultats arriverait bien longtemps après l'expérience du CTE et de la maladie, ce qui augmenterait - comme l'ont également souligné d'autres enquêtés - les doutes des concernés à l'égard de ces résultats. Pour eux, si ces résultats étaient apparus peu de temps après l'expérience de la maladie il aurait éventuellement été possible de les communiquer, car le temps du traumatisme aurait été réduit, ainsi que la période de construction de l'identité de survivant.

Plusieurs enquêtés ont également souligné la gravité que pourrait avoir cette annonce sur la confiance de ces personnes faussement infectées vis-à-vis de la médecine, celle-ci leur indiquant qu'ils ont été faussement diagnostiqués positifs et qu'il y a donc eu une erreur médicale importante à leur égard. Pour certains, cela pourrait les conduire à ne pas respecter les consignes lors d'éventuelles futures épidémies. Selon M'mah, qui a travaillé en CTE, ces personnes devraient porter plainte contre l'équipe de leur centre de prise en charge, car il est très grave selon elle qu'elles aient été exposées à des risques de contamination : « *Ils doivent même porter plainte parce que vraiment c'est pas bon. Ils étaient couchés avec des malades d'Ebola. Comment ça se fait que les gens-là étaient négatifs et qu'on les laisse avec les malades ? Et ils disent aujourd'hui qu'ils n'ont pas le virus. C'est pas bon* » (Entretien avec M'mah, infirmière guérie de la MVE).

Ainsi, certains interlocuteurs ont tenté de trouver des compromis permettant de concilier les avantages et les inconvénients de l'annonce. Afin de pallier au fait que ces faux-infectés pourraient se penser immunisés face au virus, Kolou proposait par exemple de leur conseiller d'être prudents en cas de nouvelle épidémie, tout en évitant de leur partager leurs résultats : « *Les personnes comme ça on peut les appeler, on leur dit : "Tu as fait la maladie, oui tu es guéri, mais nous on te conseille en cas de nouvelle épidémie d'Ebola, ne t'approche pas parce que ton corps ne peut pas supporter quand tu t'approches". On peut leur donner les conseils comme ça. De toutes les façons, quelqu'un qui a déjà vécu la maladie-là, quand tu lui dis ça, quand elle voit Ebola elle ne va pas s'approcher* » (Entretien avec Kolou, diplômée sans emploi guérie de la MVE). D'autres proposaient de fournir la liste de ces personnes aux autorités compétentes afin qu'elles ne soient pas embauchées dans les CTE ou dans d'autres activités de la riposte en cas de nouvelle épidémie, et éviter ainsi qu'elles soient exposées à des risques.

A l'inverse des discours présentés précédemment à propos du droit du patient à connaître tout ce qui concerne sa santé, ces interlocuteurs ont plutôt avancé des arguments en faveur du droit des patients à ne pas tout savoir si cela est justifié. Ici, il s'agirait de ne rien leur dire pour ne pas leur causer de tort, éviter un nouveau traumatisme qui interviendrait après une expérience difficile de la maladie. Pour eux, les préjudices de l'annonce sont donc plus importants que les avantages, contrairement à ce qui a été avancé par les personnes en faveur du partage des résultats. Sans les nommer, ils invoquent ici les principes éthiques de non-malfaisance au patient et de bienfaisance, l'annonce étant considérée comme la cause d'un traumatisme potentiel.

➤ *Des positions plus nuancées*

La situation des personnes présumées guéries de la MVE mais dont les analyses sérologiques se sont révélées négatives est donc source de discussions parmi les interlocuteurs. Comme nous venons de le voir dans les deux sections précédentes, certains ont des avis assez clairs sur le fait d'annoncer ou non leur statut sérologique aux personnes faussement infectées par la MVE. D'autres ont eu en revanche des positions plus nuancées sur la question, la pertinence de cette annonce pouvant être discutée à plusieurs niveaux et les avantages et préjudices de celle-ci n'étant pas toujours évidents à mesurer.

Ainsi, certains enquêtés ont souligné qu'il fallait d'abord s'assurer de la signification de ces résultats sérologiques négatifs, et refaire éventuellement des tests. Ils ont discuté l'implication de ces résultats, et souligné l'importance de continuer les recherches afin de pouvoir répondre à certaines inconnues. La signification d'un résultat séronégatif n'est pas certaine pour eux, car elle peut soit indiquer une absence totale d'anticorps (et donc une absence d'infection), soit une baisse temporelle des anticorps (et donc la présence d'une infection antérieure, mais une immunité qui aurait diminué) :

« Moi je vois deux hypothèses. Soit ils ont effectivement été malades d'Ebola, mais la durabilité des anticorps qu'on cherche, ou des antigènes qui prouvent qu'ils ont encore des anticorps n'est pas durable, c'est éphémère et c'est pour cela qu'on les retrouve négatifs. Ça c'est la première explication. Ou il peut y avoir des erreurs de diagnostics, et depuis le départ c'est des gens qui n'étaient pas positifs. Mais dans l'un ou dans l'autre cas, il faut d'abord s'assurer du résultat négatif dont on fait mention maintenant, avant de dire à une personne : "On n'a pas retrouvé d'anticorps dirigés contre Ebola". Je pense que ça, ce résultat doit être annoncé si vous êtes sûr du résultat que vous avez » (Entretien avec Balla, médecin).

D'autres personnes ont proposé d'adopter une démarche plus centrée sur l'individu, en déterminant au cas par cas si la personne est en mesure de recevoir son résultat. Le premier critère évoqué est l'état psychologique du patient, en sachant qu'un certain nombre des faux-infectés rencontrés en 2018 présentaient des troubles psychologiques, voire psychiatriques importants¹¹³. Dans ce contexte, certains conseillaient de veiller à ce que le résultat ne vienne pas aggraver le tableau psychologique de personnes déjà affaiblies sur ce plan, l'expérience de la maladie et du séjour au CTE ayant été traumatisante pour tous :

« De toutes les façons qu'ils aient eu la maladie, qu'ils n'aient pas eu la maladie, une fois qu'ils ont été au centre, ils ont eu un proche qui est décédé, je crois que c'est extrêmement important de les aider sur le plan psychologique pour qu'ils puissent faire avec. Parce que tous ceux qui sont passés dans des situations difficiles comme ça, ils restent traumatisés [...] Je pense que tous ceux qui sont passés par les CTE on les considère comme des gens qui ont vraiment été traumatisés sur le plan psychologique, même si sur le plan somatique ils n'ont pas eu de trauma, mais sur le plan psychologique il y a eu le trauma. Ils n'ont pas été infectés mais ils ont été affectés » (Entretien avec Aliou, psychiatre).

D'autres interlocuteurs ont proposé que cette distinction, entre les personnes pouvant être informées de leurs résultats et celles qui ne le pourraient pas, soit établie à partir de critères cognitifs, qu'ils attribuent au statut social de la personne. Selon eux, seules certaines catégories d'individus pourraient être informés (comme les professionnels de santé, et les personnes ayant fait des études supérieures).

➤ *Un choix difficile*

On a vu dans cette sous-partie que les avis des personnes interrogées lors de cette enquête sont assez disparates à propos de la pertinence de l'annonce des résultats sérologiques aux faux-infectés. Les opinions et arguments avancés par les différents interlocuteurs sont schématisés dans le tableau 9.

Tableau 9 : Récapitulatif des positions et arguments des interlocuteurs à propos de l'annonce de leur statut sérologique aux personnes faussement infectées par la MVE

Il est nécessaire de les informer (majorité des professionnels de santé et éthiciens)	
Le patient a le droit de savoir (principe éthique de l'autonomie)	La médecine n'est pas une science exacte et c'est une situation normale
L'équipe du projet a le devoir de les informer pour les protéger (crainte qu'ils se croient immunisés)	Les bénéfices potentiels de l'annonce sont supérieurs aux préjudices : soulagement, réconfort, fierté
Il est nécessaire de ne pas les informer (personnes guéries de la MVE)	
Le patient a le droit de ne pas savoir (principes éthiques de la bienfaisance, et non-malfaisance)	L'annonce constituerait un second traumatisme (les souffrances endurées ne seraient plus justifiées)

¹¹³ Une jeune enfant rencontrée à Macenta avait par exemple perdu l'usage du langage, et avait des capacités cognitives très limitées depuis son séjour au CTE, Ebola ayant tué une grande partie de sa famille. A Conakry, un autre patient présentait des troubles dépressifs sévères (selon les psychiatres) et avait plusieurs comportements à risque (usage de drogues, tentatives de suicide) depuis l'expérience de la maladie, qui a également emporté plusieurs de ses proches.

L'annonce est trop tardive (cinq à six ans après l'expérience de la MVE)	L'annonce affecterait gravement leur confiance vis-à-vis de la médecine (ils pourraient ne pas respecter les consignes en cas de nouvelle épidémie ; ils pourraient porter plainte)
Il faut être prudents vis-à-vis de l'annonce (professionnels de santé, dont certaines personnes guéries de la MVE, et éthiciens)	
Il faudrait poursuivre les recherches et s'assurer de la signification des résultats	Il faudrait faire au cas par cas (évaluer la propension de chaque personne faussement infectée à pouvoir recevoir son résultat)

On remarque qu'il y a une certaine polarité entre les professionnels de santé d'une part, dont certains sont membres d'un comité d'éthique, qui se montrent favorables à l'annonce en invoquant notamment le droit du patient à connaître ses résultats, et les guéris de la MVE d'autre part, qui supposent que l'annonce agirait comme un nouveau traumatisme chez ces personnes et qui recommandent ainsi de ne pas leur annoncer leur statut sérologique en vertu du droit du patient à ne pas savoir. Comme nous allons le voir dans la prochaine section, les avis sont plus consensuels à propos du rendu des résultats aux personnes faussement indemnes de la MVE.

d) Des avis consensuels sur l'annonce aux personnes faussement indemnes de la MVE

Comme cela a été évoqué en début de chapitre, les analyses sérologiques menées auprès des participants de la cohorte ContactEboGui ont révélé que certaines personnes qui avaient été en contact avec un ou des cas confirmés au moment de l'épidémie, avaient une sérologie positive et portaient donc les traces d'une infection, alors qu'elles n'avaient jamais été testées positives (la plupart ayant développé peu, voire aucun, symptômes). La question de l'annonce s'est également posée à propos de ces résultats, et l'équipe du projet a choisi de révéler leurs statuts sérologiques à ces personnes. Sans chercher à contredire ou remettre en question cette décision, les interlocuteurs ont également été interrogé sur leur avis quant à cette annonce, qui n'a pas fait l'objet de recommandations institutionnelles, et qui est très peu évoquée dans la littérature scientifique sur le sujet. Comme nous allons le voir, les personnes interrogées partagent à peu près les mêmes opinions par rapport au rendu de ces résultats, contrairement à la situation des faux-infectés qui fait davantage débat.

➤ *Les avantages du partage des résultats aux personnes faussement indemnes*

Commençons par présenter l'expérience d'Assane, un chauffeur qui figurait parmi la liste de ces personnes faussement indemnes, rencontré pour un entretien en décembre 2019. Il est venu avec l'un de ses cousins, Abdou, officiellement guéri de la maladie, qui est tombé malade et a été hospitalisé dans un CTE au courant de l'année 2014. Assane a développé quelques symptômes au moment où Abdou et d'autres de leurs proches étaient au CTE. Certains membres de leur famille étaient alors déjà décédés du virus (au CTE ou dans leur village). Lorsqu'Assane a développé des signes, il a pensé qu'il pouvait être infecté par Ebola, et il a souhaité se rendre au CTE. Mais sa femme ayant refusé, il a finalement été traité par un tradithérapeute :

« - Assane : J'avais un jeune frère qui vomissait et qui faisait la diarrhée. C'est lui qui est tombé malade d'abord. Comme je suis chauffeur, j'ai envoyé mon jeune frère et d'autres personnes au CTE, et je me suis retourné. Après, ma maman aussi est tombée malade. Quand elle est tombée malade, on a eu peur maintenant parce que certains étaient décédés, et on a vu que vraiment la manière dont les équipes du

centre prennent les gens c'est pas bon. Donc j'ai pris la vieille, je l'ai mise dans mon véhicule. On est restés dans la voiture deux jours, je payais à manger, je tournais par ci par là. Comme ça n'allait pas, ça ne faisait que s'aggraver c'est en ce moment que j'ai appelé et ils sont venus chercher la vieille maintenant [pour l'emmener au CTE] [...] Par après je suis tombé malade pendant deux jours. Pendant ces deux jours-là j'étais fatigué, j'avais la fièvre.

- Eva : Et qu'est-ce que vous avez fait ? Vous avez pris des médicaments ?

- Assane : Comme ma femme avait peur, on est allés à l'indigénat. Y a un guérisseur dans mon village. Chaque matin il préparait les décoctions. Je buvais et je me lavais avec ça. Après les deux jours-là je me sentais mieux.

- Eva : Et est-ce que, quand vous avez vu les signes venir, est-ce que vous avez pensé que c'était peut-être Ebola ?

- Assane : J'y ai pensé. C'est pour cela que j'avais dit à ma femme d'appeler les médecins pour venir me prendre. Mais elle n'a pas accepté parce qu'elle pensait que si on m'envoie là-bas j'allais mourir comme nos parents » (Entretien avec Assane, chauffeur et cas contact faussement indemne de la MVE).

Assane fait donc partie des cas contacts pauci-symptomatiques, et il a développé des signes de faiblesse ainsi que de la fièvre, qui se sont rapidement estompés après deux jours de traitement. Il n'était pas en quarantaine, et il n'a pas été contacté par les équipes de suivi alors qu'il était cas contact de plusieurs cas confirmés. Son expérience se rapproche ainsi d'autres exemples de personnes ayant échappées au dispositif de la riposte en raison des défauts de la surveillance (M. Keita et al., 2017).

Assane a été informé de son résultat par un membre de l'équipe du projet ContactEboGui. Il dit qu'il n'a pas été « surpris » d'être séropositif, étant donné qu'il avait été en contact avec plusieurs cas confirmés et qu'il avait développé des signes légers. Il note qu'il a été « reconforté » par cette annonce : « J'étais content. Parce que parmi tant d'autres... Treize personnes dans la famille sont décédées, et moi j'ai fait la maladie mais je ne suis pas venu à l'hôpital, et on me dit que j'avais fait la maladie. Vraiment, ça m'a beaucoup reconforté ». Après avoir été informé, il a convié les personnes avec qui il réside pour leur partager la nouvelle : « Le jour qu'on m'avait informé, je suis revenu à la maison, j'ai appelé les autres habitants pour leur dire que Dieu nous a sauvés, que les âmes de nos frères et sœurs reposent en paix. Que moi-même ça m'avait pris, que les résultats sont sortis et que j'avais fait la maladie, mais que Dieu m'a sauvé ».

Pour Assane, qui met en avant sa propre expérience, il est donc préférable de partager ces résultats avec les personnes concernées. Son avis est partagé par la grande majorité des personnes interrogées lors de cette enquête. Pour elles, les bénéfices de cette annonce seraient plus importants que les éventuels préjudices. Certains enquêtés ont notamment souligné que l'infection de ces personnes ayant eu lieu il y a longtemps il est peu probable que ce résultat les expose à des risques de stigmatisation aujourd'hui, à l'inverse des survivants lors de l'épidémie¹¹⁴.

Pour d'autres interlocuteurs le partage de ces résultats pourrait également jouer en faveur de la confiance des faux-indemnes vis-à-vis de la médecine, car cela pourrait pousser certaines personnes à croire davantage à l'existence de la MVE. Wido, se rappelle notamment d'un enfant qui figurait sur la liste des personnes faussement indemnes, et dont certains proches remettaient en question la réalité de l'épidémie :

¹¹⁴ Notons toutefois, bien que ça n'ait pas été mentionné par les enquêtés, qu'au moment de l'épidémie certains cas contacts de cas confirmés ont subi des formes de rejet social car ils étaient proches de personnes infectées, et que la stigmatisation pouvait parfois toucher des familles entières (Desclaux, Diop, et al., 2017).

« Les contacts positifs c'était mieux de les informer. Parce que tous les contacts qui sont positifs là, eux-mêmes ils ont suivi les faits. Je me rappelle, y avait un enfant qui était dans les positifs-là, lui, quand sa maman était malade c'est lui qui était à côté de sa maman, il était assis. Le jour même qu'on a envoyé sa maman au CTE il était couché sur elle. Mais certains de ses parents doutaient maintenant. Donc là on a bien fait de les informer. Là-bas on a bien fait de les informer pour dire qu'Ebola c'est pas un mensonge, puisque tous ceux qui se sont approchés, même s'ils n'ont pas fait la maladie, ils ont été infectés » (Entretien avec Wido, infirmière guérie de la MVE).

L'argument qui a été le plus évoqué par les enquêtés est que ces personnes s'attendaient à priori à recevoir un résultat, puisqu'elles ont participé consciemment à l'étude ContactEboGui, et qu'il est donc normal de leur fournir. Le fait qu'ils aient donné leur consentement à participer à l'étude sous-entend qu'ils ont également donné leur accord à recevoir et accepter leurs résultats. D'après Ibrahima, qui a été impliqué de près dans le projet, ces personnes étaient d'ailleurs généralement en demande de leurs résultats : *« Au moment qu'on prélevait les gens d'abord, on me demandait : "Quel jour on aura les résultats ?" Après les prélèvements, à tout moment on m'appelait, je pouvais recevoir combien d'appels par jour pour me demander : "A quel moment on aura les résultats ?" » (Entretien avec Ibrahima, infirmier guéri de la MVE).* Il ajoutait que les participants dont les analyses sérologiques étaient positives ont été invités à fournir d'autres prélèvements sanguins dans le cadre de l'enquête, et qu'il était donc préférable d'informer ces personnes afin qu'elles consentent à être prélevées à nouveau.

Les interlocuteurs en faveur de l'annonce, ont également souligné l'importance de faire preuve d'une bonne communication afin que les résultats soient bien compris, et certains conseillaient d'insister sur le fait que ces résultats n'impliquaient à priori rien pour la santé de ces personnes.

Au-delà du droit du patient à recevoir toutes les informations médicales qui le concernent, c'est le principe du partage des résultats de recherches aux participants, qui est évoqué par les interlocuteurs. Un principe qui est, depuis 2005, de plus en plus préconisé dans le cadre des recherches menées aux Suds, au point d'être devenu une condition à respecter pour les demandes de financements auprès de grands bailleurs, telle que la Fondation Bill et Melinda Gates (Anane-Sarpong et al., 2020). L'annonce des résultats d'enquêtes de surveillance serait ainsi une compensation équitable par rapport à l'investissement des participants : *« A partir du moment où ce sont des gens que vous avez suivis dans une recherche, et donc qui ne sont pas restés chez eux mais qui ont été recrutés dans une étude, donc ils ont le droit de savoir les résultats qu'ils ont » (Entretien avec Michel, médecin).* Mais comme nous l'avons déjà mentionné, le rendu des résultats individuels n'est pas obligatoire lorsque la recherche concerne une forme de surveillance de santé publique.

➤ *Des appels à la prudence vis-à-vis de l'annonce aux faux-indemnes*

Comme pour la situation des faux-infectés, certains enquêtés ont recommandé de veiller à la fiabilité des tests et à leur signification en vue d'élaborer une communication appropriée. Certaines personnes conseillaient de continuer les recherches auprès des cas contacts faussement indemnes afin de mieux comprendre les implications de ces résultats sérologiques, tel qu'Adama qui s'interrogeait à propos de l'immunité :

« Je pense que les patients de ContactEboGui on devrait les recontacter maintenant pour les re-prélever, et voir est-ce qu'une infection fruste peut garder la même durée de vie qu'une infection active. Parce que le monsieur qui est rentré au CTE et qui est sorti suspect négatif, il peut dans ce contact-là [avec

l'environnement du CTE] faire une forme fruste et garder une certaine immunité qui le protège quand il est au CTE, mais qui baisse dès lors qu'il n'est plus là-bas » (Entretien avec Adama, épidémiologiste).

Pour d'autres, il conviendrait de chercher à savoir si ces anticorps sont neutralisants. Cette question n'étant pour le moment pas répondue, certains suggéraient de ne pas dire à ces personnes qu'elles étaient immunisées contre le virus, tout en les informant de leurs résultats positifs.

Enfin, une partie des interlocuteurs, tous guéris de la MVE, ont suggéré de n'annoncer qu'aux faux-indemnes qui ont été symptomatiques, et pas à ceux qui ont déclaré n'avoir jamais été malades au moment de l'épidémie. Leur principal argument contre le partage des résultats aux personnes asymptomatiques est qu'elles ne croiraient pas au fait qu'elles ont été infectées justement car elles n'ont présenté aucun symptôme. Ces enquêtés, ont précisé que l'annonce aux cas contacts séropositifs pauci-symptomatiques pouvait être faite, car les personnes qui ont déclaré des symptômes, même légers, seraient plus enclines à croire à ces résultats. La probabilité que ces résultats entraînent des réactions de défiance ou de déni est abordée dans un article de la littérature, dans lequel les auteurs suggèrent de créer des réseaux pour gérer la diffusion d'éventuelles rumeurs (Baiden et al., 2019). Il s'agit de la seule référence qui évoque le partage des résultats d'analyses sérologiques de la MVE et leurs potentielles implications, sans toutefois rentrer dans les détails.

Nous voyons donc à travers les lignes qui précèdent que l'annonce de leurs résultats sérologiques aux personnes contacts faussement indemnes de la MVE fait davantage consensus parmi les participants, qui se sont majoritairement prononcés en faveur de l'annonce. Certains enquêtés recommandaient néanmoins de n'annoncer ces résultats qu'aux personnes ayant déclaré des symptômes au moment de l'épidémie, et non pas aux asymptomatiques, tandis que d'autres suggéraient de poursuivre les recherches, pour combler les incertitudes scientifiques sur le sujet.

Les différents arguments avancés sont récapitulés dans le tableau 10.

Tableau 10 : Récapitulatif des positions et arguments des interlocuteurs à propos de l'annonce de leur statut sérologique aux personnes faussement indemnes de la MVE

Il est nécessaire de les informer (professionnels de santé et éthiciens, certaines personnes guéries de la MVE)	
Le patient/participant à une recherche a le droit de connaître ses résultats (autonomie du patient)	Les bénéfices potentiels de l'annonce (réconfort, compensation par rapport à leur participation au projet) sont supérieurs aux préjudices (pas de risque de stigmatisation actuelle ; pas de traumatisme)
L'annonce pourrait augmenter leur confiance envers la médecine	Ces personnes s'attendent à recevoir un résultat (et y sont donc préparés), et pour la plupart leur statut sérologique ne serait pas surprenant
Il faut être prudents vis-à-vis de l'annonce (certains professionnels de santé, personnes guéries de la MVE)	
Il faudrait poursuivre les recherches et s'assurer de la fiabilité et de la signification des résultats (un résultat négatif signifie-t-il une absence d'infection ? Les anticorps développés sont-ils neutralisants ?)	L'annonce ne devrait être faite qu'aux personnes qui ont déclaré avoir développé des symptômes après leur contact avec un cas confirmé, et non aux asymptomatiques (car ils n'y croiraient pas)

9.2.2 Une réflexion sur l'implémentation des enquêtes de séroprévalence du SARS-Cov-2

Entre les mois de décembre 2020 et juin 2021, des enquêtes de séroprévalence du SARS-Cov-2 ont été menées à Conakry dans le cadre des projets ARIACOV et COVEPIGUI¹¹⁵. Elles consistaient à mesurer l'incidence du Covid-19 dans la capitale guinéenne, celle-ci étant probablement plus élevée que ne le laissent penser les statistiques officielles, en raison de capacités diagnostiques relativement limitées et du fait que le Covid-19 entraîne de nombreuses formes asymptomatiques - et donc moins facilement détectables sur le plan clinique (Etard & Toure, 2021). Les participants à ces enquêtes ont été prélevés d'une petite quantité de sang (collectée au moyen de la technique DBS - *Dried blood spots* - équivalente à celle employée pour les TDR de paludisme) en vue de l'analyse sérologique des échantillons. Ils ont également été invités à répondre à un questionnaire afin de renseigner des informations pertinentes pour l'enquête, telle qu'une éventuelle vaccination contre le Covid-19 ou l'apparition de symptômes lors des mois précédents (Soumah et al., 2022).

Les entretiens menés lors de la deuxième enquête ont eu lieu avant que ces études de séroprévalence ne débutent, et les interlocuteurs ont été interrogés à propos de l'annonce des résultats individuels de ces enquêtes, en incluant l'éventualité que des résultats sérologiques discordants apparaissent au cours de ces enquêtes de séroprévalence (comme dans le cas des sérologies de MVE que nous venons de voir).

Notons qu'au moment de cette enquête, il y avait peu de données scientifiques sur la durée de l'immunité acquise par une infection, et que les propos évoqués dans les prochaines lignes pourront donc paraître parfois dépassés au regard des connaissances actuelles (à propos des probabilités de réinfection, par exemple).

a) Des avis favorables à l'annonce

Qu'il s'agisse de résultats sérologiques positifs ou négatifs, ou de résultats révélant la présence de personnes faussement infectées par le Covid-19 (des personnes qui auraient été testées positives lors d'un diagnostic virologique, mais dont la sérologie révélerait qu'elles n'ont pas de traces de l'infection), ou de personnes faussement indemnes (des personnes qui auraient été testées négatives mais qui auraient une sérologie positive), tous les enquêtés se sont montrés favorables à l'annonce.

A propos des personnes faussement infectées, seul Fodé a formulé une mise en garde, tout en indiquant que l'annonce devait avoir lieu. Lors de son séjour au CT-EPI, il a entendu plusieurs patients formuler des doutes sur leur infection car ils étaient asymptomatiques. D'après lui, l'annonce de ces résultats sérologiques pourrait ainsi les conforter dans leurs doutes : « *Ah ceux-là, ils peuvent dire directement : "Bon j'avais raison de dire que j'avais pas le Covid" parce que c'est ce que se disaient beaucoup de personnes. Parce que par exemple dans notre pavillon, à part la salle de réanimation là-*

¹¹⁵ Le projet ARIACOV (Appui à la riposte africaine à l'épidémie de Covid-19) est un programme de recherche-action pluridisciplinaire porté par l'IRD et financé par l'Agence Française de Développement dans le cadre de l'initiative « Covid-19 - Santé en commun ». Il est mené dans six pays d'Afrique de l'Ouest et du centre (Bénin, Cameroun, Ghana, Guinée, République Démocratique du Congo et Sénégal). Il a trois objectifs principaux : le renforcement des capacités laboratoires dans chaque pays, documenter les effets sociaux et représentations de l'épidémie, et estimer la prévalence du virus. Pour en savoir plus : <https://www.ariacov.org/ariacov/objectifs-et-organisation-du-projet/>

En Guinée, la composante qui concerne le calcul de l'incidence au moyen d'enquêtes de séroprévalence, et le renforcement des laboratoires est assurée par le projet COVEPIGUI (Dynamique de l'épidémie à SARS-CoV-2 à Conakry, Guinée), qui bénéficie d'un soutien de l'ANRS (ANRS COV16 COVEPIGUI). Ces deux projets sont menés en partenariat avec le CERFIG qui en coordonne les activités nationales.

bas, y avait beaucoup plus de personnes qui étaient là-bas qui ne se plaignaient de rien, rien du tout. Donc beaucoup, dans leurs têtes ils n'avaient pas le Covid » (Entretien avec Fodé, chauffeur, cas confirmé de Covid-19). Fodé ajoutait que l'annonce à ces personnes pourrait plus globalement contribuer à une baisse de confiance vis-à-vis de la médecine, mais que cela pourrait être compensé par des efforts de sensibilisation.

Pour les autres enquêtés, l'annonce, qu'elle concerne les faux-infectés ou les faux-indemnes, et plus largement les séropositifs et séronégatifs au SARS-Cov-2, ne semble pas constituer un problème, et ils ont tous invoqué le droit du patient à connaître ses résultats. Notons que lors cette enquête, ce sont davantage de professionnels de santé que de non-professionnels qui ont été interrogés, ce qui a sans doute orienté leurs avis.

Tous ont souligné l'importance de faire des efforts pour communiquer ces résultats aux personnes concernées, de bien réfléchir au « message » à faire passer, et de veiller à ce que le « messenger » soit compréhensible : « Ça dépend du message et du messenger. Si tu passes bien le message, la personne va comprendre » (Entretien avec Adama, épidémiologiste). Certains insistaient sur l'importance de distinguer un résultat sérologique d'un diagnostic, afin que les personnes concernées ne fassent pas l'amalgame entre les traces d'une infection antérieure, et le diagnostic d'une infection actuelle.

Contrairement à la situation des faux-infectés et faux-indemnes de la MVE, la question du traumatisme lié à l'expérience de la maladie n'a pas été abordée par les interlocuteurs à propos des cas de Covid-19. La stigmatisation des personnes contaminées par le Covid-19 a été décrite dans certains pays africains (Le Monde, 2020), mais elle ne semble pas avoir été documentée en Guinée, et il est probable qu'elle ait été moins courante que pour les cas de MVE. L'expérience de la pathologie et notamment de l'hospitalisation ont toutefois eu des conséquences dramatiques sur certaines personnes, en particulier les asymptomatiques qui ont parfois été hospitalisés de force (Attas et al., 2021). Ahmed, un ami testé positif au mois de novembre 2021 a notamment qualifié le CT-EPI où il se trouvait de « prison civile », et son hospitalisation a été éprouvante.

Notons à propos de ces résultats que le Covid-19 est une pathologie bien plus contagieuse que la MVE (puisque la transmission peut se faire par voie aérienne, et ne nécessite pas nécessairement un contact très rapproché avec une personne contaminée, contrairement au virus Ebola), et qui entraîne fréquemment des formes asymptomatiques. Il était ainsi beaucoup plus probable qu'une personne ait été porteuse du virus sans le savoir, et donc qu'un résultat séropositif ne l'étonne pas. L'estimation de l'incidence réelle du virus, et donc par-là du nombre de personnes faussement indemnes, était d'ailleurs la motivation principale à la réalisation de ces enquêtes de séroprévalence en population.

b) Une annonce confrontée aux incertitudes scientifiques

Comme pour les analyses sérologiques de la MVE, certains interlocuteurs ont souligné que les connaissances relatives aux significations des résultats des tests sérologiques du SARS-Cov-2 étaient encore insuffisantes. Ils conseillaient ainsi d'être prudents et de ne pas affirmer des éléments qui ne faisaient pas l'objet de consensus scientifique lors de l'annonce de leurs résultats aux participants des enquêtes de séroprévalence. Pour éviter d'avancer des hypothèses au rang de certitudes, certains recommandaient que le projet soit transparent vis-à-vis des connaissances actuelles de la recherche biomédicale concernant les tests et leurs implications. Il proposait que ce type d'informations soient présentées dans une notice d'informations : « Je pense que dans la notice d'informations il pourrait être dit : "Voilà, les informations que nous avons sur la maladie, sur les anticorps. Elles sont limitées

comparées aux autres maladies parce que c'est une nouvelle maladie" » (Entretien avec Adama, épidémiologiste). Les équipes du projet ont effectivement élaboré une brochure d'information à destination des participants (figure 48).

L'ambition de ces enquêtes était de renseigner l'incidence réelle du Covid-19 en population, à un niveau donc davantage collectif qu'individuel, et il n'était pas prévu de réaliser des tests pour savoir si les anticorps repérés chez des personnes étaient neutralisants. Ainsi, les interlocuteurs recommandaient de souligner ce point auprès des participants afin d'éviter que les personnes séropositives prennent des risques en se pensant immunisées. La durée de l'immunité acquise après une infection n'étant pas encore bien documentée, ils conseillaient plus globalement d'inviter toutes les personnes, qu'importe leur résultat, de continuer à être prudentes vis-à-vis du risque infectieux¹¹⁶.

Les personnes interrogées lors de cette enquête avaient également des visions différentes à propos de la signification d'un résultat séronégatif. En l'absence de données consensuelles sur la durée de l'immunité acquise après une contamination au SARS-Cov-2, une sérologie négative n'indiquait pas forcément une absence totale d'infection antérieure au Covid-19, à l'inverse des analyses sérologiques réalisées sur la MVE. Ainsi, il était possible qu'une personne ait été contaminée mais qu'elle ne présente pas d'anticorps quelques mois plus tard si ceux-ci avaient disparu, et là encore la conduite à tenir vis-à-vis de l'annonce de tels résultats était confrontée à des incertitudes scientifiques¹¹⁷.

Les personnes interrogées lors de cette enquête se sont donc toutes montrées favorables à l'annonce des résultats aux participants des enquêtes de séroprévalence, que leurs tests sérologiques se révèlent positifs ou négatifs, et infirmant ou non un diagnostic précédent. La demande de consentement étant une étape incontournable à toute recherche, certains enquêtés préconisaient de profiter de celle-ci pour demander aux personnes testées si elles souhaitaient recevoir leurs résultats. Certains ont recommandé que les équipes des projets impliqués (ARIACOV et COVEPIGUI) anticipent cette question et qu'elles réfléchissent aux modalités de partage des résultats individuels, et c'est le parti pris qui a été choisi par ces équipes, comme nous allons le voir maintenant.

c) La prudence choisie par l'équipe de recherche

Face aux incertitudes scientifiques que nous venons d'évoquer, les équipes du projet de recherche ont pris le parti d'être prudentes vis-à-vis de la signification des résultats, comme le

¹¹⁶ Je rappelle que la majorité des entretiens ont été conduits entre avril et juillet 2020, et à une époque où le monde avait encore peu de connaissances scientifique établies sur la question des anticorps, et plus largement de l'immunité. Le sujet des cas de réinfection faisait également débat, et ces cas étant rares à cette époque, la question n'a pas été abordée par mes interlocuteurs. Un article publié dans *The Lancet Infectious Diseases* en septembre 2020 indiquait effectivement que les connaissances sur les possibilités de réinfection n'étaient pas encore avérées pour le SARS-Cov-2, à l'inverse d'autres coronavirus (Houlihan & Beale, 2020).

¹¹⁷ La littérature fait état de l'évolution des connaissances sur la question de l'immunité liée au SARS-Cov-2. Au mois d'avril 2020, il était admis que les anticorps pouvaient rester détectables jusqu'à quatre mois après l'infection (Winter & Hegde, 2020), alors qu'en août 2020 d'autres auteurs indiquaient qu'on ne pouvait pas encore précisément savoir combien de temps ces anticorps pouvaient être visibles, d'autant que les tests sérologiques employés dans le monde étaient particulièrement diversifiés et pouvaient ainsi donner des résultats différents (Ayoub et al., 2020). Plus de six mois plus tard, en février 2021, des collègues démontraient que les connaissances sur la durée de l'immunité n'étaient pas encore satisfaisantes (Nkuba Ndaye et al., 2021). Un mois avant, une étude menée notamment auprès de couples sérodiscordants au SARS-Cov-2 (dont l'un a été infecté et l'autre non malgré leurs contacts) suggérait que des personnes pouvaient avoir été en contact avec le virus, et avoir été infectées, sans pour autant produire d'anticorps (Fafi-Kremer, 2021). Cela impliquait qu'une sérologie négative ne signifiait pas nécessairement une absence d'infection antérieure par le virus (Fafi-Kremer, 2021).

recommandaient les interlocuteurs. La brochure d'informations, qui a été diffusée dès la première enquête qui a eu lieu à Conakry en décembre 2020 (figure 48), mentionnait ainsi : « *Nous ne savons pas encore si les anticorps contre le coronavirus SARS-CoV-2 peuvent empêcher une nouvelle infection par ce coronavirus* » ou encore : « *Même avec un test sérologique positif, pour vous protéger et protéger les autres, il ne faut pas relâcher vos efforts dans l'application des gestes barrière et de la distanciation physique* ». Les significations données à propos des différents résultats possibles se voulaient également assez relatives pour éviter toute sur-interprétation de ces résultats. Il est ainsi écrit :

- *Un résultat positif indique que des anticorps contre le virus SARS-CoV-2 ont été détectés dans votre échantillon de sang. Vous avez très probablement été en contact avec ce coronavirus*
- *Un résultat négatif indique que des anticorps contre le virus SARS-CoV-2 n'ont pas été détectés dans votre échantillon de sang. Vous n'avez très probablement pas été en contact avec ce coronavirus*
- *Un résultat indéterminé indique que le test ne permet pas de conclure en faveur de l'un ou de l'autre des résultats (positif ou négatif).*

Lors de cette enquête, les modalités d'annonce de leurs résultats aux participants n'avaient pas encore été clairement définies. Mohamed, impliqué de près dans le projet, expliquait un mois avant le début de l'enquête, que le sujet avait suscité des discussions au sein des équipes, qui venaient toutefois de convenir que les personnes seraient informées de leurs résultats par téléphone, et qu'elles pourraient également se rendre au CERFIG pour avoir de plus amples informations :

« - Mohamed : Oui, éthiquement il revient au patient tout le droit de connaître le résultat du prélèvement qui a été fait, et du coup ce sont des choses dès le début on en a discuté [...] En interne on a eu beaucoup de discussions. Au départ on n'était pas d'accord sur certaines choses, y a eu plusieurs propositions telles que du genre organiser des réunions au cours desquelles on pourrait faire la distribution des résultats. Y en a qui ont proposé aussi des appels téléphoniques. D'autres ont proposé aussi la distribution des résultats de façon physique, que quelqu'un se déplace pour aller dans les foyers et déposer, c'est-à-dire grouper les résultats par ménage et distribuer.

- Eva : D'accord. Et qu'est-ce que vous avez décidé de quelque chose finalement ?

- Mohamed : Du coup on va mettre en place une équipe pour la restitution des résultats, c'est-à-dire que quelqu'un va être désigné pour appeler les responsables des ménages, parce que dans chaque ménage on aura le contact du chef de ménage. Et du coup on l'appellera pour lui communiquer les résultats des membres du ménage. Et ceux qui souhaiteraient avoir plus de précisions par rapport à leurs résultats pourront être invités à venir au CERFIG pour plus d'informations. Une brochure d'explications a été faite à cet effet. La brochure qui sera distribuée, on mettra le numéro d'identifiant de chaque participant sur cette brochure, et qui sera remise à l'intéressé après le prélèvement. Et le chef du ménage pourra regrouper toutes ces brochures, toutes ces informations et garder à son niveau, et au moment venu on pourra lui communiquer les résultats. Et l'intéressé s'il doit venir au CERFIG viendra avec son numéro d'identifiant » (Entretien avec Mohamed, médecin).

C'est finalement cette formule de rendu des résultats aux participants qui a été choisie. Il semble qu'il y ait toutefois eu certaines difficultés, puisque quelques mois plus tard, en juin 2021, Mohamed expliquait que certaines personnes n'avaient pas encore reçu leurs résultats en raison de la longueur de la procédure de traitement des échantillons (qui étaient en partie analysés à Montpellier). Ce qui permet d'ailleurs de souligner que les projets de recherche basés sur des partenariats entre pays

peuvent effectivement être confrontés à des délais supplémentaires quant à la disponibilité des résultats en raison de facteurs logistiques, comme cela avait également été le cas pour les enquêtes de sérologie Ebola.

Figure 48 : Plaquette d'informations élaborée par les équipes d'ARIACOV-COVEPIGUI à destination des participants (version de novembre 2020)

Qui peut participer à l'étude sur la dynamique de l'épidémie à SARS-CoV-2 à Conakry ?

Les populations de la ville de Conakry sans aucune limite d'âge :

- ⊗ vivant dans les ménages qui seront sélectionnés au hasard par les équipes du CERFIG
- ⊗ qui sont prêtes à être interviewées et à faire un test sérologique pour la COVID-19

Que se passera-t-il pendant l'étude ?

- ⊗ Nous poserons aux participants des questions sur eux-mêmes (ex. âge, situation familiale, profession, santé)
- ⊗ Nous prélèverons quelques gouttes de sang aux participants pour faire un test sérologique pour la COVID-19
- ⊗ Les informations sur les participants et les résultats des tests resteront confidentiels, les noms des participants ne seront pas utilisés dans les rapports de constat d'étude
- ⊗ Nous proposerons une étude anthropologique à certains participants dont les résultats seront positifs, afin de comprendre ce qui favorise la diffusion du virus

Qui puis-je contacter en cas de question ?

- ⊗ Pour toute question concernant l'étude, vous pouvez contacter le coordinateur de l'étude, Dr. SOUMAH Abou :
par mail : abou.aisata-soumah@cerfig.org
par téléphone : 628 22 77 47

Le SARS-CoV-2 est un virus découvert en décembre 2019. Il peut entraîner une maladie respiratoire (commençant parfois par de la fièvre et de la toux) ou au contraire n'entraîner aucun symptôme. Cette maladie s'appelle COVID-19 et se propage par voie aérienne (toux, éternuement) ou par contact direct (personnes malades, animaux infectés, objets ou surfaces souillés).

Pourquoi venons-nous vous voir ?

- ⊗ Faire une recherche sur la COVID-19 pour mieux comprendre l'infection et sa transmission et apprendre de meilleures façons de lutter contre ce virus au niveau communautaire et au niveau individuel
- ⊗ Cela implique de nombreuses personnes travaillant ensemble : chercheurs, des participants à l'étude et la communauté

Qu'est-ce que le CERFIG ?

- ⊗ CERFIG signifie Centre de Recherche et de Formation en Infectiologie de Guinée. C'est un groupe de recherche de l'Université Camal (Poly) qui étudie les maladies contagieuses du point de vue biologique et social et les mesures sanitaires

Pourquoi étudions-nous la dynamique de l'épidémie à SARS-CoV-2 à Conakry ?

- ⊗ Pour comprendre comment le virus se propage dans la ville de Conakry
- ⊗ Pour formuler des recommandations au Ministère de la Santé pour prévenir la diffusion du virus et améliorer son dépistage

Pour aller plus loin...

Qu'est-ce qu'un test sérologique pour la COVID-19 ?

Ce test sert à rechercher la présence d'anticorps contre le virus SARS-CoV-2, qui témoignent d'une réponse défensive de votre système immunitaire et qui sont le signe d'une probable exposition à ce coronavirus.

Il est réalisé à partir de quelques gouttes de sang prélevées au bout du doigt (ou du talon pour les enfants < 24 mois).

Ce n'est pas un test de dépistage, car il ne permet pas de savoir si vous êtes actuellement porteuse ou porteur du virus SARS-CoV-2. Il participe à la surveillance épidémiologique active, pour orienter les décisions de Santé Publique en Guinée.

<p>+</p> <p>Un résultat positif* indique que des anticorps contre le virus SARS-CoV-2 ont été détectés dans votre échantillon de sang.</p> <p>Vous avez très probablement été en contact avec ce coronavirus</p>	<p>-</p> <p>Un résultat négatif indique que des anticorps contre le virus SARS-CoV-2 n'ont pas été détectés dans votre échantillon de sang.</p> <p>Vous n'avez très probablement pas été en contact avec ce coronavirus</p>	<p>?</p> <p>Un résultat indéterminé indique que le test ne permet pas de conclure en faveur de l'un ou de l'autre des résultats (positif ou négatif).</p>
---	--	--

* Nous ne savons pas encore si les anticorps contre le coronavirus SARS-CoV-2 peuvent empêcher une nouvelle infection par ce coronavirus

Même avec un test sérologique positif, pour vous protéger et protéger les autres, il ne faut pas relâcher vos efforts dans l'application des gestes barrière et de la distanciation physique.

Où et comment connaître votre résultat ?

Votre résultat peut être récupéré sur place au CERFIG ou par téléphone au :

Une personne sera disponible pour discuter de vos résultats et répondre à toutes vos questions.

Les prélèvements étant anonymisés, voici le code à communiquer →

Coller ici l'étiquette d'identification de votre échantillon de sang

Le sujet de l'annonce de leurs résultats aux participants aux enquêtes de séroprévalence a donc fait débat au sein de l'équipe de recherche impliquée, ce qui a également été souligné dans d'autres pays du Sud où ont été menés des enquêtes de séroprévalence du SARS-Cov-2 (Mugunga et al., 2021). Ces enquêtes n'ont pas toutes prévu de rendre leurs résultats aux participants, et ce, principalement à cause de craintes que ceux-ci soient mal interprétés par les populations, les significations de ces tests étant encore débattues, comme nous venons de le voir (Mugunga et al., 2021).

Notons pour finir que les résultats à caractère collectif des enquêtes ARIACOV-COVEPIGUI ont été publiés au mois de mai 2022. Ils indiquaient une forte circulation du virus SARS-Cov-2 à Conakry, le nombre de personnes testées positives étant passées de 17,3 % en décembre 2020, à 42,4 % en juin 2021 après la seconde vague de l'épidémie en Guinée (Soumah et al., 2022). A Yaoundé, au Cameroun, la séroprévalence du SARS-Cov-2 est encore plus élevée, des résultats publiés en juin 2022, démontrant qu'elle est passée de 18,6 % de personnes séropositives à 51,3 %, entre janvier et mai 2021 (Ndongo et al., 2022).

9.3 Analyses à propos de l'éthique de l'annonce et du partage des résultats

Afin de discuter des résultats des enquêtes présentés dans ce chapitre nous aborderons les questionnements spécifiques à l'annonce médicale en contexte de recherche scientifique, puis la complexité induite par des visions contradictoires de l'éthique médicale.

9.3.1 L'annonce médicale en contexte de recherche

Les données présentées dans ce chapitre peuvent être analysées sous trois angles relatifs à l'annonce de résultats de surveillance de santé publique menées dans le cadre de recherches. Nous aborderons premièrement le fait que certaines études donnent lieu à des résultats qui ne sont pas toujours anticipés et dont l'annonce peut de ce fait poser question, puis plus généralement la question des incertitudes scientifiques dans le cadre de l'annonce médicale. Nous questionnerons, pour finir, le partage des résultats dans le cadre des recherches internationales menées aux Suds.

a) La question des résultats fortuits en recherche

La littérature médicale fait état d'un nombre croissant d'*incidental findings*, que l'on pourrait traduire par « résultats fortuits » de la recherche. Il s'agit de résultats à caractère médical survenus lors d'une activité de recherche scientifique mais dont la découverte n'avait pas été prévue par les personnes en charge de ladite recherche (Bunnik et al., 2017). Les résultats fortuits sont de plus en plus courants, leur croissance allant de pair avec l'augmentation du nombre de recherches menées dans le monde. Ils sont plus particulièrement fréquents dans le cas de la recherche génomique (Weiner, 2014), ainsi qu'en imagerie médicale (Wolf et al., 2008).

Puisqu'ils n'étaient pas anticipés, l'annonce de ces résultats aux participants aux recherches, peut poser des questions d'ordre éthique, ceux-ci n'ayant pas été préparés à recevoir de telles informations (Christenhusz et al., 2013). Comme à propos de l'annonce de diagnostic, plus la situation est sensible et plus l'annonce pose de questions. Dans le cas de recherche en génétique il peut par exemple arriver de découvrir une paternité mal attribuée, une situation qui peut avoir des répercussions importantes sur la vie des personnes concernées (Wolf et al., 2008). La pertinence de l'annonce peut également

être remise en question dans le cas de la découverte non anticipée d'une affection, mais pour laquelle le participant ne se verra pas offrir de prise en charge. Dans les pays à faible revenus, ce type de situations peut être plus fréquent que dans les pays les plus riches, et les attitudes des populations vis-à-vis de leur volonté à recevoir ou non ces informations peut différer d'un pays à l'autre en raison de facteurs contextuels (Sullivan & Berkman, 2018).

Il est ainsi recommandé que les résultats fortuits soient au maximum anticipés par les équipes de recherche, ce qui n'est toutefois pas toujours possible. Lorsque les résultats fortuits sont considérés comme délicats il est conseillé de faire appel à des experts du ou des domaines concernés pour recueillir leurs avis quant à ces résultats et leur importance pour les participants (Bunnik et al., 2017 ; Ells & Thombs, 2014). C'est ce que nous avons voulu faire ici, bien que les deux situations décrites à propos des analyses sérologiques menées auprès des survivants de la première épidémie d'Ebola et de leurs contacts, ne soient pas équivalentes sur ce point.

En effet, l'objectif du projet ContactEboGui était de renseigner le nombre de personnes ayant été infectées par le virus Ebola sans qu'elles aient été diagnostiquées lors de l'épidémie, et les participants étaient ainsi informés que leurs prélèvements seraient soumis à des analyses sérologiques. Ils s'attendaient à recevoir un résultat à l'issue des enquêtes, et savaient qu'ils pourraient recevoir un résultat séropositif ou séronégatif. Comme cela a été mentionné plus haut, certains étaient même particulièrement en attente de connaître leur statut sérologique.

Mais il est probable, à l'inverse, que les patients de PostEboGui n'aient pas été explicitement informés du fait que leurs échantillons feraient l'objet d'analyses sérologiques, ces derniers ayant été soumis à divers prélèvements et analyses biologiques. Au sein même de l'équipe de recherche, il semble que le nombre assez élevé de personnes séronégatives (68 patients sur 802) constituait également une surprise et n'avait pas été anticipé. Dans ce cas la question de l'annonce ne va pas de soi puisque les personnes n'y sont pas préparées.

b) Annonce et incertitudes scientifiques

Le risque d'apparition de résultats faux-positifs ou faux-négatifs est inhérent à tous les tests biologiques, qui par nature sont incertains (Street & Kelly, 2020). Selon Johnson et al. (2015), les facteurs de risque pouvant entraîner des résultats erronés peuvent être liés :

- ❖ Au manque de fiabilité du test lui-même (en termes de sensibilité ou de spécificité)
- ❖ A des erreurs de manipulation lors du prélèvement ou lors du traitement de l'échantillon
- ❖ A des facteurs logistiques (un stockage inapproprié des réactifs nécessaires aux tests par exemple)
- ❖ Ou encore aux conditions de travail du personnel (manque de supervision ou de formation, surcharge de travail)

Les tests eux-mêmes évoluent en fonction des découvertes réalisées sur les pathogènes concernés, ce qui est continu dans le cas de nouveaux virus tel que le SARS-Cov-2 (Street & Kelly, 2020). Le test Wasserman, le plus utilisé en Europe durant l'entre-deux guerres pour le diagnostic de la syphilis, a par exemple été jugé peu sensible car il provoquait de nombreuses réactions croisées avec d'autres pathogènes et entraînait ainsi beaucoup de résultats faux-positifs (Löwy, 2020). Ce n'est qu'après plusieurs années d'utilisation qu'il est remplacé par un outil diagnostique plus sensible.

Les médecins interrogés lors de ces deux enquêtes ont souligné le caractère relatif et en constante évolution de la médecine, qui ne serait donc pas une science exacte, même si cela ne semble pas être une notion démocratisée (et aucun des enquêtés non professionnels de santé ne l'a par exemple évoqué). Dans le cas des résultats d'analyses sérologiques de la MVE et du SARS-Cov-2, il a ainsi été parfois difficile pour les enquêtés d'avoir une position claire sur l'annonce en raison de variables encore inconnues. Le SARS-Cov-2, car il s'agit d'un nouveau virus, a entraîné de bons exemples des errances médicales (et épidémiologiques, ou encore virologiques). Encore aujourd'hui, et malgré le nombre très élevé de recherches consacrées à ce virus, un certain nombre d'inconnues demeurent, notamment concernant l'immunité acquise. Avec la pandémie de Covid-19, il est probable que les populations aient été davantage sensibilisées au fait que la médecine peut être relative, et que les anciennes découvertes sont perpétuellement remises en question par de nouvelles données. Mais si lors d'épidémie les populations tolèrent en général un plus haut degré d'incertitude scientifique (Street & Kelly, 2020), il est recommandé aux scientifiques, et encore davantage aux décideurs, qu'ils fassent aveu de leurs ignorances afin d'éviter de diffuser des messages contradictoires qui à terme peuvent entraver la confiance des citoyens (E. Hirsch, 2021).

A propos de la MVE, ces résultats (qu'il s'agisse de résultats séropositifs ou séronégatifs) n'impliquaient à priori rien sur le plan clinique puisque ces personnes ne devaient pas être soumises à un traitement, et que la nécessité qu'elles restent sous surveillance n'était pas évoquée. Sur le plan de la santé publique, les personnes séropositives ne représentaient pas un risque puisque selon les données qui étaient alors disponibles, les survivants d'Ebola n'étaient pas ou plus contagieux. Sur la question de l'immunité et de la contagiosité des personnes guéries, différents discours semblent avoir circulé durant l'épidémie, ce qui a créé une certaine confusion¹¹⁸. Comme nous allons le voir plus loin, ces hypothèses sont depuis remises en question avec les découvertes sur l'origine humaine de l'épidémie survenue en 2021. Des découvertes qui questionnent également plus largement le partage des résultats de recherches menées aux Suds.

c) Le partage des résultats de recherche de surveillance aux Suds

Depuis la fin de la deuxième Guerre mondiale, le nombre de recherches biomédicales n'a cessé d'augmenter en Afrique subsaharienne, et le Kenya est par exemple devenu un lieu de prédilection pour les études menées sur le VIH/sida (Kingori & Gerrets, 2019). Lorsqu'il s'agit d'enquêtes de surveillance dont l'objectif est de mesurer l'incidence ou la prévalence d'une maladie, il est fréquent que celles-ci prennent la forme d'enquêtes en porte-à-porte auprès de ménages, à l'image des enquêtes démographiques et santé réalisées par l'USAID depuis les années 1980 (Anane-Sarpong, Wangmo, Ward, et al., 2018).

Les pratiques concernant le rendu des résultats individuels de ces enquêtes menées aux Suds (et aux Nords) ont évolué depuis un demi-siècle, et alors qu'il était fréquent que les résultats ne soient pas retournés auparavant (en partie car les enquêtes étaient anonymisées), les restitutions de résultats à caractère collectif et individuel sont de plus en plus encouragées ces dernières années (Anane-Sarpong

¹¹⁸ A sa sortie du CTE en janvier 2015 Wido a par exemple été informée qu'elle ne pourrait plus être contaminée par Ebola, mais qu'il y avait par contre des risques qu'elle soit contagieuse. Kolou, sortie guérie en octobre 2014, a été informée qu'elle était immunisée pour une durée de dix ans. Wido et Kolou sont allées au même CTE (Donka, à Conakry).

et al., 2018 ; WHO, 2017). Depuis le rendu des résultats individuels est devenu quasiment systématique en recherche clinique et génomique, mais pas toujours dans les autres domaines (Anane-Sarpong et al., 2020). Aujourd'hui, certaines enquêtes préconisent l'anticipation et les participants sont questionnés à propos de leur volonté à recevoir ou non les résultats (Baggaley et al., 2015).

Dans le cadre de PostEboGui, l'équipe du projet a organisé des sessions de restitution dans les quatre sites du projet en 2018. Ces sessions étaient collectives, et il s'agissait de présenter aux participants les principaux résultats du projet (des résultats à caractère collectif donc). Les patients ont par ailleurs reçu un dossier recensant leurs diverses informations médicales personnelles lors de leur dernière visite. Comme nous l'avons déjà mentionné, les participants au projet ContactEboGui ont également été informés de leurs résultats sérologiques, et ce, de manière individuelle.

Néanmoins, les informations partagées lors de la fin de ces projets ont été depuis agrémentées par de nouveaux résultats scientifiques, et cela pose la question du partage de résultats lorsque ceux-ci apparaissent ultérieurement aux enquêtes et après l'arrêt du suivi des participants. Un article publié en décembre 2019 (soit un an après la fin de PostEboGui), mentionnait par exemple que des traces de persistance du virus avaient été détectées dans les échantillons de sperme de certains survivants jusqu'à six mois après leur sortie du CTE, ainsi que dans le lait maternel de femmes déclarées guéries jusqu'à près d'un an et demi après l'hospitalisation (A. K. Keita et al., 2019). Lors des séances de restitution ces résultats n'ont pas été partagés puisque les analyses n'étaient pas encore disponibles, et s'ils n'impliquaient rien lors de leur publication en termes de risque infectieux que pouvaient représenter les survivants (puisque nous étions alors à plus de trois ans après la fin de l'épidémie), il n'a pas été question de les partager aux participants de la cohorte puisque le projet était clôturé. De même pour une étude publiée en septembre 2021, qui a démontré que les niveaux d'anticorps des personnes guéries évoluaient dans le temps et que lors des dernières visites (qui ont eu lieu jusqu'en novembre 2018) un certain nombre de patients n'en présentaient plus (M. S. K. Diallo, Ayouba, et al., 2021b). Ces résultats n'ont pas non plus été partagés aux patients de l'ancienne cohorte, le projet étant terminé, alors que comme nous l'avons vu les discours diffusés lors de l'épidémie sur l'immunité des survivants ne concordaient pas tous avec ces données. Sans connaître ces résultats on peut supposer que certaines personnes guéries ne présentant plus d'anticorps puissent se penser immunisées face au virus, certains survivants ayant été informés qu'ils seraient protégés pour dix ans. Cette étude mentionnait néanmoins que les anticorps développés n'étaient pas nécessairement neutralisants, et qu'il y avait donc besoin de poursuivre les recherches (M. S. K. Diallo, Ayouba, et al., 2021b).

Depuis la deuxième épidémie d'Ebola survenue en février 2021, et comme cela a déjà été mentionné auparavant, de nouvelles données intéressantes de près les survivants de la première épidémie et leurs proches (cas contacts) ont été publiées. L'article de référence paru dans la prestigieuse revue *Nature*, indique que le génome du virus qui a circulé lors de cette épidémie était très proche de celui qui avait été séquencé lors de la première, ce qui soulignait que la deuxième épidémie était ainsi très probablement liée à une résurgence du virus chez une personne auparavant infectée, ou un cas contact identifié ou non (A. K. Keita, Koundouno, et al., 2021). L'anthropologue James Fairhead et ses collègues ont par ailleurs indiqué qu'il était également probable que la première épidémie soit liée à une résurgence humaine du virus, puisque l'une des premières victimes du village de Méliandou avait été en contact avec un soldat tout juste revenu de RDC, un pays qui avait alors connu plusieurs épidémies d'Ebola (Fairhead et al., 2021). Un autre article publié en avril 2021 démontrait que lors de la dixième épidémie du virus en RDC un patient guéri avait fait une rechute de la maladie qui avait entraîné plusieurs contaminations secondaires, et ce, environ cinq mois après sa sortie du CTE et alors qu'il avait

été vacciné avant son hospitalisation, ce qui remettait d'ailleurs en question l'efficacité du vaccin (Mbala-Kingebeni et al., 2021). En parallèle, deux études publiées cette année ont encore indiqué que le virus Ebola pouvait entraîner de nombreuses formes asymptomatiques, en RDC (Nkuba-Ndaye et al., 2022) et en Sierra Léone (Kelly et al., 2022).

La publication de ces résultats qui ont des implications sérieuses sur les personnes affectées par les épidémies d'Ebola pose donc la question du partage de ces données aux concernés, alors que les programmes de recherche sont terminés. A propos du VIH/sida, la continuité des programmes de recherche avait déjà été questionnée, en particulier sur le fait que les participants n'étaient en général plus pris en charge après la fin des projets, ce qui était irrecevable sur le plan éthique (Anglaret & Msellati, 2003). La publication des résultats de séquençage de l'épidémie de 2021 vient rappeler que le suivi des survivants d'Ebola pourrait être poursuivi afin de mieux cerner les significations de ces résultats et savoir si oui, et comment, les personnes précédemment infectées (ou affectées) peuvent être à risque (A. K. Keita, Koundouno, et al., 2021).

La fin des projets de recherche et de soutien menés auprès des survivants de la première épidémie a signifié l'arrêt des programmes de surveillance à leur rencontre. Les équipes de PostEboGui ont appelé à ce que l'Etat prenne le relais, mais comme cela a déjà été souligné à propos des projets de santé communautaire, cette continuité est rarement assurée. Alors que cette poursuite du suivi apparaît importante aujourd'hui pour des raisons de santé publique, il convient de rappeler qu'une grande partie des victimes d'Ebola font toujours face à des séquelles économiques, médicales et sociales, qui mériteraient également d'être prises en compte.

9.3.2 Des visions conflictuelles de l'éthique

C'est dans une perspective de discussion de la pertinence de l'annonce de résultats d'enquêtes de surveillance que les deux études présentées dans ce chapitre ont été menées. Plus particulièrement la première qui a entraîné des discussions au sein de l'équipe du projet PostEboGui, l'annonce de ces résultats sérologiques discordants comportant différents enjeux qu'il convenait de questionner avant de décider s'ils devaient être communiqués ou non. Les réponses des enquêtés laissent apparaître une certaine tension entre plusieurs principes de l'éthique médicale.

Comme nous l'avons vu, la décision d'annoncer ou non leurs résultats aux personnes faussement infectées par la MVE n'est pas évidente, et la question fait particulièrement débat. D'un côté les personnes guéries d'Ebola recommandent de ne pas annoncer ce résultat pour éviter un second traumatisme chez les concernés, alors que d'un autre les spécialistes de l'éthique et les professionnels de santé préconisent de les informer.

Dans leur argumentaire, chaque groupe de participants invoque des principes de l'éthique médicale. Les premiers priorisent ainsi la non-malfaisance et la bienfaisance au patient, alors que les praticiens et éthiciens mettent en avant l'autonomie du patient qui est en droit de connaître ses résultats. Cette tension entre d'une part l'autonomie du patient, et la non-malfaisance, est considérée comme inhérente à la surveillance de santé publique (L. M. Lee et al., 2012). La décision d'annoncer ou non fait ainsi l'objet de débats sur lesquels il est difficile de se positionner, et pour lesquels l'éthique médicale ne permet pas d'avoir une position claire, ce qui est d'ailleurs constitutif de l'éthique en général puisqu'elle « *n'est pas cristallisée [...] ne dit pas quoi faire et n'est donc pas productive dans l'immédiat* » (Caux, 2005 : 133). Dans ce cas, faut-il écouter les experts reconnus de l'éthique et de la médecine ? Ou les survivants de la MVE, qui peuvent être considérés comme experts de la maladie et

qui sont ainsi plus représentatifs des personnes à qui s'adresseraient ces annonces ? Ces questions restent ouvertes, et il semble difficile d'y répondre.

Les personnes entendues lors de ces deux enquêtes fondent leur argumentaire en fonction de leurs représentations et valeurs, qui sont à la fois individuelles et subjectives mais aussi collectives et construites socialement, des représentations qui sont les produits de contextes spécifiques. Ces contextes peuvent être multiples, et ici on peut notamment parler du « contexte guinéen » dans une perspective globale, du cadre professionnel des médecins, et du groupe social des personnes guéries de la MVE, qui sont autant de contextes. Pour illustrer le fait que les arguments évoqués par les enquêtés sont le fruit de contextes spécifiques, on peut citer une enquête menée en 2017 auprès d'étudiants en médecine au Chili à propos de leurs avis quant au maintien de la déclaration obligatoire des avortements alors requise par la loi (les interruptions de grossesse étant illégales, excepté pour raisons médicales, ou suite à une agression sexuelle). Les auteurs de cette enquête ont montré que les futurs médecins qui étaient favorables à la déclaration des avortements étudiaient majoritairement dans les universités catholiques, alors que ceux qui indiquaient qu'ils prioriseraient plutôt le droit à la confidentialité de la patiente venaient d'établissements laïcs (Ramm et al., 2020). Dans cet exemple on voit bien que les positions des personnes interrogées dépendent en grande partie de leurs convictions religieuses, qui s'inscrivent dans un cadre politique pénalisant le recours à l'avortement. De même, deux enquêtes menées à propos de l'annonce de la drépanocytose en Côte d'Ivoire et en République du Congo ont montré que des praticiens n'annonçaient pas toujours le diagnostic de cette pathologie aux patients analphabètes en présumant qu'ils ne pourraient pas comprendre comment éviter et gérer les crises associées à cette maladie (Bonnet, 2001 ; Ngolet et al., 2011). Ici c'est le contexte professionnel marqué par un fort paternalisme médical qui semble jouer sur les représentations de ces médecins, et d'après les propos de nos interlocuteurs cette vision paternaliste de la relation patient-médecin est aussi marquée en Guinée.

Ainsi, dans des situations entraînant des dilemmes éthiques, il est recommandé de questionner les contextes dans lesquels elles interviennent pour éclairer les décisions et ne pas toujours se concentrer sur la seule perspective de l'éthique biomédicale (Jecker & Atuire, 2022). Dans les contextes africains (au sens large) il est reconnu que les principes de l'éthique ne sont pas toujours représentatifs des pratiques et représentations locales, l'éthique médicale se voulant universelle mais étant surtout occidental-centrée (Anane-Sarpong et al., 2018 ; Anglaret & Msellati, 2003 ; Jecker & Atuire, 2022). Dans certains pays annoncer à un patient sa mort imminente peut être vu comme un acte criminel (Kpanake et al., 2018). A propos de l'annonce d'un cancer en phase terminale, par exemple, une enquête d'opinion menée au Togo a révélé que de nombreuses personnes interrogées étaient défavorables à ce que cette annonce soit faite au patient, et parfois aussi à ses proches, pour éviter de les traumatiser (Kpanake, Sorum, et al., 2016). Il y a également des débats entre praticiens à ce sujet en Occident, et en Australie certains oncologues et patients interrogés se disent davantage favorables au fait d'annoncer le diagnostic en priorité aux proches du patient (Hagerty et al., 2005). Dans le contexte présenté ici, il n'apparaît par exemple pas nécessairement non-éthique de ne pas annoncer son résultat sérologique à une personne faussement infectée par la MVE, ce type d'omission étant fréquent à propos de l'annonce d'affections engageant le pronostic vital, afin de protéger la santé mentale des patients.

Depuis les années 2000, il y a ainsi des débats en santé publique à propos de l'opposition entre éthique universelle, et éthique contextuelle (Anglaret & Msellati, 2003 ; Bonnet, 2003 ; Marshall & Koenig, 2000). Ces discussions ont le mérite d'avoir mis en avant le fait que l'éthique biomédicale était surtout occidental-centrée, mais la mise en avant d'une vision seulement contextuelle de l'éthique a

également été critiquée. Les principes éthiques et la déontologie médicale ont été élaborés en 1945 après le procès de Nuremberg afin que les atrocités commises dans le cadre de recherches biomédicales ne soient plus reproduites, et le consentement des participants est notamment devenu primordial (Massé, 2003). Afin d'éviter toute dérive, certains auteurs conseillent ainsi d'être prudents vis-à-vis du concept d'éthique contextuelle, qui pourrait être utilisé pour justifier des pratiques abusives, notamment à l'égard des femmes ou des minorités (Anglaret & Msellati, 2003 ; Massé, 2000).

Conclusion

Ce neuvième chapitre de la thèse était consacré à la question des résultats des enquêtes de surveillance de santé publique et de leur partage aux participants. Nous avons vu qu'aujourd'hui le cadre éthique préconisé par l'OMS n'est pas strict sur ce sujet, et qu'il est conseillé de ne divulguer que des résultats considérés comme pertinents, à des publics qui eux aussi doivent être considérés comme pertinents. Cette question appelant celle de l'annonce plus générale de résultats de tests ou de diagnostic médical, nous avons dans un premier temps dressé un portrait des pratiques observées en Guinée à ce propos. Nous avons notamment montré que la formation des médecins faisait parfois défaut à ce sujet, et que des manquements à la déontologie pouvaient avoir lieu, ce qui contrevient à la confiance des patients, déjà fragile en Guinée.

Nous avons ensuite présenté les résultats de deux enquêtes menées à propos de l'annonce de résultats sérologiques réalisées, ou allant être réalisées, dans le cadre de recherches sur la MVE et le Covid-19. Les premières ont révélé que certaines personnes déclarées guéries de MVE présentaient une sérologie négative (ce qui supposait une absence d'infection antérieure) ; alors que certains proches de survivants n'ayant pas été diagnostiqués positifs lors de l'épidémie avaient, eux, des résultats sérologiques positifs (et avaient donc été très probablement contaminés sans le savoir). L'annonce de tels résultats pouvant avoir des répercussions sur les personnes concernées, nous avons réalisé une enquête d'opinion auprès de différentes personnes dans le but de discuter de la pertinence de ces annonces. Nous avons vu que selon leurs profils les personnes interrogées avaient des positions différentes quant au partage de ces résultats dans le cadre de la MVE. A propos de la seconde étude, l'annonce des résultats individuels aux participants aux enquêtes de séroprévalence du SARS-Cov-2 était discutée par les enquêtés, mais elle faisait moins débat que la première situation. Les enquêtes de surveillance en population n'avaient alors pas eu encore lieu, et les enquêtés, comme l'équipe du projet en charge de ces recherches, se questionnaient surtout sur les incertitudes scientifiques qui demeuraient à propos du virus et de la signification des tests réalisés.

Ces deux situations concernent des virus sur lesquels plusieurs inconnues demeurent effectivement, et ce, malgré les nombreuses recherches réalisées (en particulier sur le SARS-Cov-2). Elles peuvent ainsi renseigner sur la question plus large de la gestion des virus émergents. Elles permettent de montrer que derrière des enquêtes de surveillance, il y a des participants, et des professionnels, qui se questionnent sur la pertinence de l'annonce des résultats, et qui ont parfois des avis antagonistes à ce sujet.

CINQUIEME PARTIE : DISCUSSION GENERALE

La cinquième partie discute les résultats des différentes enquêtes réalisées dans le cadre de cette thèse présentées dans les parties précédentes. Nous commencerons par exposer un bilan des limites de ce travail, et des pistes pour de futures recherches dans le dixième chapitre. Nous développerons ensuite une discussion plus générale, articulée autour des notions de sécurité et de couverture sanitaires, ainsi que quelques recommandations.

CHAPITRE 10 : LIMITES ET PERSPECTIVES

Dans ce dixième chapitre nous présenterons un bilan des limites de ce travail, ainsi que des pistes pour de futures recherches.

10.1 Limites de la thèse

Cette thèse présente plusieurs limites. Notons pour commencer que le doctorat a été mené dans des conditions sanitaires et politiques qui ont parfois constitué un frein aux enquêtes, et qui sont indépendantes de son élaboration. De même, il y a eu une nécessité de réadapter le protocole initial à la réalité de la mise en œuvre des interventions qui devaient être observées, notamment dans le cadre de la PNSC, puisque que celle-ci n'était pas autant déployée que cela avait été pressenti au départ.

En outre, nous pouvons évoquer des difficultés inhérentes aux choix qui ont été faits en termes de méthodologie. Ce travail a été effectué dans quelques localités de Guinée, et il pourrait donc lui être reproché de ne pas être représentatif de la situation générale du système de santé. Il est effectivement possible que dans d'autres préfectures, ou régions, d'autres observations auraient pu aboutir à des résultats différents, notamment à propos de la réalisation de la SBC (qui fonctionne peut-être mieux ailleurs que dans les localités visitées). Néanmoins, des éléments comme la grille de rémunération des RECO, sont illustratifs d'une situation plus globale puisqu'ils sont décidés à l'échelle nationale. Il en est de même de la question de la pérennité des financements et des programmes, qui est un défi fréquent en Guinée, également mentionné dans la littérature. De plus, des observations réalisées lors d'ateliers ayant regroupé divers acteurs exerçant dans plusieurs régions, permettent de souligner qu'une grande partie de nos résultats semblent révélateurs d'une tendance générale, par exemple à propos de la faible décentralisation des ressources matérielles et humaines nécessaires à la réalisation des interventions de surveillance et de santé communautaire.

Ensuite, dans le cadre des enquêtes menées sur les effets locaux des politiques et stratégies de santé communautaire et de riposte aux épidémies, les populations, excepté les ressortissants de celles-ci impliqués dans le système de santé ou la lutte contre les épidémies, ont été peu questionnées. Il aurait pu être intéressant de s'adresser à des personnes de la population « générale » (au sens de non-investies dans le système de soin) afin de s'enquérir de leurs perceptions vis-à-vis des interventions,

et notamment des missions et rôles des agents communautaires. Cela a été réalisé à Gouécké et à Palia, où des personnes non professionnelles de santé ont parfois été interrogées, mais dans une moindre mesure.

De même, dans ces localités il aurait sans doute été intéressant d'échanger davantage avec les acteurs communautaires du système de soins que l'on pourrait qualifier de « parallèle », tels que les matrones, les tradithérapeutes, voire les féticheurs (qui conjure par exemple les envoutements, et sont particulièrement réputés en région forestière). Recueillir leurs avis quant aux projets menés dans le cadre de la santé communautaire, ou en contexte de riposte épidémique, aurait sans doute été fructueux puisqu'il s'agit des acteurs les plus en lien avec les problèmes qui touchent les populations. Mais la réalisation des enquêtes sur un temps déterminé nécessite d'opérer des choix, et nous avons ainsi choisi de nous concentrer principalement sur les acteurs communautaires ayant un rapport officiel avec le système de soins. En outre, aucun agent communautaire de santé animale n'a été interrogé durant ces enquêtes, car aucun d'eux n'a été rencontré dans les localités visitées (il ne semble pas que leur mission fasse l'objet d'un statut formel, contrairement par exemple aux RECO). Un seul acteur membre d'un COSAH a été rencontré lors de ce travail, bien que là encore une enquête auprès des COSAH aurait pu s'avérer intéressante puisque la PNSC leur confère (en principe) un certain poids dans les prises de décision au niveau local (comme à l'époque des SSP). Une enquête plus approfondie auprès des COSAH, à propos de leur rôle, de leur fonctionnement et de leur capacité d'action serait sans doute intéressante en complément de cette thèse (aussi, ce point peut également être évoqué dans les perspectives de recherches).

Si quelques experts ont été interrogés au Ministère de la santé et à l'ANSS à propos de l'historique et de la mise en œuvre des interventions de santé communautaire et de surveillance, aucun représentant des organisations internationales partenaires de ces programmes (comme l'UNICEF ou la Banque mondiale) n'ont été rencontrés, principalement car ces organisations ne semblent opérer qu'une forme de soutien, et ne pas, ou peu, guider les décisions.

Pour les différentes raisons évoquées ci-dessus, ce travail aurait pu être mené d'une manière différente, et il aurait peut-être pu prendre la forme d'une ethnographie réalisée sur un temps long dans une même localité (de niveau sous-préfecture en milieu rural, ou de type quartier en zone urbaine) afin de renseigner les divers déterminants, intervenant à différents niveaux, des politiques et programmes de santé communautaire et de surveillance de santé publique. A la place, il a été préféré une enquête multi-située pour obtenir des résultats plus illustratifs de la variété des situations, mais une approche plus ethnographique, et plus immersive, aurait sans doute produit des résultats spécifiques plus approfondis.

Enfin, il semble important de noter que la question du genre a été peu abordée dans ce travail. Il est pourtant possible que le genre introduise des différences, notamment dans la réception des sensibilisations menées par les RECO par les habitants, puisqu'il est probable – comme le suggérait l'un d'eux (Siba) – que les aspects liés à la santé féminine soient par exemple plus facilement abordés par des femmes. Il est également possible que les femmes soient davantage impactées que leurs collègues masculins par le caractère délétère des conditions d'exercice allouées à ces agents, dans un contexte où la situation sociale des femmes est bien souvent désavantageuse (O. S. Doumbouya et al., 2008 ; T. Y. Sylla & Taverne, 2020). D'une manière générale, la question du genre est souvent invisibilisée dans les études sur les interventions de santé globale (Harman, 2016), alors que la lutte pour l'égalité entre les sexes est un objectif des ODD. Un rapport publié en juillet 2022 montre qu'à l'échelle mondiale les femmes exerçant dans le domaine sanitaire gagnent près d'un quart moins que leurs homologues

masculins (OMS, 2022) et qu'il s'agit ainsi d'inégalités à mettre en lumière. Les éventuelles différences liées au genre des acteurs communautaires auraient donc pu mériter une attention particulière au sein de ce travail.

Certaines limites de cette thèse peuvent aussi être considérées comme des perspectives, aussi elles seront présentées dans la section suivante.

10.2 Perspectives de recherche

Afin de poursuivre les travaux présentés ici, il pourrait être envisageable de mener de futures enquêtes. Lorsque le deuxième séjour de terrain se terminait, en juin 2021, la question des financements nécessaires à la poursuite de la PNSC paraissait complexe (du moins, à Macenta). Pour rappel, il était question au départ que les frais de fonctionnement (notamment le paiement des agents communautaires) soient supportés par les fonds miniers (à travers l'ANAFIC), après les dotations initiales des organisations internationales partenaires. Mais en juin 2021, les acteurs de la DPS de Macenta indiquaient que le paiement des RECO allait finalement être imputé sur le budget des collectivités locales, et que les décideurs réfléchissaient à mettre en place des impôts locaux pour supporter ces frais. D'autres interlocuteurs indiquaient que les communes étaient chargées d'élaborer un plan de développement local, afin de demander un soutien financier à l'ANAFIC, mais celui-ci n'était pas encore écrit et n'a pas pu être consulté. La situation ne semblait donc pas très claire, et il apparaît important de poursuivre les recherches à ce niveau afin de savoir quelle voie a finalement été choisie, et si elle est acceptable pour les populations (ce qui paraît discutable si le modèle choisi est celui des impôts locaux, et non plus du prélèvement sur les revenus miniers), et d'étudier les effets sociaux et économiques de ce nouveau mode de financement.

Lors de ces enquêtes, aucun membre des plateformes dites « One Health », qui ont été mises en place au niveau préfectoral sur tout le territoire en 2017, n'ont été rencontrés. Ces plateformes sont supposées améliorer les capacités de détection et de riposte précoces aux menaces sanitaires, que celles-ci soient liées à la santé humaine, animale ou environnementale. A ce titre, il pourrait être envisagé d'enquêter davantage auprès de certaines de ces plateformes (éventuellement dans chacune des quatre régions du pays) afin de voir comment elles fonctionnent, quels sont les profils des membres qui les composent, et quelles sont les conditions mises à leur disposition pour réaliser leurs missions. Il s'agirait par là de voir en quelque sorte si elles survivent à « l'épreuve des contextes » (Olivier de Sardan, 2021), étant donné qu'elles sont développées par les autorités sanitaires nationales avec l'appui de partenaires internationaux, et qu'il est ainsi probable que comme toutes interventions de ce type elles soient peu adaptées aux contextes locaux. Ces travaux pourraient être menés dans le cadre de la coalition de recherche PREZODE (Preventing Zoonotic Diseases Emergence) à laquelle la Guinée prend part (CIRAD, 2022).

Lors de la mission d'enquête collective réalisée au cours de l'épidémie d'Ebola de 2021, deux collègues ont enquêté sur les pharmacies et lieux de soins non officiels (c'est-à-dire qui ne sont pas reconnues officiellement par l'Etat, et qui sont tenues par des personnes qui n'ont pas toujours de formation en santé) à Gouéké (Le Marcis & Mari-Saez, 2021)¹¹⁹. J'ai également eu l'occasion de réaliser des observations au sein d'une structure comme celle-ci, tenue par l'ancien RECO de Palia qui s'est reconverti après sa démission. Ces structures semblent jouer un rôle important dans ces deux localités,

¹¹⁹ Voir plus précisément l'enquête de Germain Bonamou, Siba Grovogui, Ibrahim Camara, Jacques Achille Théa « Les Itinéraires Thérapeutiques » (Le Marcis & Mari-Saez, 2021 : 25-39).

et elles semblent concentrer une grande partie des soins réalisés dans ces communes. A Sérédou, la pharmacie de Siba ne désemplit pas, au point qu'il est secondé par quatre stagiaires dans un espace de moins de 10 m² (il a construit une extension depuis), et que les agents du centre de santé de la ville viennent fréquemment s'y fournir en médicaments, ou y réfèrent des patients. Ces structures, car elles sont au plus près des populations, jouent un rôle indéniable dans ce que l'on nomme la santé « communautaire », et de plus amples enquêtes pourraient être réalisées à leur sujet. Pour ce faire, il sera important de veiller à réaliser ces enquêtes avec bienveillance, en se départissant du regard dévalorisant sur ces structures, qui sont fréquemment considérées comme des lieux de « mauvaises pratiques ».

Il semble particulièrement judicieux et important de se pencher davantage, et de manière pluridisciplinaire, sur la population des personnes ayant survécu à Ebola (qu'il s'agisse des survivants de la première ou de la deuxième épidémie) afin de déterminer s'il est souhaitable d'établir un suivi particulier à leur égard, au regard des résultats de séquençage réalisé en 2021 (qui indiquaient une résurgence du virus : A. K. Keita, Koundouno, et al., 2021). Si l'option du suivi est choisie, il conviendra de déterminer les conditions dans lesquelles il devrait être réalisé afin que la stratégie soit la plus acceptable possible. Pour ce faire, on pourrait imaginer que des personnes guéries puissent participer aux réflexions (et veiller à ce qu'il ne s'agisse pas que de professionnels de santé afin de convoquer des personnes aux profils divers, comme nous l'avons fait pour la question des résultats sérologiques discordants).

CHAPITRE 11 : POUR UNE CONCILIATION DES OBJECTIFS DE SECURITE ET DE COUVERTURE SANITAIRES EN GUINEE, ET AU-DELA

Tout au long de cette thèse nous avons évoqué les enjeux relatifs à la santé communautaire et à la surveillance des maladies, en contexte de préparation et de riposte aux épidémies en Guinée. Notre objectif principal était, pour rappel, de questionner les déterminants de la mise en œuvre des interventions de santé communautaire et de surveillance menées au niveau local, et nous avons réalisé des enquêtes à la fois en contexte de préparation mais aussi de riposte épidémique. Les résultats de ces enquêtes permettent dans ce onzième chapitre de discuter du modèle choisi pour la lutte contre les épidémies, en proposant un bilan des avancées et des difficultés, des facteurs favorables et limitants en matière de stratégies de préparation et de riposte aux épidémies en Guinée.

11.1 L'implémentation de la préparation aux épidémies : des avancées progressives en Guinée

Les interventions menées à la faveur de la préparation aux épidémies sont en cours en Guinée. Comme nous l'avons vu, c'est après que la première épidémie d'Ebola (2013-2016) ait révélé avec une certaine violence les profondes faiblesses du système de santé, qu'il y a eu un appel à renforcer la préparation nationale à de nouvelles épidémies. Le modèle choisi depuis par les autorités sanitaires repose sur une amélioration des capacités de détection et de réponse aux épidémies, à travers notamment le renforcement des capacités de surveillance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ces interventions relatives à l'amélioration de la sécurité sanitaire s'accompagnent également d'un renforcement plus global du système de santé en vue d'améliorer la couverture sanitaire du pays, conformément aux recommandations de l'OMS (WHO, 2017a, 2018a), et aux ambitions développées dans le PNDS 2015-2024 qui mentionne que :

« Le défi majeur du système de santé pour les années à venir est d'élargir la couverture sanitaire à l'ensemble de la population par le renforcement des prestations des services de santé et le développement de la santé communautaire. Pour relever ce défi, le système de santé doit faire face à : l'amélioration de la gouvernance du secteur, la disponibilité de ressources humaines de qualité et motivées, le renforcement des infrastructures et des équipements, l'adoption d'un financement adéquat et équitable, la disponibilité des médicaments, autres produits de santé de qualité et technologies médicales, le relèvement de l'efficacité du système d'information sanitaire et de la recherche » (Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2024, 2015 : 47).

Pour répondre à ces objectifs, le Ministère de la santé a élaboré une nouvelle politique nationale de santé communautaire en 2017 (*Politique Nationale de Santé communautaire*, 2017). Cette politique, bien qu'elle soit récente, repose sur une longue histoire de santé communautaire que nous avons présentée dans les troisième et quatrième chapitres. À la période coloniale, des acteurs locaux étaient parfois impliqués comme intermédiaires entre l'administration et les populations, évoquant ainsi le rôle des agents communautaires actuels. Par la suite, le gouvernement de Sékou Touré a souhaité mettre en place une politique de santé nationale basée sur des principes de justice sociale, entamant ainsi une approche de santé communautaire. Mais il faut attendre la fin des années 1980 pour que soit développée la première politique nationale de santé communautaire reconnue comme telle, sous l'impulsion de l'Initiative de Bamako. Cette politique, dite des SSP, a contribué à améliorer l'offre de

soins, mais dans une certaine mesure et dans un temps limité. Après son déclin, l'intérêt pour la santé communautaire n'a pas été abandonné, mais il a pris la forme d'interventions limitées dans le temps, disparates, peu coordonnées, et ciblant souvent des pathologies particulières, à l'image des programmes dits « verticaux ». C'est finalement après la première épidémie d'Ebola en 2013-2016, que la question de l'institutionnalisation de la santé communautaire a refait surface.

Depuis cette épidémie, des progrès sont ainsi à souligner. Les capacités laboratoires de la Guinée ont notamment été considérablement améliorées. La caractérisation des virus SARS-Cov-2, et d'Ebola en 2021 ont par exemple pu être réalisées sur le sol guinéen (Aborode et al., 2021 ; Delamou et al., 2021), alors qu'il avait fallu le concours de laboratoires européens lors de la première épidémie de MVE. Le système de surveillance, bien qu'il laisse encore voir des difficultés, a également été considérablement renforcé depuis cette épidémie (S. Keïta, 2021). L'épidémie de Marburg survenue en 2021 a notamment été détectée de manière précoce, les agents du centre de santé ayant reçu le seul cas confirmé (dans la préfecture de Guéckédou) ayant été formés à la reconnaissance des FHV (OMS Guinée, 2021b).

Des progrès sont également visibles en termes de mobilisation en cas de riposte. Dans leur rapport rédigé à propos de la lutte contre Ebola (2013-2016), les experts de *l'Independent Panel on the Global Response to Ebola*¹²⁰ avaient proposé une série de recommandations pour la réponse à de futures épidémies (Moon et al., 2015). Ils préconisaient notamment aux autorités des pays touchés de mobiliser plus précocement une assistance externe en cas d'urgence à l'avenir, et cela a été pris en compte puisque les autorités guinéennes ont rapidement sollicité le soutien d'institutions partenaires dans la lutte contre les dernières épidémies (Covid-19 en 2020, puis Marburg, Lassa, et Ebola en 2021), et des ripostes multi-institutionnelles ont été mises en place (Coordination des partenaires de la riposte, 2021 ; OMS Guinée, 2021c). Cela a très certainement été facilité par le renforcement des partenariats depuis la première épidémie d'Ebola, par exemple avec le CDC (Hemingway-Foday et al., 2019).

Par ailleurs, l'ANSS, et d'autres organes du Ministère de la santé, ont bénéficié d'investissements conséquents en termes de ressources humaines et matérielles (S. Keïta, 2021). De nombreux experts ont été formés en épidémiologie de terrain dans le cadre du programme FETP (André et al., 2017), notamment des acteurs institutionnels rencontrés dans le cadre de cette thèse. Cela a permis un déploiement rapide de professionnels formés pour l'investigation autour des premiers cas confirmés et le traçage des cas contacts lors de l'épidémie d'Ebola de 2021 (Delamou et al., 2021 ; S. Keïta, 2021), bien que comme nous l'avons vu les équipes d'agents de santé locaux ont parfois dû s'organiser avant l'arrivée de ces derniers. De même, le Ministère de la santé a pu rapidement composé et déployé une équipe pour la vaccination en ceinture, avec le soutien de l'OMS (Delamou et al., 2021). De nouvelles structures comme le CERFIG ont également permis de mobiliser une expertise multidisciplinaire, et ce de manière précoce, en termes de capacités laboratoires, mais aussi d'analyse socio-anthropologique (Le Marcis & Mari-Saez, 2021).

On peut également souligner des améliorations à propos de la continuité des soins en contexte épidémique. Les interventions de routine visant les maladies négligées (telles que l'onchocercose, la bilharziose, ou la filariose) ont diminué lors des premiers mois de la pandémie de Covid-19 (McKay et

¹²⁰ Ce groupe était composé de 19 membres, issus de deux institutions prestigieuses : l'Université Harvard et la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Leur rapport a été publié dans *The Lancet* (Moon et al, 2015).

al., 2021 ; Sakho et al., 2021), mais elles n'ont pas été complètement à l'arrêt comme lors de l'épidémie d'Ebola de 2013-2016, conformément aux préconisations de l'OMS .

Sakoba Keïta, ancien directeur général de l'ANSS, souligne que lorsque l'épidémie de Covid-19 a été déclarée en mars 2020, les autorités sanitaires étaient assurées de leurs compétences à riposter grâce à leurs expériences acquises dans la lutte contre Ebola (S. Keïta, 2021), et bien que des réserves avaient été formulées à ce propos (Delamou et al., 2020). Dans son ouvrage écrit quelques mois plus tard, il concédait néanmoins que « *chaque méthode de lutte ou de riposte n'est jamais acquise d'emblée* » (S. Keïta, 2021 : 8), et malgré les améliorations et efforts décrits plus haut, la préparation et la riposte aux épidémies font encore face à des difficultés en Guinée. En février 2021 par exemple, lorsque l'épidémie d'Ebola a été déclarée il y avait déjà au moins quatre personnes décédées du virus et un grand nombre de personnes exposées. L'alerte, bien qu'elle ait été bien plus rapide que lors de la première épidémie, n'a donc pas été suffisamment précoce (Delamou et al., 2021 ; A. K. Keita, Koundouno, et al., 2021). La riposte nationale au Covid-19 a également été freinée par les faiblesses toujours visibles du système de santé (I. Camara, Touré, et al., 2020). Selon Sakoba Keita, l'ensemble du système de surveillance doit être renforcé, ainsi que les ressources qui lui sont allouées. Il indique notamment que le budget national dédié à la surveillance de santé publique n'est « *pas assez conséquent* » (S. Keïta, 2021 : 27).

Selon l'OMS, il est essentiel que le renforcement du système de surveillance prenne en considération le niveau communautaire (WHO, 2017a). Or, nous avons vu dans le sixième chapitre qu'en Guinée la réalisation de la SBC au niveau local était limitée par différents facteurs. En questionnant les déterminants de sa réalisation en contexte épidémique (en tant qu'outil de riposte) et non épidémique (en tant que moyen de détection des émergences), il est apparu que cette forme de surveillance peinait à subsister depuis le retrait des partenaires des programmes de soutien mis en place avec la première épidémie d'Ebola, y compris dans une zone où exerce un RECO. La SBC ne semble pas avoir été une stratégie importante dans la lutte contre l'épidémie de Covid-19 et la deuxième épidémie d'Ebola survenue en 2021.

Si les capacités de détection des épidémies semblent s'être améliorées, des enquêtes réalisées dans plusieurs régions de Guinée et auprès de divers professionnels, ont montré qu'il existait encore des lacunes qui pouvaient contrevenir à la détection de nouvelles épidémies, et à la notification de cas en contexte de riposte (I. Camara, Toure, et al., 2020 ; Raab, Pfadenhauer, Millimouno, et al., 2020 ; Raab, Pfadenhauer, Nguyen, et al., 2020). La formation des professionnels de santé à la reconnaissance des cas de MPE paraît donc importante. Sur ce point, la formation des agents communautaires devrait également être renforcée, comme cela a d'ailleurs été indiqué pour la préfecture de Guéckédou (Guenin et al., 2022). Au-delà de la détection des épidémies, les formations des agents de santé aux mesures de PCI ont été améliorées (I. Camara, Touré, et al., 2020), mais elles paraissent encore insuffisantes puisqu'on a dénombré des professionnels de santé parmi les premiers cas de l'épidémie d'Ebola de 2021.

En dehors des points discutés dans cette première partie, il apparaît que la préparation aux épidémies gagnerait à être plus intégrée au système de santé, comme nous allons le développer maintenant.

11.2 Pour une préparation aux épidémies plus intégrée qui renforce le système de santé

Afin de rendre la préparation et la riposte aux épidémies plus efficaces, l'OMS recommande de concilier les objectifs de sécurité et de couverture sanitaires en renforçant efficacement les systèmes de santé (WHO, 2017a, 2021). Pour l'Africa CDC, ces objectifs doivent aussi être une priorité

pour les Etats africains afin qu'ils bâtissent des systèmes de santé efficaces, résilients et équitables, en accordant une attention particulière au niveau communautaire (Africa CDC, 2021a). Bien que cette double approche soit celle choisie par les institutions sanitaires guinéennes après l'épidémie d'Ebola, nos résultats, comme d'autres travaux, indiquent que la sécurité sanitaire concentre encore majoritairement l'attention des organisations sanitaires nationales et leurs partenaires, et que le renforcement de l'accès des populations à des soins de base est insuffisant.

Dans le cinquième chapitre, nous avons mis en avant le fait que la récente PNSC, bien qu'elle permette quelques avancées, ne garantit pas encore une amélioration de la couverture sanitaire dans les localités visitées, et des inégalités sont visibles entre communes en termes d'allocation des ressources. Les constats sont équivalents dans les communes qui ne sont pas encore couvertes par la PNSC, où différentes organisations nationales et internationales peuvent impliquer des agents communautaires. Les populations des villages visités en région forestière peinent encore à recevoir des soins de qualité, ce qui est une tendance globale sur l'ensemble du territoire (Somparé, 2020). Dans les structures sanitaires de ces localités, l'approvisionnement en intrants (comme les TDR pour le paludisme, ou les équipements de protection) n'est pas toujours assuré, y compris pour celles qui bénéficient de soutien matériel dans le cadre de la PNSC. Bien que les institutions sanitaires nationales encouragent la décentralisation du système de soins dans le cadre de la PNSC, les ressources humaines et matérielles sont concentrées dans les grandes villes du pays, et encore davantage à Conakry. Dans les zones où nous avons mené des enquêtes, des problèmes subsistent en termes de ressources humaines : certains RECO démissionnaires ne sont par exemple pas remplacés, et le fonctionnement des centres de santé repose en grande partie sur l'implication de stagiaires, particulièrement précaires, comme dans la grande majorité des établissements publics et privés sur l'ensemble du territoire (Somparé, 2020). Dans les localités visitées, la réalisation des actes de soins courants, comme les accouchements, est limitée par un nombre insuffisant d'agents de santé formés et un manque de matériels adéquats. Dans ce contexte, les populations ne se rendent pas nécessairement dans les structures officielles du système de santé. En Sierra Leone, il a d'ailleurs été souligné que si les populations ne se rendent pas dans les structures sanitaires en cas de forte fièvre, ou lors de décès soudains dans une même famille (des éléments qui peuvent indiquer une occurrence de FHV), et qu'elles se tournent davantage vers la médecine traditionnelle, c'est aussi car elles considèrent qu'elles y trouveront des soins plus adaptés (Wilkinson et al., 2017). Dans ce type de contextes, si l'implication d'agents communautaires peut améliorer la détection et la prise en charge de certaines pathologies en population, elle n'est pas suffisante et doit s'accompagner d'un accroissement des ressources humaines et matérielles dans les structures sanitaires (Adom et al., 2019 ; Maes, 2015).

La couverture sanitaire des populations apparaît donc encore limitée en Guinée malgré les stratégies menées à la faveur de la préparation aux épidémies. Cela est en partie dû au fait que les interventions sont souvent décontextualisées, ce qui est une caractéristique globale de la préparation aux épidémies (David & Le Dévédec, 2019). En Guinée, l'élaboration de ces stratégies en dehors de leurs contextes d'implémentation entraîne des incohérences, des inégalités, voire des absurdités, et la préparation prime souvent sur les autres interventions de santé publique, notamment sur le renforcement plus global du système de santé. Le CTE construit pendant l'épidémie d'Ebola à Coyah (Wonkifong) a par exemple été abandonné suite à l'épidémie alors qu'il aurait pu être transformé en centre de santé (Gomez-Temesio, 2022). Dans une petite ville de la région maritime, un CT-EPI flambant neuf doté de panneaux solaires qui n'a jamais servi, est mitoyen à un centre de santé dans lequel les équipes réalisent fréquemment des accouchements à l'aide de lampes torches, cette structure ne profitant pas du même matériel (Attas, 2022). Nous avons également vu que malgré la construction d'un CT-EPI à

Macenta depuis la première épidémie d’Ebola, celui-ci n’a été fonctionnel qu’après plusieurs mois pour le test et la prise en charge des cas de Covid-19, faute de réception des intrants et d’un renouvellement de la formation du personnel. Des structures dédiées à la lutte contre les épidémies ont donc été érigées mais elles ne sont pas toujours fonctionnelles, ce qui rappelle les constats dressés à propos de la politique des SSP à la fin des années 1980. Pour citer un autre exemple, dans les prisons de Guinée, et d’autres pays africains, les programmes de santé ne couvrent que la prévention des MPE (et nombre de projets ont vu le jour avec le Covid-19), alors que les autres besoins sanitaires des détenus ne sont pas pris en charge (Le Marcis, 2020).

Ainsi, les améliorations dont le pays a fait preuve depuis la première épidémie d’Ebola concernent davantage la sécurité sanitaire, et des limites subsistent en termes de couverture sanitaire. Cette situation est caractéristique de la préparation aux épidémies au niveau mondial (Lakoff, 2017 ; Zylberman, 2016). En 2020 des auteurs du *Lancet* soulignaient que les objectifs de sécurité sanitaire, et de couverture sanitaire universelle¹²¹, sont bien souvent considérés de manière séparée, et ne sont que rarement associés dans des stratégies communes, ce qui est regrettable et inefficace (Lal et al., 2020). Bien que le renforcement des systèmes de santé soit particulièrement plébiscité en théorie, son application est donc encore insuffisante dans le monde, ce qui a été particulièrement démontré par la pandémie de Covid-19, comme le souligne le Conseil mondial du suivi de la préparation¹²² : « [la pandémie de Covid-19] s’est immiscée dans les fissures des sociétés et des nations et les a aggravées. Elle s’est nourrie des inégalités, nous rappelant de façon brutale qu’il n’existe pas de sécurité sanitaire sans sécurité sociale. La Covid-19 a profité du désordre du monde » (Conseil mondial de suivi de la préparation, 2020 : 2).

En Guinée, comme ailleurs, la sécurité sanitaire est priorisée pour affronter de nouvelles menaces sanitaires, au dépens parfois du système de santé. Dans ce cadre, l’approche développée par l’OMS en 2021 sous le nom de « *health systems for health security* » (que l’on peut traduire par « *les systèmes de santé pour la sécurité sanitaire* ») apparaît très intéressante pour le cas de la Guinée, et d’une manière plus globale (WHO, 2021). Celle-ci est basée en partie sur les leçons de la riposte globale au Covid-19. Elle repose sur le renforcement des systèmes de santé pour améliorer la couverture sanitaire universelle, afin que les épidémies (ou d’autres urgences sanitaire) puissent être plus facilement détectées, et que les systèmes de santé puissent efficacement lutter contre, et se montrer résilients :

"In implementing the health systems for health security framework the goals of UHC [Universal Health Coverage] (all people can access good-quality health services without financial hardship) and those of health security (minimize vulnerability to acute public health events that endanger the collective health of populations, including across geographic boundaries) must be taken into account. This implies health systems that can resist, absorb, accommodate, adapt to and recover from the effects of health emergencies in a timely and efficient manner" (WHO, 2021 : 7).

¹²¹ Dans les années 2010, ces termes ont remplacé les expressions de « soins de santé primaires » ou de « santé pour tous en l’an 2000 », mais ils recouvrent un objectif similaire : assurer un accès à la santé pour les populations du monde entier (Beaudevin et al., 2022). Pour l’OMS la couverture sanitaire universelle « signifie que toutes les personnes et toutes les communautés peuvent avoir accès aux services de promotion de la santé et aux services de prévention, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs dont ils ont besoin, ceux-ci étant d’une qualité suffisante pour être efficaces, tout en veillant à ce que l’utilisation de ces services n’expose pas l’utilisateur à des difficultés financières » (OMS, 2021a : 31).

¹²² Le Conseil mondial du suivi de la préparation (*Global preparedness monitoring board*) a été créé en 2018 à l’initiative de la Banque mondiale et de l’OMS, il est composé de 15 membres. Son premier rapport a été publié en septembre 2019, soit trois mois avant la déclaration des premiers cas de SARS-Cov-2 à Wuhan.

Pour l'OMS, consolider le système de santé et la couverture sanitaire permet de renforcer la préparation et la riposte aux épidémies, et donc la sécurité sanitaire, puisque ces deux composantes se renforcent mutuellement (WHO, 2017a, 2021). Dans leur deuxième rapport paru en mai 2022, les experts du Panel indépendant pour la préparation et la réponse aux épidémies (*Independent panel for pandemic preparedness and response*¹²³) recommandaient ainsi d'assurer un investissement pérenne aux systèmes de santé publics, partout sur le globe (Clark et al., 2022), de même que la Commission du *Lancet* sur les leçons du Covid-19¹²⁴ (Sachs et al., 2022). La poursuite de la couverture sanitaire universelle est par ailleurs mentionnée parmi les ODD, dont l'objectif 3.8 ambitionne de « *faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable* ».

11.3 La prise en compte des déterminants sociaux et éthiques dans la préparation et la riposte aux épidémies

Les interventions menées dans le cadre de la préparation aux épidémies gagneraient donc à être intégrées au système de santé et à contribuer à son renforcement. Comme nous l'avons vu au cours de cette thèse, les stratégies menées à la faveur de la lutte contre les épidémies (en contexte de préparation et de riposte) peuvent parfois être limitées par des déterminants sociaux, tel que le sentiment d'abandon que ressentent fréquemment les populations de Guinée (Somparé, 2020). Lors d'épisodes épidémiques, des rumeurs apparaissent ainsi sur l'instrumentalisation politique de la maladie, les élites étant perçues comme profiteuses des importantes ressources mobilisées pour la riposte. Les représentations autour de « *l'Ebola-business* » nées lors de la première épidémie (Fribault, 2015 ; Somparé, 2020) ont refait surface lors de l'épidémie de 2021, et dans le cadre du Covid-19, c'est le « *Covid-business* » qui a été évoqué. Ces épidémies suscitent des moyens de lutte qui sont plus importants que ceux alloués à la lutte contre d'autres pathologies et affections plus courantes. Dans les localités visitées pour nos enquêtes de terrain, c'est souvent le paludisme qui a été cité par les interlocuteurs comme exemple des pathologies graves qui ne concentrent pas suffisamment l'attention des pouvoirs publics et des bailleurs. A titre d'exemple, les RECO et AC rencontrés dans la préfecture de Macenta ne recevaient pas de TDR et de traitement pour soigner les accès palustres, contrairement à ce qui est prévu dans la PNSC et par les ONG impliquées dans cette zone. Rappelons également que la précarité généralisée des populations guinéennes pouvait entraver la réalisation de la SBC. A Palia, la notification de décès suspects d'animaux n'a par exemple pas été possible car le RECO n'était pas en mesure de payer le déplacement de l'agent vétérinaire, comme le demandaient ses superviseurs du centre de santé (et contrairement à la procédure officielle). Dans les pays d'Afrique et d'Asie, la surveillance du bétail dans le cadre de la stratégie « Une seule santé », est également complexifiée par le fait que la notification de la maladie d'un animal peut plonger une famille dans l'extrême pauvreté, dans des contextes où elles dépendent fortement de l'élevage pour vivre (Goutard

¹²³ Le Panel indépendant pour la préparation et la réponse aux épidémies a été créé à la demande du Directeur général de l'OMS, et a débuté ses activités en septembre 2020. Il a pour mission d'établir des directives à l'encontre des institutions sanitaires pour améliorer la lutte contre les menaces sanitaires, sur la base de leçons apprises de la riposte globale au Covid-19 et de précédentes épidémies (Sirleaf & Clark, 2021).

¹²⁴ Cette Commission a été créée en juillet 2020 et regroupe 28 membres experts en politiques publiques, en coopération internationale, épidémiologie, économie, ou encore en sciences du développement durable et santé mentale. Leur travail consiste à élaborer des recommandations pour l'amélioration de la riposte à la pandémie de Covid-19, et à la gestion des crises induites par celle-ci (crises humanitaires et financières notamment).

et al., 2015). Ailleurs, c'est l'écart entre l'intérêt que porte les institutions internationales à la lutte contre la fièvre aphteuse (car elle peut avoir des conséquences désastreuses pour le marché mondial), et le fait qu'elle n'est pas considérée comme une priorité par nombre d'éleveurs précaires des pays asiatiques et africains où elle sévit, qui est cité en exemple (Roger, 2016). Cet écart entre l'intérêt porté à certaines pathologies au dépens d'autres s'inscrit dans les inégalités de la santé globale (Farmer, 2021; Gomez-Temesio & Le Marcis, 2021), et est lié à la priorité accordée aux interventions de sécurité sanitaire, comme nous l'avons déjà souligné.

La lutte contre les épidémies, et plus largement toutes les questions relatives à la santé, apparaissent ainsi comme des occasions pour les populations de signifier l'absence de prise en considération qu'elles ressentent, ce qui contrevient parfois au bon déroulement des stratégies de riposte. Lors de la première épidémie d'Ebola, des populations de certains quartiers de Conakry, ou de villages, ont revendiqué le fait qu'elles n'avaient pas d'accès à l'eau et qu'elles n'étaient ainsi pas en mesure de suivre les recommandations en matière d'hygiène et de prévention de la transmission (Somparé, 2020). Ces problèmes infrastructurels qui ne figuraient pas au départ dans les prérogatives de la riposte, ont pu entraver la lutte contre l'épidémie, tout en participant à la défiance des populations vis-à-vis des pouvoirs publics. Ainsi, les 40 premières communes couvertes par la PNSC, nommées « communes de convergence », devaient bénéficier d'un renforcement en matière de santé communautaire (à travers le déploiement des RECO et ASC), ainsi que dans d'autres domaines, comme l'éducation ou l'accès aux infrastructures d'assainissement (PNACC & DNSCMT, 2019). Si cet engagement de l'Etat et ses partenaires est à souligner, nous avons vu qu'en pratique la mise en place de ce programme était complexe et qu'il ne profitait pas de manière équitable à toutes les localités d'un territoire. Dans la préfecture de Macenta, si les populations de Sengbedou-centre ont pu bénéficier de la construction d'un CEC ou d'une petite usine, ce n'est pas le cas dans d'autres villages comme Sangolomai et Palia, où les bénéficiaires de ce programme sont peu perceptibles.

Il est évident que la préparation et la riposte aux épidémies ne peuvent être efficaces sans une amélioration simultanée des conditions de vie des populations, en leur assurant un accès aux services publics de base, telle que la fourniture en eau et en électricité (Timmermann, 2020). Cela est d'ailleurs mentionné dans les OOD 2015-2030, qui ambitionnent de « *garantir l'accès de tous à des services d'alimentation en eau et d'assainissement gérés de façon durable* » (objectif 6), et « *l'accès de tous à des services énergétiques fiables, durables et modernes, à un coût abordable* » (objectif 7). En Guinée, ces objectifs ne sont pas encore atteints, et dans le dernier rapport sur le développement humain du PNUD, le pays a été classé 182^e sur 191 (United Nations Development Programme, 2022). Plus globalement, l'atteinte des ODD a été ralentie dans le monde avec la pandémie de Covid-19, et les auteurs de la Commission du *Lancet* sur les leçons de la Covid-19 recommandent ainsi de leur accorder une attention particulière (Sachs et al., 2022). La poursuite des ODD participerait d'un réel engagement pour la santé des communautés, et en retour à une meilleure acceptabilité des mesures de préparation et de riposte. La prise en compte des besoins des populations en matière de santé, à travers une approche globale, permettrait donc à terme de renforcer la lutte contre les épidémies et la sécurité sanitaire. Dans ce contexte, le renforcement de l'accès aux soins des populations, évoqué plus haut, permettrait d'établir un modèle de préparation plus juste et plus adapté à leurs besoins.

Au-delà de la lutte contre les épidémies, les aspirations et considérations des populations devraient être prises en compte dans d'autres domaines de la santé publique, en particulier dans les programmes de santé communautaire qui sont supposés s'adresser à elles. Cela nécessite un réajustement des priorités définies par les institutions nationales et internationales (Cloekaert & Kuchler, 2020 ; Ridde et al., 2022). Des approches comme celle du PNACC visant l'amélioration des conditions de vie des

populations paraissent ainsi intéressantes et devraient être encouragées. Mais les stratégies engagées par les organisations nationales et internationales au titre de santé globale prennent rarement en compte les facteurs structurels ayant un impact sur la santé, comme l'accès à l'eau. A titre d'exemple, depuis les années 1970 le choléra touche plus sévèrement le continent africain, où il est devenu endémique à certains endroits. Cela est dû à des facteurs sociaux (les épidémies étant par exemple favorisées lors de guerres) et environnementaux (la maladie devient endémique dans certains milieux biologiques), mais surtout au fait que l'aménagement des systèmes d'assainissement et l'amélioration des conditions de vie des populations ont été considérées comme des stratégies peu attractives et qu'elles n'ont pas été priorisées (Echenberg, 2011). Les constats réalisés en Guinée ne sont pas isolés, et malgré les importantes ressources allouées à la santé globale (au titre notamment de la préparation aux épidémies), les conditions sanitaires des pays du Sud sont encore dégradées (Boyce et al., 2021 ; Nimako & Kruk, 2021). L'une des exceptions à ce modèle est l'ONG *Partners in Health*, cofondée par l'anthropologue Paul Farmer, et qui est parfois citée en exemple (Biehl & Petryna, 2013 ; Packard, 2016). Mais celle-ci bénéficie de fonds importants qui ne sont pas équivalents à ceux dont disposent de nombreuses organisations, et au cours de la première épidémie d'Ebola, *Partners in health* a notamment perçu davantage de fonds que l'OMS de la part des Etats-Unis (Turshen & Gezmu, 2017).

Au-delà d'une réorientation des stratégies menées à la faveur de la préparation aux épidémies, en Guinée, comme ailleurs, il est certain que la prise en compte des besoins des populations devrait aboutir à des changements de pratiques. L'OMS recommande ainsi de prendre en compte les valeurs et les préoccupations des populations dans l'élaboration et la mise en œuvre des activités de surveillance (WHO, 2017b), et qu'elles participent à la co-construction des interventions de préparation et de riposte aux épidémies (WHO, 2022). C'est ce que nous avons tenté de faire en réalisant une enquête d'opinion sur l'annonce de résultats sérologiques contradictoires avec le vécu des personnes infectées ou affectées par Ebola en Guinée, puisque les avis de personnes aux profils divers ont été pris en compte. A ce stade, une deuxième expertise semble nécessaire afin de prendre une décision finale sur l'annonce ou non de ces résultats, sur la base des arguments présentés par nos interlocuteurs.

En dehors de cet exemple lié à la question du partage des résultats individuels de surveillance, il est recommandé que des représentants des populations soient impliqués dans toutes les phases de l'élaboration des politiques et stratégies sanitaires (Gilmore et al., 2020). Au Burkina Faso, l'implication de comités consultatifs communautaires a par exemple été concluante dans l'élaboration de recherches menées dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida, et a permis d'élaborer des protocoles plus adaptés à leurs contextes d'implémentation (Berthé et al., 2013). Si ce type de comités est mis en place en Guinée, on peut imaginer que leurs membres seraient choisis parmi les « *experts contextuels* », pour reprendre le concept proposé par Jean-Pierre Olivier de Sardan¹²⁵ (Olivier De Sardan, 2021). Lors des enquêtes réalisées au sein des différents niveaux du système de santé, plusieurs acteurs répondant à la définition « *d'experts contextuels* » ont été rencontrés, y compris parmi des AC ou d'autres acteurs communautaires qui n'avaient pas de statut officiel dans le système de soins. Afin d'éviter l'implémentation d'interventions de préparation aux épidémies incohérentes, certains auteurs recommandent également d'impliquer les sciences sociales dès leur élaboration, afin qu'elles soient plus adaptées à leurs contextes d'implémentation (Lainé & Morand, 2020 ; Pickersgill et al., 2022 ; Ridde et al., 2022).

¹²⁵ Cette expression fait référence, pour rappel, aux acteurs des administrations publiques qui se montrent inventifs, réflexifs et soucieux quant à la contextualisation des projets ou programmes qu'ils mettent en place.

Mais si la prise en considération des aspirations des populations est souvent mise en avant en théorie, cela n'est pas toujours visible en pratique (Gilmore et al., 2020). Comme nous l'avons vu, en raison de l'expérience complexe de la première épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, la participation des populations a été vivement encouragée dans les pays de cette région afin que la riposte au Covid-19 soit effective. Cet appel a également concerné les pays du Nord (Marston et al., 2020), qui souffrent eux aussi d'une méfiance sociale vis-à-vis de la science et des sphères politiques (Horton, 2020). Mais ces ambitions n'ont pas toujours été assouvies, et en France par exemple la participation citoyenne à la prise de décision a été quasiment nulle, dans un contexte où « *les préoccupations gouvernementales [étaient] plus politiques, voire politiciennes, que sociétales* » (E. Hirsch, 2021 : 26). La situation décrite à propos de la faiblesse des interventions promouvant l'engagement communautaire en Guinée lors des épidémies de Covid-19 et de MVE, n'est donc pas isolée. Ceci est sans doute le signe que la démocratie sanitaire est un objectif difficile à atteindre, en partie car elle nécessite un certain engagement politique.

Le contexte social, économique et sanitaire dans lequel les stratégies de préparation et de riposte aux épidémies sont implémentées joue donc un rôle certain sur leur réalisation. En questionnant les déterminants sociaux et éthiques des stratégies de riposte, nous avons également vu que l'usage de la violence et des approches coercitives était souvent contre-productif, bien qu'elles aient parfois été choisies par les autorités politiques et sanitaires pour remédier aux difficultés de la réponse à la deuxième épidémie d'Ebola. Ces approches sécuritaires (voire militaires) ont par exemple contribué à la fuite d'une famille de cas contacts au mois de mars 2021. De ce fait, il semble important de former les professionnels (qu'il s'agisse des experts exerçant au sein des institutions, ou des agents de santé déployés dans les structures sanitaires) aux biais de ces approches qui considèrent les populations locales comme nécessairement récalcitrantes, et incultes vis-à-vis de la lutte contre les épidémies. La posture de dédain de certains professionnels du système sanitaire vis-à-vis des populations locales et des acteurs communautaires, avait aussi été observée lors de la précédente épidémie (Gomez-Temesio & Le Marcis, 2017 ; Somparé, 2020). Sur ce point, on peut noter que le cas de la Guinée n'est pas exceptionnel, et dans le cadre de la riposte globale au Covid-19, ce sont souvent des approches sécuritaires, et une forme de « *police sanitaire* » qui ont été mises en place (Fassin, 2021 : 13), n'arrangeant pas le fossé creusé entre les populations et leurs dirigeants dans certains pays (Timmermann, 2020). Pourtant l'article 3 du RSI recommande de toujours respecter la dignité et la liberté des personnes, en vertu du respect des droits humains (OMS, 2005), ce qui peut notamment passer par un plus grand respect accordé aux populations locales et à leurs ressortissants.

Ces relations particulières entre acteurs de la riposte et populations évoquent les observations réalisées à propos de la relation patient-médecin dans le neuvième chapitre. Nous avons vu que d'une manière générale, les pratiques d'annonce médicale étaient entravées par une relation souvent difficile entre les praticiens et patients, et que des manquements à l'éthique et à la déontologie médicales subsistaient. Il conviendrait ainsi de renforcer la formation des professionnels de santé sur ces dimensions, conformément à ce que recommande l'OMS à propos des interventions de surveillance (WHO, 2017b).

11.4 La reconnaissance des apports, des rôles et des besoins des acteurs communautaires du système de santé

Afin de renforcer la détection précoce des épidémies, et d'assurer une riposte la plus efficiente possible le cas échéant, l'OMS et l'Africa CDC recommandent d'impliquer des acteurs communautaires

dans le système de soins, afin qu'ils mènent des interventions de surveillance et de santé communautaire (Africa CDC, 2021a, 2021b ; WHO, 2017a). Il est notamment reconnu que les agents communautaires peuvent contribuer à la détection et la prise en charge de certaines pathologies, tel que le paludisme (Haines et al., 2007). Dans les pays du Sud, leur intervention est plébiscitée dans la préparation aux épidémies car ils peuvent réaliser une surveillance au plus près des populations (dans des contextes où la surveillance dans les structures est entravée par des ressources humaines et matérielles insuffisantes) et diffuser des messages de prévention sur les MPE (Boyce & Katz, 2019).

En Guinée, la mise en œuvre des activités prévues par la PNSC repose ainsi sur l'implication de deux types d'agents communautaires : les RECO, et leurs superviseurs, les ASC. Dans les communes qui ne sont pas couvertes par cette Politique, il peut y avoir des agents communautaires exerçant pour des ONG, qui sont affiliés à des centres de santé, mais sans que leur statut ne soit officiel. Le modèle choisi par les institutions sanitaires guinéennes suit donc les recommandations de l'OMS et de l'Africa CDC.

Comme nous l'avons vu, l'implication de ce type d'acteurs a été promu dès Alma-Ata à la fin des années 1970 (bien qu'elle préexistait dans certains pays), et elle est restée une stratégie importante des politiques et programmes de santé menés en Afrique subsaharienne, et ailleurs. La mobilisation des agents communautaires a par exemple été encouragée afin d'atteindre les OMD (Singh & Sachs, 2013), ainsi que dans la riposte à l'épidémie de MVE de 2013-2016 (Miller et al., 2018), puis dans le cadre du renforcement aux épidémies après celle-ci (OMS, 2017), et plus récemment dans le contexte de la riposte à la pandémie de Covid-19 (Marston et al., 2020).

Mais si le recours aux agents communautaires peut s'avérer fructueux pour la détection des épidémies ou la réalisation d'autres interventions sanitaires, nous avons vu qu'ils étaient insuffisamment intégrés au système de santé en Guinée, et parfois peu soutenus par leurs responsables hiérarchiques. Dans le sixième chapitre, il est apparu qu'il y avait ainsi un décalage entre la valorisation du rôle des acteurs communautaires dans les discours institutionnels et politiques, et les réalités de leurs conditions d'exercice - des conditions déplorables qui peuvent conduire à leur démobilisation, et entraver ainsi la poursuite des activités. Dans le chapitre 7, nous avons également vu que ces conditions ne s'améliorent pas lorsque les acteurs communautaires sont mobilisés dans la riposte à une épidémie, bien que leur implication soit, là encore, jugée cruciale. Les acteurs communautaires de la réponse à la deuxième épidémie d'Ebola ont été désignés en urgence, sans possibilité de négociation à propos de leurs conditions de rémunération ou de travail. Ils n'avaient pour la plupart pas de contrat de travail. Malgré les revendications de certains, ces conditions n'ont pas été améliorées, excepté lorsque leurs superviseurs directs ont mis en place des mesures de leur propre initiative. Cette situation est d'autant plus déplorable pour les plus vulnérables d'entre eux, notamment les femmes et les stagiaires en centres de santé. Les risques que ces acteurs ont eu le sentiment de prendre n'ont pas fait l'objet d'une attention particulière, comme lors de la première épidémie d'Ebola (Benton, 2016 ; Gomez-Temesio, 2022 ; Miller et al., 2018). Les conditions de travail des acteurs communautaires de la riposte illustrent, et s'insèrent, dans un manque de considération à l'égard de ce type d'acteurs, qui contraste avec le traitement réservé aux autres agents de la riposte. Les initiatives que certains ont parfois mis en place pour favoriser le respect des mesures de lutte contre l'épidémie, en les adaptant notamment aux contextes locaux, n'ont été que peu valorisées, et leurs critiques vis-à-vis de certaines stratégies de la riposte n'ont pas été prises en considération, malgré leur pertinence. Nous avons notamment souligné que certains agents de suivi des cas contacts avaient été sensibles à l'identification de difficultés engendrées par le dispositif, et ont mis en place des stratégies pour les contourner. Ils ont ainsi participé à la minimisation des préjudices associés à la réalisation de la surveillance, comme le recommande l'OMS (WHO, 2017a), ce qui aurait été difficile sans leur implication au vu de la rigidité

des protocoles, mais sans que cela n'aboutisse néanmoins à leur valorisation par le dispositif général de la riposte. D'autres travaux réalisés en Guinée dans le cadre de la première épidémie d'Ebola et de la riposte contre le Covid-19 présentaient des résultats similaires (A. T. Barry, 2022 ; Diouf & Faye, 2020 ; Le Marcis et al., 2019 ; Miller et al., 2018).

Il y a ainsi un décalage entre les discours officiels sur les interventions menées au niveau dit « communautaire » de la pyramide sanitaire, et les moyens concrètement mis en place pour les réaliser, alors même que les agents communautaires sont de plus en plus professionnalisés (Hane & Ridde, 2021), comme en Guinée où les RECO ont désormais un statut officiel. Cet écart est très probablement lié au fait que si le recours aux agents communautaires est autant plébiscité c'est qu'il représente une solution considérée comme peu coûteuse, et qui permettrait d'atténuer l'important fardeau sanitaire qui pèse sur les populations défavorisées des pays aux ressources limitées. Le déploiement d'agents communautaires est une stratégie qui paraît intéressante en termes de coût-efficacité (K. Maes, 2015), car la formation de ces acteurs est plus courte et moins onéreuse que celle des infirmiers ou des médecins (Haines et al., 2007). Mais comme nous l'avons vu avec l'exemple guinéen, ce modèle semble problématique puisque les moyens accordés à ces acteurs communautaires (en termes de rémunération, mais aussi de conditions de travail) ne sont pas à la hauteur des ambitions des programmes. Cela n'est pas du seul fait de la Guinée, puisque c'est le modèle en lui-même qui implique que des acteurs précaires travaillent à minimiser les faiblesses des systèmes de santé de leurs pays (K. Maes, 2015). Lors du Sommet humanitaire extraordinaire de l'Union Africaine qui a eu lieu en mai 2022, des experts de l'Africa CDC et d'autres institutions internationales ont ainsi insisté sur la nécessité de ne pas considérer les agents communautaires comme des « *volontaires, ou de la main-d'œuvre peu chère* » (Africa CDC, 2022 : 1). Ils ont également souligné l'importance de considérer les acteurs communautaires, de leur offrir une protection suffisante, ainsi qu'une formation et une supervision continues, et des outils appropriés, ce qui est également la position de l'OMS (WHO, 2022a).

Cette thèse montre qu'en Guinée la réalisation d'interventions dites à base communautaires, comme la SBC, semble être davantage fonctionnelle lorsque les acteurs locaux impliqués sont rémunérés et soutenus par leurs supérieurs. Dans d'autres travaux conduits au sein d'autres contextes il est indiqué que la SBC est réalisée efficacement par des acteurs locaux bénévoles, comme au Ghana à propos de la surveillance du ver de Guinée (Dil et al., 2012), ou d'autres pathologies (E. F. Maes & Zimicki, 2000). Mais ces résultats ne semblent pas s'appliquer au cas de la SBC en Guinée, et il semble là encore que chaque contexte soit différent. Les observations réalisées dans ce travail devraient être prises en considération dans l'élaboration de futures politiques publiques à base communautaires, au lieu d'élaborer ce type de politiques à partir d'exemples développés dans d'autres contextes en espérant qu'ils s'appliquent au contexte d'implémentation choisi. En s'intéressant aux points de vue des premiers concernés, ce qui n'est pas toujours le cas dans les débats qui ont lieu en santé publique sur le fait d'offrir ou non des incitations financières aux acteurs communautaires, nous avons vu qu'en Guinée certains de ces acteurs se sentaient dévalorisés, parfois exploités, voire dupés, ce qui conduisait parfois à leur démobilisation, et ce, en grande partie en raison de la faible rémunération qu'ils perçoivent. L'insuffisance des moyens accordés aux agents communautaires dans le cadre de la préparation et de la riposte aux épidémies n'est pas visible qu'en Guinée, et elle a par exemple été soulignée en Sierra Leone (Frimpong et al., 2021) et au Rwanda (Niyigena et al., 2022) à propos de la lutte contre le Covid-19, ainsi que dans des enquêtes plus globales (Adom et al., 2019 ; Ramukumba, 2020 ; Wahid et al., 2020).

Ce manque de considération vis-à-vis des acteurs communautaires est donc en partie induit par le modèle même de l'engagement communautaire en santé publique. Il semble également lié aux représentations sur leur statut social. Depuis Alma-Ata, ce sont les populations des zones rurales qui sont les cibles principales des programmes de santé communautaire. Mais à l'heure où la participation des acteurs issus des communautés est de plus en plus encouragée, les populations rurales sont toujours victimes de préjugés qui supposent qu'elles seraient moins éduquées ou raffinées que les citadins, notamment en Guinée (Somparé, 2020). Dans le cas de la Guinée, cette différenciation en termes de classe sociale s'inscrit également dans le contexte particulier de l'après colonisation, et nous avons vu qu'à l'époque coloniale les autorités considéraient également avec une certaine supériorité les populations et les agents locaux du système de santé. Lors de la deuxième épidémie d'Ebola, les organisations impliquées dans la riposte semblaient ne pas remettre en question les conditions déplorables dans lesquelles elles sollicitaient les acteurs communautaires, et celles-ci ont même été plutôt banalisées. Ces inégalités s'inscrivent dans un continuum historique de l'exploitation des personnes pauvres, qui est d'autant plus présent en Afrique vis-à-vis des populations rurales (L. A. Hirsch, 2021a). S'il peut sembler exagéré de parler d'exploitation pour le traitement réservé aux travailleurs locaux de la riposte, notre enquête, comme d'autres auparavant, montre que ces conditions s'inscrivent bien dans un rapport de force dans lequel les acteurs communautaires sont en position de faiblesse (Benton, 2014, 2016 ; Gomez-Temesio, 2022 ; Gomez-Temesio & Le Marcis, 2017 ; L. A. Hirsch, 2021a). Ils ne sont pas rémunérés décemment et leurs savoirs sont ignorés, ce qui rappelle le traitement réservé aux travailleurs africains dans les colonies (Ricciardi, 2022). Pour aller un peu plus loin, on peut noter que ces inégalités s'inscrivent également dans le modèle néolibéral auquel la Guinée prend part depuis la fin des années 1980. L'économie extractive s'est particulièrement intensifiée depuis cette période, mais les profits qu'elle génère ne profite que peu aux populations locales. Lorsque des employés locaux sont embauchés ils le sont souvent dans des conditions déplorables, qui comme les acteurs communautaires de la riposte à Ebola, ne leur permettent pas de sortir de la précarité. De ce fait, il y a régulièrement des soulèvements sociaux, comme récemment dans la préfecture de Siguiri dans une mine d'or exploitée par l'entreprise SAG¹²⁶ (Médiaguinée, 2022b), ou dans la région de N'Zérékoré, où les travailleurs de la société Forêt forte¹²⁷ réclamaient en juin 2022 de meilleures conditions de travail (Médiaguinée, 2022a). Ces situations ne sont pas relatives au système de santé, mais elles alimentent très certainement un sentiment généralisé de délaissement des populations, la Guinée étant un « *pays de paradoxes* » marqué par un « *contraste entre l'extrême pauvreté de sa population et l'immense richesse des ressources naturelles* » (Somparé, 2020 : 23).

Dans ce cadre, les débats engagés récemment sur la nécessaire « décolonisation de la santé globale » pourraient permettre d'adopter une nouvelle approche vis-à-vis de la notion de santé communautaire, et sur la manière dont les acteurs issus des populations locales sont encore traités aujourd'hui (L. A. Hirsch, 2021b ; The Lancet Global Health, 2020). On peut imaginer que grâce à cette approche, le modèle actuel de préparation et de la riposte aux épidémies évolue en Guinée, et au-delà. Dans cette optique, il est recommandé que les institutions se saisissent de la question, et qu'elles opèrent une redistribution des financements et des pouvoirs pour aboutir à une prise en compte effective des besoins des pays du Sud (L. A. Hirsch, 2021a ; Ridde et al, 2022 ;). Il est également préconisé de valoriser

¹²⁶ Société AngloGold Ashanti de Guinée, filiale d'une société minière sud-africaine (AngloGold Ashanti).

¹²⁷ La société Forêt forte est spécialisée dans l'exploitation du bois. Elle est née d'un accord de partenariat entre le gouvernement et la Coujy Corporation en 2002.

et prendre en compte les travaux universitaires de chercheurs africains, qui peinent encore à être pleinement reconnus (De Oliveira, 2022).

Pour être plus justes et plus efficaces les politiques, programmes et interventions dits de santé communautaire gagneraient donc à considérer les acteurs communautaires d'une manière plus juste et plus respectueuse, en leur fournissant notamment une protection administrative et une rémunération mensuelle correcte. Ces acteurs constituent, comme souvent, le « *squelette des systèmes de santé africains* » (Tessema et al., 2021 : 11), et il est donc essentiel de leur offrir les moyens nécessaires à la réalisation de leur travail. Du fait de l'importance de leur place, cette question ne peut être éludée ou se limiter à un argument sur l'insuffisance des ressources publiques pouvant être allouées à l'exercice de leurs fonctions, bien que ce point représente un défi important.

11.5 L'approche « Une seule santé » pour la prévention des épidémies, de la Guinée à l'échelle globale

Si la préparation aux épidémies était déjà un sujet de discussions scientifiques et politiques avant la survenue du Covid-19, il est clair que cette pandémie aura remis l'accent sur cette notion et son importance. Parmi les chercheurs, les décideurs politiques, les journalistes, et les citoyens, nombre de personnes se questionnent sur la possibilité de se préparer à une prochaine épidémie, qui pourrait être plus dévastatrice que celle-ci (Charlton et al., 2021 ; Cloeckart & Kuchler, 2020 ; Horton, 2022 ; Peyre et al., 2021). Ces inquiétudes ne sont pas nouvelles puisque depuis longtemps le monde se prépare à une pandémie de grande ampleur, ce que Carlo Caduff a nommé la « *prophétie pandémique* » (« *pandemic prophecy* », Caduff, 2015 : 3), dans un contexte où les menaces épidémiques sont sources de fantasmes et de nombreuses fictions artistiques (Bjørkdahl & Carlsen, 2019 ; Keck, 2020). Mais ces appréhensions se sont très certainement amplifiées avec le Covid-19. Depuis son apparition, il est d'autant plus recommandé d'investir des ressources matérielles, financières, et humaines dans l'amélioration de la préparation mondiale aux épidémies (Conseil mondial de suivi de la préparation, 2020 ; Sirleaf & Clark, 2021).

Selon les auteurs du rapport sur l'Indice de sécurité sanitaire mondiale¹²⁸ de 2021, l'impréparation globale face au Covid-19 est inquiétante et indique que les pays du globe ne sont pas préparés pour de futures menaces : « *L'Indice de sécurité sanitaire mondiale 2021 constate qu'en dépit des mesures importantes prises par les pays pour répondre à la pandémie de COVID-19, toutes les nations se trouvent néanmoins dans une dangereuse situation d'impréparation en cas de futures menaces épidémiques et pandémiques* » (Bell & Nuzzo, 2021 : 5). Dans leur second rapport publié en mai 2022, les experts du Panel indépendant pour la préparation et la réponse aux épidémies exprimaient aussi leurs inquiétudes sur l'impréparation mondiale (Clark et al., 2022). Ils invitaient les pays à faire le point sur leurs faiblesses, et les gouvernements à s'engager réellement en faveur de la préparation aux épidémies (Clark et al., 2022). Depuis le début de la pandémie de Covid-19, il y a notamment des appels à réviser le RSI (Conseil mondial de suivi de la préparation, 2020 ; Sachs et al., 2022 ; Sirleaf & Clark,

¹²⁸ Cet Indice, nommé *Global Health Security Index* en anglais, est calculé pour évaluer les capacités des 195 Etats qui ont ratifié le RSI. Il a été créé en octobre 2019 et il est établi par des experts de Nuclear Threat Initiative, Johns Hopkins Center for Health Security, et de l'Economist Intelligence Unit. L'Indice de 2021 a été calculé selon une évaluation conduite entre août 2020 et juin 2021, et elle prend ainsi en considération les capacités des pays dans la riposte au Covid-19. La Guinée est classée 158^e pays sur 195, selon l'Indice de 2021 (Bell & Nuzzo, 2021). Pour de plus amples informations sur l'Indice voir : <https://www.ghsindex.org/about/>.

2021), et les 194 Etats présents lors de la 75^e Assemblée mondiale de la santé qui s'est tenue en mai 2022, se sont accordés sur la nécessité de cette révision (WHO, 2022b).

Les capacités de la Guinée, comme des autres pays du monde, pour la préparation a d'autres épidémies apparaissent donc limitées. A ce titre, il paraît important de souligner, en dépassant le propos de cette thèse, qu'au-delà de la préparation, la prévention des épidémies pourrait également être une voie à suivre. Pour les auteurs de la Commission du *Lancet*, il est effectivement important que les pays du globe s'engagent à prévenir l'apparition des épidémies, en plus de s'y préparer (Sachs et al, 2022). Il est admis que les pressions exercées sur l'environnement et les écosystèmes favorisent l'émergence de pathogènes (Conseil mondial de suivi de la préparation, 2020 ; Kenyon, 2020 ; Sachs, 2020). La Commission du *Lancet* suggère ainsi de réguler la déforestation¹²⁹, ou encore de réglementer le commerce des animaux domestiques et sauvages dans le monde (Sachs et al., 2022). Elle préconise également de renforcer le respect des mesures de biosécurité et de biosûreté dans les laboratoires de virologie, et recommande que cela fasse l'objet de nouvelles réglementations. Les zones reculées où se joue « *l'économie globale* » (telles que les zones minières, de plus en plus importantes en Guinée) sont par exemple considérées comme des lieux propices à l'émergence et à la circulation de virus (Groce & Reeve, 1996). En repensant le modèle actuel de production dans ces zones, et en le rendant plus respectueux des hommes (notamment des travailleurs qui sont exploités, comme nous l'avons mentionné plus haut) et de l'environnement (en minimisant l'exploitation excessive des ressources), on pourrait ainsi concilier les enjeux de santé locale et santé globale, tout en favorisant la justice sociale. En respectant davantage la planète et la biodiversité, en mettant en lumière et en adressant les inégalités sociales induites par le système capitaliste, une meilleure prévention des épidémies est sans doute possible (Lainé & Morand, 2020 ; Olive et al., 2022 ; Ridde et al., 2022 ; Roger, 2016). Cela semble d'autant plus important que la préparation aux épidémies se confronte toujours à une certaine dose d'incertitudes, et qu'il semble difficile de prédire avec précision où et quand les épidémies vont émerger.

¹²⁹ Le rôle de la déforestation est sujet à controverses : il est remis en question pour le virus Ebola en Guinée (Fairhead & Millimouno, 2017), et à une échelle plus globale (Tassin & Roda, 2021). Mais il est admis par ailleurs que la déforestation a eu un effet notoire sur l'accroissement des épidémies de choléra en République du Congo (Corral-Broto & Andriamparany, 2020).

RECOMMANDATIONS

A partir de ce travail, nous pouvons formuler les recommandations suivantes :

Aux institutions sanitaires nationales et leurs partenaires

❖ Politiques nationales :

- Renforcer la couverture sanitaire des populations sur l'ensemble du territoire (conformément aux ODD) ; poursuivre le déploiement de la Politique nationale de santé communautaire, en veillant à une meilleure répartition des ressources entre communes couvertes.
- Poursuivre les efforts engagés dans l'amélioration des capacités du système de surveillance national ; définir précisément les rôles des institutions impliquées dans la réalisation la SBC.
- Elaborer des interventions de préparation aux épidémies adaptées à leurs contextes, en impliquant des représentants légitimes des populations concernées et des chercheurs en sciences humaines et sociales.
- Accélérer la titularisation des nombreux stagiaires qui composent les équipes médicales des structures sanitaires publiques.

❖ Normes nationales :

- Harmoniser la liste des maladies sous surveillance et les définitions de cas de MPE entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire (national, régional, préfectoral, local).
- Harmoniser et expliciter les définitions de cas contacts de MVE.

❖ Formations :

- Renforcer la formation des agents communautaires (RECO, ASC et AC sans statut officiel) impliqués dans la surveillance des cas de MPE.
- Assurer une formation aux agents de suivi des cas contacts avant qu'ils ne débutent leurs activités (sur les définitions de cas et reconnaissance des symptômes ; sur le respect des personnes ; les règles de PCI).
- Former les acteurs institutionnels et représentants des autorités politiques locales investis dans la riposte à une épidémie sur les dérives de l'usage inapproprié de mesures coercitives (les études de cas présentées dans le huitième chapitre peuvent être de bonnes illustrations).
- Former les épidémiologistes de terrain, les investigateurs, les professionnels de santé, et tous les acteurs mobilisés dans la riposte à une épidémie à l'approche empathique et respectueuse vis-à-vis des cas contacts et cas confirmés de MPE notamment concernant l'annonce de leur statut à ces personnes (ainsi qu'envers les populations locales de manière globale).
- Accentuer les formations dans le cursus universitaire des professionnels de santé aux principes de la déontologie et de l'éthique médicales.

❖ Gestion du personnel de santé :

- Revaloriser la rémunération mensuelle accordée aux RECO pour pérenniser le dispositif.

- Mettre en œuvre les recommandations de la Politique nationale de santé communautaire à propos du « pipeline rural » visant à fidéliser les agents communautaires.
- Fournir une protection administrative (contrat de travail) et une rémunération transparente et juste aux acteurs communautaires impliqués dans la riposte à une épidémie (en veillant à éviter les différences de traitement selon les organisations).
- Fournir les moyens nécessaires à la réalisation du suivi des cas contacts aux agents impliqués (matériels pour la détection des cas suspects : thermomètres ; matériels de protection ; prise en charge des frais pour leurs déplacements).
- Fournir le matériel nécessaire à la réalisation des activités demandées aux agents communautaires (tels que des thermomètres, des tests de diagnostic rapide pour le paludisme, des équipements de protection).
- Considérer avec respect tous les acteurs communautaires de la préparation et de la riposte aux épidémies ; les écouter, prendre en compte leurs idées, savoirs et critiques afin de : pérenniser l'implication de ces acteurs ; favoriser l'acceptabilité des interventions (et donc leur efficacité).

Aux représentant des structures sanitaires locales

- ❖ Assurer une supervision continue des agents communautaires (RECO, ASC et AC sans statut officiel). Encourager un échange, une communication mutuelle entre ces agents communautaires et leurs supérieurs hiérarchiques.
- ❖ Veiller à la formation des professionnels de santé et des agents communautaires (selon les recommandations faites aux institutions sanitaires nationales).
- ❖ Réserver des lignes budgétaires pour le déplacement d'agents vétérinaires ou de professionnels de santé formés, en cas de notification d'évènement suspect par les RECO ou AC nécessitant une expertise.
- ❖ Veiller au respect des principes du Code de conduite de l'Agent public (notamment par les acteurs en charge du paiement des RECO).

Aux instances nationales d'éthique

- ❖ A l'intention des institutions compétentes (tel que le CNERS) : définir une stratégie pour l'annonce des résultats individuels aux personnes déclarées survivantes de la MVE qui sont apparues séronégatives lors d'une enquête sérologique menée à des fins de surveillance et de recherche (en prenant en compte les avis de personnes aux profils diversifiés, exposés dans le neuvième chapitre).

CONCLUSION

La préparation aux épidémies est un domaine de la santé publique qui concentre de plus en plus l'attention de travaux universitaires, y compris, mais dans une moindre mesure, dans les pays du Sud. En Guinée, c'est en particulier depuis la première épidémie d'Ebola (2013-2016) que la préparation à de futures menaces épidémiques a été encouragée par les autorités et les institutions sanitaires nationales. Elles élaborent depuis un ensemble d'interventions et de politiques supposées améliorer les capacités de préparation et de riposte aux épidémies du pays. Le modèle choisi repose sur l'amélioration des capacités nationales de détection des émergences, à travers la surveillance à base communautaire notamment, et sur un renforcement plus global du système de santé avec l'élaboration d'une nouvelle Politique nationale de santé communautaire.

Dans cette thèse de santé publique menée au moyen de méthodes classiques en anthropologie, nous avons proposé une analyse des stratégies mises en œuvre à la faveur de la préparation aux épidémies, en nous intéressant particulièrement à leurs implications au niveau local. Au travers d'enquêtes réalisées dans la région forestière de la Guinée, nous avons vu que ces interventions étaient encore insuffisantes et qu'elles faisaient face à diverses difficultés. Cela est en partie dû au fait que les agents communautaires ne sont pas encore suffisamment reconnus, considérés et intégrés au système de santé, ce qui entrave la réalisation de leurs activités, notamment la surveillance à base communautaire, qui est pourtant fortement plébiscitée.

En raison de l'actualité sanitaire, notre recherche sur la préparation a été élargie aux stratégies de riposte, et une enquête de terrain a été menée à Conakry et dans la région de N'Zérékoré lors de la deuxième épidémie d'Ebola survenue en 2021. Les acteurs communautaires impliqués dans la riposte (qu'il s'agisse d'agents ou de leaders communautaires, ou de professionnels de santé) exercent, là encore, dans des conditions difficiles. Contrairement aux autres acteurs de la riposte, ils sont peu protégés par le dispositif, et leurs revendications ou propositions ne sont que très peu entendues. De cette faible considération vis-à-vis des acteurs locaux et des populations découlent des tensions qui entravent parfois le bon déroulement des interventions de riposte. Elles sont symptomatiques d'un état plus général du système de santé, marqué par des rapports de pouvoir et une certaine défiance.

Dans ce système de santé particulièrement démuné, certains professionnels de santé et des agents communautaires, se montrent néanmoins impliqués, et mettent en place des initiatives intéressantes, mais celles-ci passent souvent inaperçues aux yeux des institutions. Ce travail rappelle que ces acteurs locaux, comme les populations desquelles ils sont issus, ont des savoirs, des points de vue, et des idées en matière de préparation et de riposte aux épidémies, qui gagneraient ainsi à être prises en compte. Comme nous l'avons fait à propos d'une discussion sur les enjeux éthiques d'une annonce de résultats sérologiques. La prise en considération des populations et des acteurs locaux permettrait d'élaborer des interventions sanitaires de préparation et de riposte aux épidémies qui seraient plus adaptées à leurs contextes d'implémentation, et donc plus efficaces. Ce qui peut aussi être élargi à d'autres domaines de la santé publique. Dans cette optique, les stratégies et politiques mises en place devraient adopter une approche globale de la santé, et les objectifs de sécurité sanitaire gagneraient à être accompagnés d'une amélioration des conditions de vie des populations.

ANNEXES

ANNEXE 1 : CHRONOGRAMME DES ENQUETES REALISEES ET LIEUX D'ETUDE (OCTOBRE 2019 - JUIN 2021)

	Enquête 1 Historique des politiques nationales en matière de santé communautaire et de surveillance des maladies	Enquête 2 Pratiques de santé et de surveillance communautaires dans la préfecture de Macenta	Enquête 3 Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2)	Enquête 4 Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021
Octobre 2019			Montpellier	
Novembre 2019			Conakry	
Décembre 2019				
Janvier 2020	Conakry			
Février 2020				
Mars 2020		Macenta Sengbedou		
Avril 2020				Conakry
			Montpellier	
Mai 2020			(Enquête à distance)	
Juin 2020				
Juillet 2020				
Août 2020				
Septembre 2020				
Octobre 2020				
Novembre 2020				
Décembre 2020				Conakry
Janvier 2021				
Février 2021				
Mars 2021				
Avril 2021				Gouécké N'Zérékoré
Mai 2021		Sérédou Macenta		Sérédou Macenta
Juin 2021	Conakry	Conakry		Conakry

ANNEXE 2 : PROFILS DES INTERLOCUTEURS RENCONTRES

Le tableau ci-dessous présente les caractéristiques principales des interlocuteurs rencontrés lors des quatre enquêtes, par ordre alphabétique des pseudonymes attribués.

	Pseudonyme	Sexe	Date entretien	Enquête et chapitres correspondants	Statut socio-professionnel	Commentaire sur la méthode
1	Abdou	H	13.12.19	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Maçon, guéri de la MVE	Entretien réalisé avec le médiateur de PEG ¹³⁰
2	Abdoulaye	H	29.04.20	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Journaliste, testé négatif au Covid-19 (avril 2020)	
3	Aboubacar	H	04.12.19	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Psychiatre	
4	Adama	H	19.12.19 - 22.07.20	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Epidémiologiste	
5	Ahmed	H	15.01.21	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Chauffeur, hospitalisé en CT-EPI (Covid-19)	
6	Alhassane	H	20.11.19	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Brancardier, guéri de la MVE	Entretien réalisé avec le médiateur de PEG
7	Aliou	H	11.12.19	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Psychiatre	
8	Aly	H	10.03.20	Pratiques de santé et de surveillance communautaires dans la préfecture de Macenta (CH5 et CH6)	ASC ¹³¹ (Sengbedou), ATS ¹³² de formation	
9	Amadou	H	31.10.19	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Epidémiologiste	
10	Amara	H	10.03.20	Pratiques de santé et de surveillance communautaires dans la préfecture de Macenta (CH5 et CH6)	Cadre au centre de santé de Sengbedou	
11	Aminatou	F	20.11.19	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Elève, guéri de la MVE	Entretien réalisé avec le médiateur de PEG
12	Ansoumane	H	23.02- 11.06.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	Agent de suivi des cas contacts MVE (Conakry), biologiste titulaire	
13	Assane	H	13.12.19	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Chauffeur, guéri de la MVE	Entretien réalisé avec le médiateur de PEG
14	Augustin	H	16.12.19 - 19.06.20	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Technicien de laboratoire	

¹³⁰ PostEboGui

¹³¹ Agent de santé communautaire

¹³² Agent technique de santé

15	Bafodé	H	11.02.20 - 18.02.21 - 05.04.21 - 24.06.21	Historique des politiques nationales en matière de santé communautaire et de surveillance des maladies (CH3 et CH4)	Agent à l'ANSS ¹³³	
16	Bakary	H	17.04.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	Superviseur des RECO impliqués dans la riposte à la MVE (Gouécké)	Entretien réalisé avec Moriba Maomy
17	Bangaly	H	11.04.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	RECO impliqué dans la riposte à la MVE (Gouécké), Agent de suivi des cas contacts MVE (Gouécké), agriculteur	Entretien réalisé en partie avec Moriba Maomy
18	Balla	H	12.12.19	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Médecin	
19	Bintou	F	23.10.19	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Anthropologue	
20	Djeneba	F	04.03.20	Historique des politiques nationales en matière de santé communautaire et de surveillance des maladies (CH3 et CH4)	Médecin	
21	Djibril	H	09-26.03.20	Pratiques de santé et de surveillance communautaires dans la préfecture de Macenta (CH5 et CH6)	Cadre à la DPS ¹³⁴ de Macenta	
22	Estelle	F	19-20.04.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	Agent de suivi des cas contacts MVE (N'Zérékoré), infirmière stagiaire, commerçante	
23	Fanta	F	10.03.20	Pratiques de santé et de surveillance communautaires dans la préfecture de Macenta (CH5 et CH6)	RECO (Sengbedou)	
24	Fatoumata	F	23.02-11.06.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	Infirmière stagiaire, cas contact de MVE (Conakry)	
25	Fodé	H	02.07.20	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Chauffeur, hospitalisé en CT-EPI (Covid-19)	
26	Foromo	H	23.01.20	Historique des politiques nationales en matière de santé communautaire et de surveillance des maladies (CH3 et CH4)	Cadre à la DNSCMT ¹³⁵	
27	Gabriel	H	29.07.20 - 17.02.21 - 25.06.21	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9) - Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	Cadre dans une institution sanitaire internationale	
28	Gamey	F	25.03.20 - 03.05.21	Pratiques de santé et de surveillance communautaires dans la préfecture de Macenta (CH5 et CH6)	Cadre au centre de santé de Bowa	
29	Gbaoui	F	03.05.21	Pratiques de santé et de surveillance communautaires dans la préfecture de Macenta (CH5 et CH6)	AC ¹³⁶ (Bowa), stagiaire en centre de santé (Bowa), ATS de formation	

¹³³ Agence nationale de sécurité sanitaire

¹³⁴ Direction préfectorale de la santé

¹³⁵ Direction nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle

¹³⁶ Agent communautaire

30	Hady	H	09.04.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	Leader communautaire (Gouécké), commerçant	Entretien réalisé avec Moriba Maomy
31	Hamidou	H	13.04.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	Agent de la Croix-Rouge (riposte MVE)	Entretien réalisé avec Moriba Maomy
32	Hawa	F	25.02-24.03.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	Infirmière stagiaire, cas contact de MVE (Conakry)	
33	Hélène	F	20.04.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	Agent de suivi des cas contacts MVE (N'Zérékoré), infirmière stagiaire	
34	Ibrahima	H	12.12.19 - 28.06.21	Historique des politiques nationales en matière de santé communautaire et de surveillance des maladies (CH3 et CH4) - Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Infirmier titulaire, guéri de la MVE	
35	Ismaël	H	23.01.20	Historique des politiques nationales en matière de santé communautaire et de surveillance des maladies (CH3 et CH4)	Cadre au PNACC ¹³⁷	
36	Jules	H	19.04.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	Agent de suivi des cas contacts MVE (N'Zérékoré), infirmier stagiaire	
37	Kadiatou	F	27.11.19	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Infirmière stagiaire, guérie de la MVE	Entretien réalisé avec le médiateur de PEG
38	Kankou	H	25.03.20 - 01-04.05.21	Pratiques de santé et de surveillance communautaires dans la préfecture de Macenta (CH5 et CH6)	AC (Bowa), agriculteur	
39	Kerfalla	H	16.05.20	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Epidémiologiste	
40	Khady	F	19.11.19	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Elève, guérie de la MVE	Entretien réalisé avec le médiateur de PEG
41	Kolou	F	19.11.19	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Diplômée sans emploi, guérie de la MVE	Entretien réalisé avec le médiateur de PEG
42	Koly	H	09.04.21	Pratiques de santé et de surveillance communautaires dans la préfecture de Macenta (CH5 et CH6)	Professeur de lycée (Gouécké)	Entretien réalisé avec Moriba Maomy
43	Lamine	H	11.12.19	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Pharmacien	
44	Lansana	H	19.11.19	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Commerçant ambulancier, guéri de la MVE	Entretien réalisé avec le médiateur de PEG
45	Laye	H	22.04.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	RECO impliqué dans la riposte à la MVE (N'Zérékoré), éleveur de porcs	Entretien réalisé avec Moustapha Keïta Diop

¹³⁷ Programme national d'appui aux communes de convergence

46	Loucény	H	10.04.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	RECO impliqué dans la riposte à la MVE (Gouécké), coiffeur	Entretien réalisé avec Moriba Maomy
47	M'mah	F	20.11.19	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Infirmière titulaire, guérie de la MVE	
48	Madeleine	F	25.02-11.06.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	Infirmière titulaire, cas contact de MVE (Conakry)	
49	Mado	F	18.04.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	RECO impliqué dans la riposte à la MVE (N'Zérékoré), infirmière stagiaire	Entretien réalisé avec Moustapha Keïta Diop
50	Makalé	F	15.04.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	Agent de suivi des cas contacts MVE (Gouécké), infirmière stagiaire, hygiéniste en CT-EPI (MVE)	
51	Mamady	H	03.05.21	Pratiques de santé et de surveillance communautaires dans la préfecture de Macenta (CH5 et CH6)	AC (Bowa), agriculteur	
52	Mariama	F	25.02-18.03.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	Infirmière stagiaire, cas contact de MVE (Conakry)	
53	Martin	H	05.04.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	RECO impliqué dans la riposte à la MVE (Gouécké), maçon	Entretien réalisé avec Moriba Maomy
54	Michel	H	09.01.20	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Médecin	
55	Mohamed	H	18.11.20	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Médecin	
56	Moussa	H	29.09.20	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Virologue	
57	Nestor	H	07.04.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	RECO indépendant impliqué volontairement dans la riposte à la MVE (Gouécké), étudiant	Entretien réalisé avec Moriba Maomy
58	Odile	F	17.11.20	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Virologue	
59	Ousmane	H	19.11.19 - 09.07.20	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Médecin - A travaillé dans un CT-EPI (Covid-19)	
60	Patrice	H	12.04.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	Agent du point de contrôle sanitaire (Gouécké), infirmier titulaire	Entretien réalisé avec Moriba Maomy
61	Péma	H	14.04.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	RECO impliqué dans la riposte à la MVE (Gouécké), agriculteur	Entretien réalisé avec Moriba Maomy
62	Ramatoulaye	F	03.05.21	Pratiques de santé et de surveillance communautaires dans la préfecture de Macenta (CH5 et CH6)	AC (Bowa), stagiaire en centre de santé (Bowa), ATS de formation	

63	Salifou	H	12.04.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	Superviseur des agents du point de contrôle sanitaire (Gouécké)	Entretien réalisé avec Moriba Maomy
64	Saliou	H	18.02.20 - 06.05.20	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Médecin - A travaillé dans un CT-EPI (Covid-19)	
65	Samuel	H	14.04.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	Agent de suivi des cas contacts MVE (Gouécké), infirmier titulaire	Entretien réalisé avec Moriba Maomy
66	Sékou	H	22.10.20 - 11.02.21	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Fonctionnaire au Ministère de la santé, hospitalisé en CT-EPI (Covid-19)	
67	Sekouba	H	10.03.20	Pratiques de santé et de surveillance communautaires dans la préfecture de Macenta (CH5 et CH6)	RECO (Sengbedou)	
68	Siaka	H	13.04.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	Leader politique (Gouécké)	Entretien réalisé avec Moriba Maomy
69	Siba	H	15-21.03.20 - 25-28.04.21	Pratiques de santé et de surveillance communautaires dans la préfecture de Macenta (CH5 et CH6)	RECO (Palia) - Tient une pharmacie (non-officielle)	
70	Sidiki	H	29.11.19	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Infirmier titulaire, guéri de la MVE	Entretien réalisé avec le médiateur de PEG
71	Sory	H	11.04.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	Agent de suivi des cas contacts MVE (Gouécké), infirmier titulaire	Entretien réalisé avec Moriba Maomy
72	Sylvestre	H	05.04.21	Surveillance et santé communautaire dans la riposte au Covid-19 et à l'épidémie d'Ebola de 2021 (CH7 et CH8)	RECO impliqué dans la riposte à la MVE (Gouécké), Agent de suivi des cas contacts MVE (Gouécké), agriculteur	Entretien réalisé avec Moriba Maomy
73	Tamba	H	19.03.20	Pratiques de santé et de surveillance communautaires dans la préfecture de Macenta (CH5 et CH6)	Garde forestier	
74	Thierno	H	06.12.19	Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Médecin	
75	Tokpa	H	07.04.21	Engagement communautaire Ebola-2021 (CH5)	RECO impliqué dans la riposte à la MVE (Gouécké), agriculteur	
76	Wido	F	12.12.19 - 28.06.21	Historique des politiques nationales en matière de santé communautaire et de surveillance des maladies (CH3 et CH4) - Enjeux éthiques de l'annonce de résultats de sérosurveillance (Ebola et SARS-Cov-2) (CH9)	Infirmière titulaire, guérie de la MVE	
77	Youssouf	H	09.01.20	Historique des politiques nationales en matière de santé communautaire et de surveillance des maladies (CH3 et CH4)	Cadre à la DNSCMT	
78	Zaoro	H	04.02.21 - 28.05.21	Historique des politiques nationales en matière de santé communautaire et de surveillance des maladies (CH3 et CH4)	Cadre à la DNSCMT	

79	Zaou	H	18.03.20	Pratiques de santé et de surveillance communautaires dans la préfecture de Macenta (CH5 et CH6)	Cadre au poste de santé de Sangolomai	
80	Zézé	H	25.03.20 - 29.04.21	Pratiques de santé et de surveillance communautaires dans la préfecture de Macenta (CH5 et CH6)	Agent de la DPS de Macenta	

ANNEXE 3 : LES GRANDES DATES POLITIQUES DE LA GUINEE DEPUIS L'INDEPENDANCE

1958 - 1984 (Ahmed Sékou Touré)
2 octobre 1958 : Proclamation de l'indépendance de la Guinée. Ahmed Sékou Touré est président
12 Décembre 1958 : La République de Guinée est admise à l'ONU
26 mars 1984 : Mort du président Sékou Touré
1984 - 2008 (Lansana Conté)
3 avril 1984 : Prise du pouvoir par le Général Lansana Conté (régime militaire)
19-23 décembre 1993 : Victoire du président Lansana Conté à l'élection présidentielle
14-15 décembre 1998 : Réélection controversée du général Lansana Conté
11 septembre 2000 : Condamnation de l'opposant Alpha Condé
21 décembre 2003 : Réélection du président Lansana Conté
10-26 janvier 2007 : Crise politique
22 décembre 2008 : Mort du président Lansana Conté
2008 - 2009 (Moussa Dadis Camara)
Le 24 décembre 2008 : Coup d'Etat militaire, le Capitaine Moussa Dadis Camara est proclamé chef d'Etat
28 septembre 2009 : Répression violente d'une manifestation par la junte militaire (Conakry)
2009 - 2010 (Sékouba Konaté)
3 décembre 2009 : Tentative d'assassinat contre Dadis Camara - Le Général Sékouba Konaté est nommé président par intérim
2010-2021 (Alpha Condé)
3 décembre 2010 : Alpha Condé est officiellement élu Président de la République (après les élections des 27 juin et 7 novembre)
11 octobre 2015 : Réélection du président Alpha Condé
27 mars 2020 : Changement officiel de la Constitution après un référendum très contesté ; Le parti au pouvoir (RPG-Arc en ciel) remporte la majorité des voix aux élections législatives
18 octobre 2020 : Alpha Condé est réélu pour un troisième mandat
2021-... (Mamadi Doumbouya)
5 septembre 2021 : Coup d'Etat militaire qui renverse le gouvernement d'Alpha Condé - Le Colonel Mamadi Doumbouya se déclare chef de la transition, et nomme Mohamed Béavogui comme Premier ministre un mois plus tard

ANNEXE 4 : LES DATES IMPORTANTES DE LA PREMIERE EPIDEMIE D'EBOLA EN GUINEE

Première épidémie d'Ebola (Décembre 2013-Juin 2016)	
26 Décembre 2013	Début supposé de l'épidémie à Méliandou (Guéckédou)
22 Mars 2014	Déclaration de l'épidémie par les autorités nationales
30 mars 2014	Premiers cas et déclaration de l'épidémie au Libéria
30 avril 2014	Premiers cas et déclaration de l'épidémie en Sierra Léone
8 aout 2014	L'OMS déclare l'épidémie Urgence de santé publique de portée internationale
Septembre 2014	Création de la Cellule de coordination de la riposte à Ebola
16 septembre 2014	Assassinat de 8 membres d'une délégation à Womey (N'Zérékoré)
Novembre-Décembre 2014	Pic de l'épidémie (en termes d'incidence)
11 octobre 2015	Réélection du président Alpha Condé
16 novembre 2015	Dernier patient guéri au Centre de traitement de Donka (Conakry)
29 décembre 2015	Déclaration de la fin de la transmission interhumaine d'Ébola
17 mars 2016	Résurgence de l'épidémie à Koropara (N'Zérékoré)
19 avril 2016	Dernier patient guéri (résurgence)
1 juin 2016	Fin de l'épidémie d'Ebola - 3 358 cas confirmés en Guinée (1 300 décès et 1 270 sortis guéris)
Juillet 2016	Création de l'Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSS)

ANNEXE 5 : QUELQUES REPERES CHRONOLOGIQUES A PROPOS DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 EN GUINÉE

Covid-19 (Mars 2020 - ...)	
13 mars 2020	Premier cas de Covid-19 déclaré en Guinée
26 mars 2020	Alpha Condé déclare l'Etat d'urgence et annonce une série de mesures (isolement de Conakry, fermeture des lieux de culte et de loisirs, fermeture des frontières, réduction des passagers dans les transports...)
27 mars 2020	Changement officiel de la Constitution après un référendum très contesté
11 avril 2020	Alpha Condé crée le Conseil scientifique de riposte contre l'épidémie
14 avril 2020	Alpha Condé annonce de nouvelles mesures (prolongation de l'Etat d'urgence, port obligatoire des masques)
2 mai 2020	Total de 1586 cas dont 405 guéris et 7 décès. La Guinée passe troisième pays le plus touché en Afrique de l'Ouest
12 mai 2020	Des heurts entre citoyens et forces de l'ordre (à Coyah, Dubréka et Kamsar) concernant les barrages liés à l'isolement de la capitale et les coupures d'électricité font 7 morts
Juin-Juillet 2020	Mise en place de la stratégie « Stop-Covid en 60 jours » à Conakry et sa proche banlieue (isolement des cas asymptomatiques à domicile, avec soutien alimentaire et financier et visite d'équipes de suivi)
15 juin 2020	Alpha Condé déclare l'allègement des mesures (réduction du couvre-feu à Conakry, et suppression du couvre-feu à l'intérieur du pays ; réouverture des lieux de culte dans les zones non touchées, réouverture des écoles le 29 juin)
17 juin 2020	Deux premiers cas positifs à Macenta
23 juillet 2020	Les autorités annoncent la réouverture des mosquées pour la fête de Tabaski (31/07) sur tout le territoire
13 septembre 2020	La Guinée franchit le cap des 10 000 cas
23 septembre 2020	Alpha Condé annonce la poursuite de l'allègement des mesures (réouverture des lieux de loisirs avec port du masque ; rétablissement du nombre de passagers et ancien prix des tronçons dans les transports ; maintien du couvre-feu à Conakry)
14 février 2021	A la déclaration officielle de la deuxième épidémie d'Ebola, le total des cas de Covid-19 est de 14 967 cas confirmés (dont 14 502 guéris et 85 décès hospitaliers)
26 février 2021	Le gouvernement proroge l'état d'urgence sanitaire de trois mois et prend une série de mesures pour freiner les épidémies de Covid-19 et Ebola : entre autres port du masque obligatoire généralisé à tous les lieux publics ; couvre-feu avancé à 23h ; interdiction des grands événements (concerts, foires)
5 mars 2021	Début de la campagne de vaccination contre le Covid-19 à Conakry (vaccin Sinopharm), le 1er vacciné est un médecin

ANNEXE 6 : CHRONOLOGIE DE LA DEUXIEME EPIDEMIE D'EBOLA

Deuxième épidémie d'Ebola (14 février-19 juin 2021)	
14 février 2021	Déclaration officielle de la deuxième épidémie d'Ebola
16 février 2021	Annonce de mesures de santé publique à Gouécké et N'Zérékoré (interdiction des rassemblements et cérémonies, EDS obligatoires, isolement de tous les cas et cas contacts, points de contrôle sanitaire)
21 février 2021	1 nouveau cas à N'Zérékoré
22 février 2021	1 décès à N'Zérékoré
23 février 2021	Début de la vaccination à Gouécké
24 et 25 février 2021	Vaccination des cas contacts à Conakry
24 février 2021	Le cas de Conakry est déclaré guéri ; 1 nouveau cas à Gouécké
26 février 2021	Le gouvernement proroge l'état d'urgence sanitaire de trois mois et prend une série de mesures pour freiner les épidémies de Covid-19 et Ebola : entre autres port du masque obligatoire généralisé à tous les lieux publics ; couvre-feu avancé à 23h ; interdiction des grands événements (concerts, foires)
4 mars 2021	Nouvelles mesures dans le Grand Conakry et N'Zérékoré (interdiction de rassemblements, notamment des cérémonies de baptêmes et de mariages ; fermeture des lieux de spectacles et discothèques)
5 mars 2021	Remue-ménage autour de la tentative d'incendie de la tente de vaccination à Gouécké
12 mars 2021	Publication des premiers résultats de séquençage
23 mars 2021	Dernier patient guéri (clusters de Gouécké et N'Zérékoré)
24 mars 2021	Lancement du compte à rebours de 42 jours avant la déclaration de fin de l'épidémie
1 avril 2021	Nouveaux cas de MVE à Kpagalaye (3 probables et 2 confirmés) après 27 jours sans cas - Fuite du cas nouvellement confirmé (cluster de Kpagalaye)
24 avril 2021	Dernier patient guéri (cluster de Kpagalaye)
17 mai 2021	Déclaration d'une épidémie de fièvre Lassa à Yomou (1 cas, décédé)
19 juin 2021	Déclaration de la fin de l'épidémie (23 cas, dont 16 cas confirmés et 7 probables ; 10 guéris et 12 décès) ; Un deuxième cas de fièvre Lassa est confirmé
9 août 2021	Déclaration d'une épidémie de Marburg à Guéckédou (1 cas, décédé)
14 août 2021	La Côte d'Ivoire déclare un premier cas d'Ebola (il s'agit d'une patiente venant de Labé en Guinée, hospitalisée à Abidjan)
18 août 2021	193 contacts suivis pour Marburg
25 août 2021	La patiente d'Abidjan est déclarée guérie d'Ebola
1 septembre 2021	A la demande des autorités sanitaires guinéennes, de nouvelles analyses sont réalisées (à l'Institut Pasteur de Lyon) sur les échantillons de la jeune-femme positive à Ebola en Côte d'Ivoire. Ces prélèvements sont négatifs et l'OMS annonce qu'il n'y a finalement pas eu d'épidémie d'Ebola en Côte d'Ivoire
16 septembre 2021	Déclaration de la fin de l'épidémie de Marburg

ANNEXE 7 : PRESENTATION DES DIFFERENTS CLUSTERS DE LA DEUXIEME EPIDEMIE D'EBOLA

Les sept premiers cas connus (janvier-février 2021)

Lorsque l'épidémie est déclarée le 14 février, on dénombre 7 cas, dont 3 venaient d'être confirmés. Les 4 autres cas étaient tous décédés, et ils ont été considérés comme cas probables car ils n'ont pu être testés. Il s'agissait tout d'abord du cas index probable (dénommée Lucie - dont j'emploie ici le nom réel car il a été assez médiatisé), qui était sage-femme stagiaire du Centre de santé améliorée de Gouécké, et qui était tombée malade début janvier. Après avoir tenté de se faire soigner à Gouécké, par ses proches (deux de ses frères et son mari, ainsi qu'au CSA), elle s'est déplacée à N'Zérékoré où elle a été prise en charge chez sa grande sœur, ainsi que dans une clinique, à l'hôpital et chez une tradithérapeute, qui décède le 8 février. Après Lucie, ses deux frères vont tomber malades et décéder à la veille de la déclaration les 12 et 13 février. Ce sont ces décès successifs qui lancent d'ailleurs l'alerte. Il s'agit des 4 cas probables à la déclaration. Les 3 cas confirmés sont le mari de Lucie, qui lorsqu'il tombe malade se rend assez rapidement à Conakry, où son test est réalisé. Il est hospitalisé au CT-EPI de Nongo, d'où il ressort guéri le 22 février. Il y a également sa grande-sœur, qui elle est hospitalisée au CT-EPI de N'Zérékoré, d'où elle ressort également guérie le 23 février. La troisième est la maman de Lucie, qui était en visite chez sa fille à N'Zérékoré, et qui a malheureusement succombé au CT-EPI de N'Zérékoré deux jours après son admission, le 15 février. Ces sept premiers cas sont donc 4 cas probables, tous décédés, et 3 cas confirmés, dont une est décédée.

Deux clusters à N'Zérékoré (février-mars 2021)

Après la déclaration de l'épidémie, un premier cluster s'est développée à N'Zérékoré autour de la grande-sœur et de la maman de Lucie. Après elles, il y a visiblement 4 cas secondaires, dont le beau-frère et le neveu de Lucie qui sortent tous les deux guéris du CT-EPI de N'Zérékoré. Je n'ai pas d'informations précises sur les deux autres cas.

Un deuxième cluster a concerné les proches de la tradithérapeute qui a soigné Lucie et qui est décédée le 8 février. A sa suite, 3 cas ont été déclarés, ramenant le total de cas à 14. Il s'agit de la sœur de la praticienne, qui est sortie guérie du CT-EPI de N'Zérékoré le 5 mars, ainsi que deux de ses voisines dont l'une est décédée le 27 février (elle n'était pas hospitalisée au CT-EPI mais un EDS a toutefois été réalisé) et l'autre qui succombe le 1 mars, trois jours après son arrivée au CT-EPI.

Un cluster à Gouécké (février-mars 2021)

Après la déclaration de l'épidémie, deux nouveaux cas ont été déclarés à Gouécké. Il s'agit du fils du mari de Lucie, dont le statut a été confirmé le 20 février, et qui est sorti guéri du CT-EPI de N'Zérékoré. La deuxième personne est la femme d'un des frères de Lucie, décédée le 13 février, que l'on surnommait Louise. Celle-ci était enceinte, et elle a développé les signes de la maladie le 27 février, deux jours après avoir été vaccinée. Elle est testée et hospitalisée au CT-EPI, où elle décède le 4 mars. Son frère, Eugène, et 18 autres membres de sa famille seront ensuite déclarés cas contacts. Ils passent une partie de leur isolement cachés, après avoir fui leur domicile pour des raisons qui sont développées dans le chapitre 8.

Des informations manquantes sur les clusters de N'Zérékoré et Gouécké

Les itinéraires que je viens de décrire proviennent des quelques informations dont je dispose. Il s'agit de données provenant d'entretiens réalisés avec les agents de suivi, ainsi que d'échanges avec des collègues qui ont spécifiquement travaillé sur cette question lors de notre mission collective, et enfin des quelques rapports de situation édités par l'ANSS que j'ai pu me procurer. Il semble toutefois que mes informations soient incomplètes, car selon le rapport de situation du 6 mars, il y avait alors un total de 18 cas (dont 14 confirmés), or selon l'exposé relaté plus haut il y avait 16 cas à cette date. Il manque ainsi des informations à propos de 2 cas, qui ont probablement été déclarés à la suite des clusters de N'Zérékoré. Les détails épidémiologiques de l'épidémie sont assez difficiles à trouver et je ne peux donc malheureusement pas me renseigner davantage (les rapports de situation ne sont notamment pas consultables en ligne).

Un cluster à Kpagalaye/Soulouta (avril 2021)

Le dernier groupe de cas de cette épidémie provient du district de Kpagalaye dans la sous-préfecture de Soulouta, mitoyenne à Gouécké. Selon les informations recueillies sur place on ignorait alors les liens de corrélation entre ce cluster et les précédents, alors que le premier cas a été confirmé le 1 avril à N'Zérékoré, après 27 jours sans cas. Il s'agit d'un étudiant à l'Ecole de santé communautaire de N'Zérékoré, qui venait de se rendre dans son village d'origine (Kpagalaye) où trois décès successifs venaient d'avoir lieu parmi ses proches. Il s'agit des 3 cas probables de ce cluster. Après qu'il ait été confirmé, cet étudiant a pris la fuite et n'a jamais été retrouvé. A sa suite, un autre cas a été déclaré, et il s'agissait probablement de sa conjointe. Celle-ci est sortie guérie du CT-EPI de N'Zérékoré le 24 avril. Ce jeune provenant de Kpagalaye, mais résidant et étudiant à N'Zérékoré, des cas contacts ont été répertoriés dans ces deux localités.

ANNEXE 8 : LES 17 LIGNES DE CONDUITE DEFINIES PAR L'OMS A PROPOS DE L'ETHIQUE DE LA SURVEILLANCE DE SANTE PUBLIQUE

D'après "WHO guidelines on ethical issues in public health surveillance" (WHO, 2017)

- *Ligne 1* : Les pays ont l'obligation de mettre en place des systèmes de surveillance de santé publique appropriés, réalisables et durables. Les systèmes de surveillance doivent avoir un objectif clair et un plan pour la collecte, l'analyse, l'utilisation et la diffusion des données en fonction des priorités de santé publique pertinentes.
- *Ligne 2* : Les pays ont l'obligation de développer des mécanismes appropriés et efficaces pour assurer une surveillance éthique
- *Ligne 3* : Les données de surveillance ne doivent être collectées que dans un but légitime de santé publique.
- *Ligne 4* : Les pays ont l'obligation de veiller à ce que les données recueillies soient d'une qualité suffisante, notamment qu'elles soient opportunes, fiables et valides, pour atteindre les objectifs de santé publique.
- *Ligne 5* : La planification de la surveillance de santé publique doit être guidée par un choix gouvernemental transparent des priorités
- *Ligne 6* : La communauté mondiale a l'obligation de soutenir les pays qui manquent de ressources adéquates pour réaliser la surveillance
- *Ligne 7* : Les valeurs et les préoccupations des communautés doivent être prises en compte dans la planification, la mise en œuvre et l'utilisation des données de surveillance
- *Ligne 8* : Les responsables de la surveillance doivent identifier, évaluer, minimiser et divulguer les risques de préjudice avant que la surveillance ne soit menée. La surveillance des dommages doit être continue et, lorsqu'un dommage est identifié, des mesures appropriées doivent être prises pour l'atténuer
- *Ligne 9* : La surveillance des individus ou des groupes qui sont particulièrement exposés à la maladie, aux préjudices ou à l'injustice est essentielle et exige un examen minutieux pour éviter l'imposition de charges supplémentaires inutiles
- *Ligne 10* : Les gouvernements et autres qui détiennent des données de surveillance doivent s'assurer que les données identifiables sont correctement sécurisées.
- *Ligne 11* : Dans certaines circonstances, la collecte de noms ou de données identifiables est justifiée
- *Ligne 12* : Les individus ont l'obligation de contribuer à la surveillance lorsque des ensembles de données fiables, valides et complets sont nécessaires et qu'une protection appropriée est en place. Dans ces circonstances, le consentement éclairé n'est pas éthiquement requis
- *Ligne 13* : Les résultats de la surveillance doivent être efficacement communiqués aux publics cibles concernés
- *Ligne 14* : Avec des garanties et une justification appropriées, les responsables de la surveillance de la santé publique ont l'obligation de partager les données avec d'autres agences nationales et internationales de santé publique
- *Ligne 15* : Lors d'une urgence de santé publique, il est impératif que toutes les parties impliquées dans la surveillance partagent les données en temps opportun
- *Ligne 16* : Avec une justification et des garanties appropriées, les agences de santé publique peuvent utiliser ou partager des données de surveillance à des fins de recherche
- *Ligne 17* : Les données de surveillance personnelles identifiables ne doivent pas être partagées avec des agences susceptibles de les utiliser pour prendre des mesures contre des individus ou pour des utilisations sans rapport avec la santé publique

BIBLIOGRAPHIE

- Abdullah, I., & Rashid, I. (Éds.). (2017). *Understanding West Africa's Ebola epidemic : Towards a political economy*. Zed Books Ltd, 322 p.
- Abdulmelik, S. (2017). African Union, ECOWAS, and the international political economy of the emergency response to Ebola. In I. Abdullah & I. Rashid, *Understanding West Africa's Ebola epidemic : Towards a political economy* (p. 215-243). Zed Books.
- Aberese-Ako, M., van Dijk, H., Gerrits, T., Arhinful, D. K., & Agyepong, I. A. (2014). 'Your health our concern, our health whose concern?' : Perceptions of injustice in organizational relationships and processes and frontline health worker motivation in Ghana. *Health Policy and Planning*, 29(suppl 2), ii15-ii28. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu068>
- Aborode, A. T., Tsagkaris, C., Jain, S., Ahmad, S., Essar, M. Y., Fajemisin, E. A., Adanur, I., & Uwishema, O. (2021). Ebola Outbreak amid COVID-19 in the Republic of Guinea : Priorities for Achieving Control. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.21-0228>
- Adamou, R., De Freitas Girardi, J., Aka Dago-Akribi, H., Dassi Tchoupa Revegue, M. H., Cacou, C., Moh, C., Bouah, B., Agbo, P., Msellati, P., Raynaud, J.-P., Leroy, V., & Sturm, G. (2022). Étude qualitative sur le vécu de l'annonce du statut VIH aux adolescents en Côte d'Ivoire: *Santé Publique*, Vol. 33(5), 753-762. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0753>
- Adams, V. (2013). Evidence-Based Global Public Health : Subjects, Profits, Erasures. In J. Biehl & A. Petryna, *When People Come First : Critical Studies in Global Health* (p. 55-90). Princeton University Press.
- Adom, P. V. M., Makoutodé, C. P., Ouendo, E. M., & Makoutodé, M. (2019). Modèle d'intégration des agents de santé communautaire dans le système de santé (Bénin, Togo). *Sante Publique*, Vol. 31(2), 315-326.
- Africa CDC. (2020a). *Revealing the Toll of COVID-19 : A Technical Package for Rapid Mortality Surveillance and Epidemic Response* (p. 28). Africa CDC. <https://africacdc.org/download/revealing-the-toll-of-covid-19-a-technical-package-for-rapid-mortality-surveillance-and-epidemic-response/>
- Africa CDC. (2020b). *Hand washing facility options for resource limited settings* (p. 4). Africa CDC. <https://africacdc.org/download/hand-washing-facility-options-for-resource-limited-settings/>
- Africa CDC. (2021a). *Cross Country Learning on Community Health System Integration and Financing*. Africa CDC.
- Africa CDC. (2021b). *Experts discuss law and public health emergency preparedness and response in Africa*. Africa CDC.
- Africa CDC. (2022). *Report on the Side Event on the Role of Community Health Workers and Volunteers in the Attainment of Universal Health Coverage and Health Security in Africa* (p. 3). Africa CDC. <https://africacdc.org/download/report-on-the-side-event-on-the-role-of-community-health-workers-and-volunteers-in-the-attainment-of-universal-health-coverage-and-health-security-in-africa/>
- Agbo, S., Gbaguidi, L., Biliyar, C., Sylla, S., Fahnbulleh, M., Dogba, J., Keita, S., Kamara, S., Jambai, A., Harris, A., Nyenswah, T., Seni, M., Bhoeye, S., Duale, S., & Kitua, A. (2019). Establishing National Multisectoral Coordination and collaboration mechanisms to prevent, detect, and respond to public health threats in Guinea, Liberia, and Sierra Leone 2016–2018. *One Health Outlook*, 1(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s42522-019-0004-z>
- Alam, U., Nabyonga-Orem, J., Mohammed, A., Malac, D. R., Nkengasong, J. N., & Moeti, M. R. (2021). Redesigning health systems for global health security. *The Lancet Global Health*. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30545-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30545-3)
- Amos, J. (2017). Structural violence, public health and the militarization of assistance. In I. Abdullah & I. Rashid, *Understanding West Africa's Ebola epidemic : Towards a political economy* (p. 139-162). Zed Books.

- Anand, P. (2019). Global & Community Health : The djina disease: On epilepsy in the Republic of Guinea. *Neurology*, 92(15), 725. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000007274>
- Anane-Sarpong, E., Wangmo, T., Sankoh, O., Tanner, M., & Elger, B. S. (2018). Application of Ethical Principles to Research using Public Health Data in The Global South : Perspectives from Africa. *Developing World Bioethics*, 18(2), 98-108. <https://doi.org/10.1111/dewb.12138>
- Anane-Sarpong, E., Wangmo, T., & Tanner, M. (2020). Ethical principles for promoting health research data sharing with sub-Saharan Africa. *Developing World Bioethics*, 20(2), 86-95. <https://doi.org/10.1111/dewb.12233>
- Anane-Sarpong, E., Wangmo, T., Ward, C. L., Sankoh, O., Tanner, M., & Elger, B. S. (2018). "You cannot collect data using your own resources and put it on open access" : Perspectives from Africa about public health data-sharing. *Developing World Bioethics*, 18(4), 394-405. <https://doi.org/10.1111/dewb.12159>
- André, A. M., Lopez, A., Perkins, S., Lambert, S., Chace, L., Noudeke, N., Fall, A., & Pedalino, B. (2017). Frontline Field Epidemiology Training Programs as a Strategy to Improve Disease Surveillance and Response. *Emerging Infectious Diseases*, 23(Suppl 1), S166-S173. <https://doi.org/10.3201/eid2313.170803>
- Anglaret, X., & Msellati, P. (2003). Éthique contextuelle ou éthique universelle : Un faux débat ? Réflexions issues de la pratique d'essais cliniques en Côte d'Ivoire. *Autrepart*, n° 28(4), 71-80.
- Anoko, J. N. (2014). *La réparation de la malédiction générale suite à l'enterrement d'une femme enceinte avec le bébé dans le ventre*. (p. 16). OMS.
- Anonymous. (1949). Institut Pasteur de Kindia, French Guinea. *Nature Publishing Group*, 164(4171), 610-611. <https://doi.org/10.1038/164610a0>
- ANSS. (2016). *Guide de mise en œuvre de la Surveillance à Base Communautaire en Guinée* (p. 17). Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique.
- ANSS. (2017). *Guide national d'emploi des Equipes préfectorales d'alerte et de riposte aux épidémies (EPARE) en Guinée* (p. 21). ANSS.
- ANSS. (2019, décembre 30). Rougeole : Riposte dans 07 districts sanitaires. ANSS. <https://anss-guinee.org/?p=3039>
- ANSS. (2020a, avril 1). *Présentation sommaire des Equipes préfectorales d'alerte et de réponse aux épidémies*. <https://anss-guinee.org/welcome/erare>
- ANSS. (2020b). *Comprendre la stratégie communautaire Stop-Covid en 60 jours*. ANSS.
- ANSS. (2021). *Rapport de situation Maladie à virus Ebola (n°84)*.
- ANSS, OMS, RTI, OIM, & IMC. (2017). *Rapport final de l'évaluation de la Surveillance à base communautaire* (p. 36) [Rapport de l'évaluation de la surveillance à base communautaire effectuée entre le 29 Novembre et le 20 Décembre 2017 dans 09 districts sanitaires en Guinée]. ANSS.
- Aranzazu, A. (2013). Le réseau mondial de surveillance de la grippe de l'OMS. Modalités de circulation des souches virales, des savoirs et des techniques, 1947-2007. *Sciences sociales et sante*, Vol. 31(4), 41-64.
- Aranzazu, A. (2016). Surveillance de la grippe d'origine animale à l'OMS. *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol. 10, n° 1(1), 71-93.
- Assemblée Nationale République de Guinée. (2020). *Code de conduite de l'Agent public en République de Guinée* (2020/0026/AN). Assemblée Nationale République de Guinée. <https://www.assemblee.gov.gn/loi-ndeg-20200026-portant-code-de-conduite-de-lagent-public-en-republique-de-guinee>
- Assob-Nguedia, J.-C., Dongo, D., & Nguimkeu, P. E. (2020). Early dynamics of transmission and projections of COVID-19 in some West African countries. *Infectious Disease Modelling*, 5, 839-847. <https://doi.org/10.1016/j.idm.2020.10.006>
- Atlani-Duault, L., & Vidal, L. (2013). Le moment de la santé globale : Formes, figures et agendas d'un miroir de l'aide internationale. *Revue Tiers Monde*, 215, 7-16.
- Attas, F. (2022). *La Covid-19 vue du Sud : Une perspective guinéenne sur les politiques de santé globale et les modèles de riposte épidémique*. « L'ombre portée d'Ebola sur l'épidémie de SARS-COV-

- 2 : Analyse Anthropologique de la Covid-19 en Guinée », 22 juin 2022, Conakry (Guinée), Conakry.
- Attas, F., Curtis, M.-Y., Koniono, N. L., & Le Marcis, F. (2021). *Covid-19 en Guinée. Impact de l'hétérogénéité des soins sur la perception de la prise en charge [Note de politique ARIACOV]* (Note de politique n°8). ARIACOV. <https://www.ariacov.org/communication/politique-des-masques-en-guinee-2/>
- Attas, F., Keïta-Diop, M., Curtis, M.-Y., & Le Marcis, F. (2022). Discours radiophoniques, cartographies épidémiques et représentations locales de la COVID-19 en Guinée. *L'Espace Politique. Revue en ligne de géographie politique et de géopolitique*, 44/2022, 1-25. <https://doi.org/10.4000/espacepolitique.10007>
- Bado, J.-P. (1996). *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique*, Karthala, 442 p.
- Baggaley, R., Johnson, C., Garcia Calleja, J. M., Sabin, K., Obermeyer, C., Taegtmeyer, M., Zaba, B., El-Hayek, C., & Singh, J. A. (2015). Routine feedback of test results to participants in clinic- and survey-based surveillance of HIV. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(5), 352-355. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.153031>
- Baiden, F., Ishola, D., Lowe, B., Kohn, B., Otieno, T., Mooney, T., Awuondo, K., Fombah, A., Manno, D., Owusu-Kyei, K., Samai, M., Leigh, B., Greenwood, B., & Watson-Jones, D. (2019). *Managing false-positive Ebola PCR test results in the post-outbreak era : Experience in the EBOVAC vaccine trial in rural Sierra Leone*. 1.
- Bainalago, L. (2002). Le projet Prima en Guinée Conakry : Une expérience d'organisation de mutuelle de santé en Afrique rurale, Bart Criel, Aïssatou Noumou Barry, Franz von Roenne (éds.). *Bulletin Amades [En ligne]*, 52. <http://journals.openedition.org/amades/848>
- Balique, H. (2011). Le défi de la santé en Afrique subsaharienne et ses perspectives. In D. Kerouedan, *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud* (p. 29-50). Presses de Sciences Po. <https://www.cairn.info/sante-internationale--9782724611724-page-29.htm>
- Ballard, M., Bancroft, E., Nesbit, J., Johnson, A., Holeman, I., Foth, J., Rogers, D., Yang, J., Nardella, J., Olsen, H., Raghavan, M., Panjabi, R., Alban, R., Malaba, S., Christiansen, M., Rapp, S., Schechter, J., Aylward, P., Rogers, A., ... Palazuelos, D. (2020). Prioritising the role of community health workers in the COVID-19 response. *BMJ Global Health*, 5(6), 7. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002550>
- Bangoura, Y. (2014, décembre 2). La société civile installe des comités de veille contre Ebola. *Le Rassembleur*.
- Bansard, E., & Bonnaire, A.-C. (2021, janvier 12). *Ce que la Covid-19 a fait aux sciences sociales*. The Conversation. <http://theconversation.com/ce-que-la-covid-19-a-fait-aux-sciences-sociales-152460>
- Barbisch, D., Koenig, K. L., & Shih, F.-Y. (2015). Is There a Case for Quarantine? Perspectives from SARS to Ebola. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 9(5), 547-553. <https://doi.org/10.1017/dmp.2015.38>
- Barry, A. M. (2010). *Évaluation de la performance des structures des soins de santé primaires du district sanitaire de Labé (Guinée), Mémoire de Master* (p. 85). Faculté de médecine, Université de Montréal.
- Barry, A. T. (2022). *Le rôle et la place des relais communautaires (ReCo) dans la riposte contre la Covid-19 en Guinée*. Colloque AMADES – Antenne Sénégal « Covid-19 en Afrique : une épidémie sous le radar », 2 et 3 Juin 2022, Dakar, Dakar (Sénégal).
- Barry, D. (2015, avril 22). Ebola : 11 Guinéens condamnés à perpétuité dans l'affaire du « drame de Womey ». *Jeune Afrique*. <https://www.jeuneafrique.com/230243/societe/ebola-11-guin-ens-condamn-s-perp-tuit-dans-l-affaire-du-drame-de-womey/>
- Barry, M. (2014, novembre 17). Dr Sakoba Keita plus explicite que jamais sur l'utilité des comités de veille. *La République*, 1.
- Bausch, D. G. (2021). The need for a new strategy for Ebola vaccination. *Nature Medicine*, 27(4), 580-581. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01313-w>
- BBC News Afrique. (2014, novembre 11). Ebola : Grève de la faim en Guinée. *BBC News Afrique*. https://www.bbc.com/afrique/region/2014/11/141111_womey_guinea_ebola

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8e édition). Oxford University Press, USA, 512 p.
- Beaudevin, C., Gaudillière, J.-P., & Gradmann, C. (2022). The local roots of 'health for all' : Primary health care in practices, 1950s–2000s. *Social Science & Medicine*, 25. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115321>
- Béavogui, F. (1991). Contribution à l'histoire des Loma de la Guinée forestière, de la fin du XIXe siècle à 1945 [Thesis, Paris 7]. In [Http://www.theses.fr](http://www.theses.fr). <http://www.theses.fr/1991PA070030>
- Bell, J. A., & Nuzzo, J. B. (2021). *Indice de sécurité sanitaire mondiale : Promouvoir la responsabilisation et l'action collectives dans un contexte de crise mondiale* (p. 62). Nuclear Threat Initiative. <https://www.ghsindex.org/report-model/>
- Benton, A. (2014). Race and the immuno-logics of Ebola response in West Africa. *Somatosphere*. <http://somatosphere.net/2014/race-and-the-immuno-logics-of-ebola-response-in-west-africa.html/>
- Benton, A. (2016). Risky Business : Race, Nonequivalence and the Humanitarian Politics of Life. *Visual Anthropology*, 29(2), 187-203. <https://doi.org/10.1080/08949468.2016.1131523>
- Benton, A. (2017). Assurer la sécurité, mais de qui ? La militarisation et la sécurisation pendant l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest. In M. Hofman & S. Au, *La politique de la peur. MSF et l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest*. Renaissance du livre (p. 61-92).
- Berthé, A., Traoré, I., Somé, J., Berthé-Sanou, L., Salouka, S., Rouamba, J., Mayaud, P., Nagot, N., & Méda, N. (2013). L'expérience burkinabè de constitution d'un Comité Consultatif Communautaire pour un meilleur accompagnement des projets de recherche sur le VIH. *Santé Publique*, 25(6), 829-837. <https://doi.org/10.3917/spub.136.0829>
- Bhattacharya, R., Barton, S., & Catalan, J. (2008). When good news is bad news : Psychological impact of false positive diagnosis of HIV. *AIDS Care*, 20(5), 560-564. <https://doi.org/10.1080/09540120701867206>
- Biehl, J., & Petryna, A. (2013). Critical Global Health. In J. Biehl & A. Petryna, *When People Come First : Critical Studies in Global Health*. Princeton University Press, (p. 1-20). <http://joaobiehl.net/wp-content/uploads/2009/07/Critical-Global-Health.pdf>
- Bigot, J. (2011). Les districts de santé et l'Initiative de Bamako. In D. Kerouedan, *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud* (p. 181-186). Presses de Sciences Po. <https://www.cairn.info/sante-internationale--9782724611724-page-181.htm>
- Bjørkdahl, K., & Carlsen, B. (Éds.). (2019). Introduction : Pandemics, Publics, and Politics : Staging Responses to Public Health Crises. In *Pandemics, Publics, and Politics : Staging Responses to Public Health Crises* (p. 1-9). Springer Singapore. <https://doi.org/10.1007/978-981-13-2802-2>
- Boiro, M. Y., Lama, N., Barry, M., Diallo, R., & Morillon, M. (1999). Cholera in Guinea : The 1994-1995 outbreak. *Med Trop (Mars)*, 303-306.
- Bond, N., Sesay, S., Kamara, A., Bates, J., Teigen, J., Stowlow, J., Bennett, A., Paige, S., & Moses, L. (2019). Ebola Survivor Corps : Employing Ebola survivors as health educators and advocates in communities affected by Ebola in northern Sierra Leone. *The Lancet Global Health*, 7, S48. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30133-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30133-0)
- Bonnet, D. (2001). Rupture d'alliance contre rupture de filiation : Le cas de la drépanocytose. In J.-P. Dozon & D. Fassin (Éds.), *Critique de la santé publique : Une approche anthropologique* (p. 257-280). Balland.
- Bonnet, D. (2003). L'éthique médicale universelle engage-t-elle la construction d'un acteur social universel ? *Autrepart*, n° 28(4), 5-19.
- Bonnet, E., Bodson, O., Le Marcis, F., Faye, A., Sambieni, N. E., Fournet, F., Boyer, F., Coulibaly, A., Kadio, K., Diongue, F. B., & Ridde, V. (2021). The COVID-19 pandemic in francophone West Africa : From the first cases to responses in seven countries. *BMC Public Health*, 21(1490), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11529-7>
- Bourrier, M. (2019). Dans les coulisses de la gestion de l'épidémie Ebola en Afrique de l'Ouest (2014-2016) : L'ère de l'« OMSF ». *Sciences sociales et santé*, 37(2), 39. <https://doi.org/10.3917/sss.372.0039>

- Boutbien, A., & Galland, B. (2001). *Rapport d'évaluation du programme de promotion des mutuelles de santé en Guinée forestière* (p. 111).
- Boyce, M. R., Attal-Juncqua, A., Lin, J., McKay, S., & Katz, R. (2021). Global Fund contributions to health security in ten countries, 2014-20 : Mapping synergies between vertical disease programmes and capacities for preventing, detecting, and responding to public health emergencies. *The Lancet. Global Health*, *9*(2), e181-e188. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30420-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30420-4)
- Boyce, M. R., & Katz, R. (2019). Community Health Workers and Pandemic Preparedness : Current and Prospective Roles. *Frontiers in Public Health*, *7*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00062>
- Brewer, N., Salz, T., & Lillie, S. (2007). Systematic Review : The Long-Term Effects of False-Positive Mammograms. *Annals of Internal Medicine*, *146*. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-7-200704030-00006>
- Brocq, H. (2008). Éthique et annonce de diagnostic. *Le Journal des psychologues*, *n° 259*(6), 65-69.
- Brokes, E. (2001, 13). Death after false cancer diagnosis. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/uk/2001/jan/13/emmabrockes>
- Brown, H., Kelly, A. H., Sáez, A. M., Fichet-Calvet, E., Ansumana, R., Bonwitt, J., Magassouba, N., Sahr, F., & Borchert, M. (2015). Extending the "Social" : Anthropological Contributions to the Study of Viral Haemorrhagic Fevers. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, *9*(4), 1-4. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003651>
- Brown, T., Craddock, S., & Ingram, A. (2012). Critical Interventions in Global Health : Governmentality, Risk, and Assemblage. *Annals of the Association of American Geographers*, *102*(5), 1182-1189. <https://doi.org/10.1080/00045608.2012.659960>
- Buissonnière, M. (2012). La nouvelle donne de la santé globale : Dynamiques et écueils. *International Development Policy | Revue internationale de politique de développement*, *3*(3), 77-92. <https://doi.org/10.4000/poldev.953>
- Bunnik, E. M., van Bodegom, L., Pinxten, W., de Beaufort, I. D., & Vernooij, M. W. (2017). Ethical framework for the detection, management and communication of incidental findings in imaging studies, building on an interview study of researchers' practices and perspectives. *BMC Medical Ethics*, *18*(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0168-y>
- Burton, D. C., Flannery, B., Onyango, B., Larson, C., Alaii, J., Zhang, X., Hamel, M. J., Breiman, R. F., & Feikin, D. R. (2011). Healthcare-seeking Behaviour for Common Infectious Disease-related Illnesses in Rural Kenya : A Community-based House-to-house Survey. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, *29*(1), 61-70.
- Caduff, C. (2015). *The Pandemic Perhaps : Dramatic Events in a Public Culture of Danger*. University of California Press.
- Calain, P. (2007a). Exploring the international arena of global public health surveillance. *Health Policy and Planning*, *22*(1), 2-12. <https://doi.org/10.1093/heapol/czl034>
- Calain, P. (2007b). From the field side of the binoculars : A different view on global public health surveillance. *Health Policy and Planning*, *22*(1), 13-20. <https://doi.org/10.1093/heapol/czl035>
- Calain, P., & Poncin, M. (2015). Reaching out to Ebola victims : Coercion, persuasion or an appeal for self-sacrifice? *Social Science & Medicine*, *147*, 126-133. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.063>
- Camara, I., Sow, M. S., Touré, A., Oularé, B., Bah, E. I., Bangoura, S. T., Camara, A., & Keita, A. K. (2020). Unrecognized Ebola virus infection in Guinea : Complexity of surveillance in a health crisis situation: case report. *The Pan African Medical Journal*, *36*(201), 1-5. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.36.201.24379>
- Camara, I., Touré, A., Camara, A., Marcis, F. L., Bangoura, S. T., Kpamou, C., Sow, M. S., & Keita, A. K. (2020). Preparing for the COVID-19 pandemic response in a country emerging from an Ebola Epidemic : Assessment of health workers knowledge, attitudes and practices on coronavirus (COVID-19) in Guinea. *Journal of Public Health and Epidemiology*, *12*(4), 318-328. <https://doi.org/10.5897/JPHE2020.1270>
- Camara, S., Delamou, A., Millimouno, T. M., Kourouma, K., Ndiaye, B., & Thiam, S. (2020). Community response to the Ebola outbreak : Contribution of community-based organisations and

- community leaders in four health districts in Guinea. *Global Public Health*, 15(12), 1767-1777. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1789194>
- Cambron, L., Castel, P., Couteron, J.-P., El Ghazi, L., Gerbaud, L., Girard, V., Habold, D., Kepenekian, G., Ménard, D., Nouguez, É., Ridde, V., & Satilmis, L. (2022). Passer d'une politique de santé publique à une santé publique politique : Proposition du groupe miroir pour un virage paradigmatique. *Santé Publique*, 34(1), 5-8. <https://doi.org/10.3917/spub.221.0005>
- Cantener, A. (2018). 28 septembre 2009, la toute-puissance des militaires et un déchaînement de la violence. In FIDH, OGDH, & RFI, *Mémoire collective : Une histoire plurielle des violences politiques en Guinée* (p. 288-310).
- Carrión Martín, A. I., Derrough, T., Honomou, P., Kolie, N., Diallo, B., Koné, M., Rodier, G., Kpoghomou, C., & Jansà, J. M. (2016). Social and cultural factors behind community resistance during an Ebola outbreak in a village of the Guinean Forest region, February 2015 : A field experience. *International Health*, 8(3), 227-229. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihw018>
- Castagnino, F. (2018). Critique des surveillances studies. Éléments pour une sociologie de la surveillance. *Deviance et Societe*, Vol. 42(1), 9-40.
- Caux, C. (2005). *Le mariage entre la surveillance biologique et l'éthique* : 40, 131-133.
- CDC. (2001). Surveillance of mortality during a refugee crisis—Guinea, January-May 2001. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 50(46), 1029-1032.
- CDC. (2012). CDC's Vision for Public Health Surveillance in the 21st Century. *Morbidity and Mortality Weekly Report (CDC)*, 61(Supplement), 1-40.
- Chambers, P. (2004). Guinée : Le prix d'une stabilité à court terme. *Politique africaine*, 94, 128-148. <https://doi.org/10.3917/polaf.094.0128>
- Charles, B. (1997). La transformation des relations de pouvoir entre le Gouvernement général, le Ministère de la France d'Outre Mer et la Guinée (1956-1958). In C. Becker, S. Mbaye, & I. Thioub, *AOF : réalités et héritages : Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960* (Direction des Archives du Sénégal, p. 101-114).
- Charlton, C. L., Hull, N., Sloma, C. R., Bonifas, M., Johnson, M., Strain, A. K., Wolford, T., Staley, S., Perkins, C., Razaque, R., Courtney, C., & Bind, E. P. (2021). How To Prepare for the Unexpected : A Public Health Laboratory Response. *Clinical Microbiology Reviews*, 34(3). <https://doi.org/10.1128/CMR.00183-20>
- Châtelot, C. (2020, mars 19). Elections en Guinée : Quand le coronavirus fait les affaires d'Alpha Condé. *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/03/19/elections-en-guinee-quand-le-coronavirus-fait-les-affaires-d-alpha-conde_6033734_3212.html
- Chérif, F. (2021, octobre 28). Guinée : Les travaux de validation technique du nouveau Code de la Santé Publique lancés à Conakry. *earthguinea*. <https://earthguinea.org/guinee-les-travaux-de-validation-technique-du-nouveau-code-de-la-sante-publique-lances-a-conakry/>
- Chia, T., & Oyeniran, O. I. (2020). Human health versus human rights : An emerging ethical dilemma arising from coronavirus disease pandemic. *Ethics, Medicine, and Public Health*, 14, 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2020.100511>
- Christenhusz, G. M., Devriendt, K., & Dierickx, K. (2013). To tell or not to tell? A systematic review of ethical reflections on incidental findings arising in genetics contexts. *European Journal of Human Genetics*, 21(3), 248-255. <https://doi.org/10.1038/ejhg.2012.130>
- Christopher, J. B., Le May, A., Lewin, S., & Ross, D. A. (2011). Thirty years after Alma-Ata : A systematic review of the impact of community health workers delivering curative interventions against malaria, pneumonia and diarrhoea on child mortality and morbidity in sub-Saharan Africa. *Human Resources for Health*, 9(1), 11. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-9-27>
- CIRAD. (2022, août 16). *Ebola : Vers un dispositif de surveillance communautaire efficace*. CIRAD. <https://www.cirad.fr/les-actualites-du-cirad/actualites/2022/surveillance-communautaire-d-ebola>
- Clara, A., Ndiaye, S. M., Joseph, B., Nzogu, M. A., Coulibaly, D., Alroy, K. A., Gourmanon, D. C., Diarrassouba, M., Toure-Adechoubou, R., Hounbedji, K. A., Attiey, H. B., & Balajee, S. A. (2020). Community-Based Surveillance in Côte d'Ivoire. *Health Security*, 18(S1), S23-S33. <https://doi.org/10.1089/hs.2019.0062>

- Clark, H., Cardenas, M., Dybul, M., Kazatchkine, M., Liu, J., Miliband, D., Nordström, A., Sudan, P., Zedillo, E., Obaid, T., McCarney, R., Radin, E., Elias, M. K., McNab, C., Legido-Quigley, H., & Sirleaf, E. J. (2022). Transforming or tinkering : The world remains unprepared for the next pandemic threat. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00929-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00929-1)
- Cloekaert, A., & Kuchler, K. (2020). Grand Challenges in Infectious Diseases : Are We Prepared for Worst-Case Scenarios? *Frontiers in Microbiology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2020.613383>
- Cohn, S., & Kutalek, R. (2016). Historical Parallels, Ebola Virus Disease and Cholera : Understanding Community Distrust and Social Violence with Epidemics – PLOS Currents Outbreaks. *PLOS Currents Outbreaks*. <https://doi.org/10.1371/currents.outbreaks.aa1f2b60e8d43939b43fbd93e1a63a94>
- Collins, D., Rhea, S., Diallo, B. I., Bah, M. B., Yattara, F., Keleba, R. G., & MacDonald, P. D. M. (2020). Surveillance system assessment in Guinea : Training needed to strengthen data quality and analysis, 2016. *PLOS ONE*, 15(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234796>
- Commission nationale pour la Protection des sujets humains dans le cadre de la recherche biomédicale et behavioriste. (1974). *Rapport Belmont : Principes éthiques et directives concernant la protection des sujets humains dans le cadre de la recherche*.
- Comolet, T. (2000). La santé en Guinée : Un modèle de système de soins de santé primaires à revisiter. *Médecine tropicale*, 60, 25-28.
- Conseil mondial de suivi de la préparation. (2020). *Un Monde en désordre. Résumé d'orientation* (p. 10). https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_AWID_ES_2020_FR.pdf
- Coordination des partenaires de la riposte. (2021). *Activités des partenaires de la riposte à la maladie à virus Ebola en Guinée—Bulletin de Février à juin 2021* (p. 28).
- Coordination nationale de lutte contre Ebola. (2016). *Guide technique de mise en oeuvre de la surveillance active en ceinture (SA-Ceint) dans un contexte de riposte à la maladie à virus Ebola*.
- Coreil, J. (1990). The Evolution of Anthropology in International Health. In *Anthropology and Primary Health Care* (p. 3-27). Routledge.
- Coreil, J., & Mull, J. D. (1990). *Anthropology and primary health care* (365). Westview Press.
- Corral-Broto, P., & Andriamparany, R. (2020). Histoire des maladies dans le Sud Global : Leçons apprises pour la Covid-19. *REVUT Scientific Journal*, 1(2), 7-17.
- Crane, J. T. (2010). Unequal 'Partners'. *AIDS, Academia, and the Rise of Global Health. BEHEMOTH - A Journal on Civilisation*, 3(3), 78-97. <https://doi.org/10.6094/behemoth.2010.3.3.685>
- Curtis, M.-Y. (2022). *D'Ébola à la pandémie Covid-19 : Prise en charge des épidémies en Guinée*. « L'ombre portée d'Ebola sur l'épidémie de SARS-COV-2 : Analyse Anthropologique de la Covid-19 en Guinée », 22 juin 2022, Conakry (Guinée), Conakry.
- Dahl, B. A., Kinzer, M. H., Raghunathan, P. L., Christie, A., De Cock, K. M., Mahoney, F., Bennett, S. D., Hersey, S., & Morgan, O. W. (2016). CDC's Response to the 2014-2016 Ebola Epidemic—Guinea, Liberia, and Sierra Leone. *MMWR Supplements*, 65(3), 12-20. <https://doi.org/10.15585/mmwr.su6503a3>
- Danion-Grilliat, A. (2011). Conflits éthiques autour du diagnostic et du consentement : À propos de la psychiatrie et du diagnostic prénatal. *L'information psychiatrique, Volume 87(7)*, 557-566.
- David, P.-M., & Le Dévédec, N. (2019). Preparedness for the next epidemic : Health and political issues of an emerging paradigm. *Critical Public Health*, 29(3), 363-369. <https://doi.org/10.1080/09581596.2018.1447646>
- De Lestrangé, M. (1949). Contribution à l'étude de l'anthropologie des Noirs d'AOF : Physiologie et pathologie des Coniagui, Bassari, Badyaranké et peuls de la région de Youkounkoun (Guinée française). *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris*, 10(4), 156-165. <https://doi.org/10.3406/bmsap.1949.2856>
- De Oliveira, T. (2022). Infectious diseases science in Africa takes a leading place in the world. *The Lancet*, 1-2. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00977-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00977-1)
- Dedkov, V. G., Magassouba, N., Stukolova, O. A., Savina, V. A., Camara, J., Soropogui, B., Safonova, M. V., Semizhon, P., & Platonov, A. E. (2021). Differential Laboratory Diagnosis of Acute Fever in Guinea : Preparedness for the Threat of Hemorrhagic Fevers. *International Journal of*

- Environmental Research and Public Health*, 18(11), 1-15.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18116022>
- Delamou, A., Camara, B. S., Kolie, J. P., Guemou, A. D., Haba, N. Y., Marquez, S., Beavogui, A. H., Delvaux, T., & van Griensven, J. (2017). Profile and reintegration experience of Ebola survivors in Guinea : A cross-sectional study. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*, 22(3), 254-260. <https://doi.org/10.1111/tmi.12825>
- Delamou, A., Keita, M., Beavogui, A. H., Camara, A., & Van Damme, W. (2021). Is Guinea meeting the challenges to control the new ebola virus disease outbreak in West Africa? *Preventive Medicine Reports*, 23, 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101394>
- Delamou, A., Sidibé, S., Camara, A., Traoré, M. S., Touré, A., & Van Damme, W. (2020). Tackling the COVID-19 pandemic in West Africa : Have we learned from Ebola in Guinea? *Preventive Medicine Reports*, 20, 101206. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101206>
- Delfraissy, J.-F., Yazdanpanah, Y., & Levy, Y. (2016). REACTing : The French response to infectious disease crises. *The Lancet*, 387(10034), 2183-2185. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30059-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30059-9)
- Desclaux, A., & Alfieri, C. (2013). L'annonce du statut VIH de l'enfant : expériences des mères et interprétations des soignants au Burkina Faso. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 10(S1), S81-S92. <https://doi.org/10.1080/02664763.2012.755342>
- Desclaux, A., & Anoko, J. (2017). L'anthropologie engagée dans la lutte contre Ebola (2014-2016) : Approches, contributions et nouvelles questions. *Santé Publique*, 29(4), 477-485. <https://doi.org/10.3917/spub.174.0477>
- Desclaux, A., & Badji, M. (2015). Tensions éthiques autour du médicament en Afrique. In M. Badji & A. Desclaux, *Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique. Analyses en anthropologie, droit et santé publique* (p. 15-33). L'Harmattan-Sénégal.
- Desclaux, A., & Barranca, E. (2020). Des « vrais » et « faux » survivants d'Ebola ? Traces biologiques et conflits de preuves en Guinée. *Ethnologie française, N° 178(2)*, 361-376.
- Desclaux, A., Diop, M., & Doyon, S. (2017). Peur et confinement : Perceptions du suivi des cas contacts et effets sociaux au Sénégal et en Guinée. In M. Hofman & S. Au (Éds.), *La politique de la peur : MSF et l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest* (p. 277-306). La Renaissance du Livre. <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010069899>
- Desclaux, A., Malan, M. S., Egrot, M., Akindès, F., & Sow, K. (2018). Patients négligés, effets imprévus. L'expérience des cas suspects de maladie à virus Ebola. *Santé Publique*, 30(4), 565-574. <https://doi.org/10.3917/spub.185.0565>
- Desclaux, A., Ndione, A. G., Badji, D., & Sow, K. (2016). La surveillance des personnes contacts pour Ébola : Effets sociaux et enjeux éthiques au Sénégal. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s13149-016-0477-2>
- Desclaux, A., & Sow, K. (2015). « Humaniser » les soins dans l'épidémie d'Ebola ? Les tensions dans la gestion du care et de la biosécurité dans le suivi des sujets contacts au Sénégal. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 1-19. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1751>
- Desclaux, A., Sow, S., Taverne, B., Touré, A., & PostEboGui Study Group. (2017, 10-2/11). *Les soignants survivants d'Ebola stigmatisés. La profession médicale en question?* [Présentation affichée]. Journées Médicales Guinée - Rhône Alpes, Conakry.
- Desclaux, A., & Touré, A. (2018, mars). *L'ambivalence des médicaments : Un `` traitement qui tue '' dans les Centres de Traitement Ebola (Guinée, 2014-2016)*. Régulations, Marchés, Santé : interroger les enjeux actuels du médicament en Afrique, Ouida, Bénin.
- Desclaux, A., Billaud, A., & Sow, K. (2022). *Anthropologie appliquée aux épidémies émergentes*. L'Harmattan, 314 p.
- Desgrées du Loû, A. (2011). La démographie, une discipline passerelle en santé publique. In D. Kerouedan, *Santé internationale* (p. 535-547). Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.kerou.2011.01.535>
- Diallo, A., Carlos-Bolumbu, M., Cervantes-Gonzalez, M., Wozniak, V., Diallo, M. H., Diallo, B. D., Delamou, A., & Galtier, F. (2021). Immunogenicity and safety of Ebola virus vaccines in healthy

- adults: A systematic review and network meta-analysis. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17(10), 3771-3783. <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1932214>
- Diallo, A., Keita, M., Sylla, A. I., SO, I., & Kourouma, F. (2018). Séquelles psychosociales et médicales chez les malades déclarés guéris de la Maladie à Virus Ebola (MVE) dans la préfecture de Guéckédou (Guinée). *Journal africain des cas cliniques et revues*, 2(2), 252-260.
- Diallo, A. M. (2014, décembre 5). Des membres des comités de veille contre Ebola en formation sur la maladie. *Horoya*, 1.
- Diallo, A. P. (2015, janvier 15). Une famille en quarantaine laissée pour compte. *La République*, 1.
- Diallo, B.-L., Alary, M., Rashed, S., & Barry, A. (2011). Épidémie du VIH chez les hommes travaillant dans les mines industrielles de Guinée : Séroprévalence, facteurs de risque associés et tendance 2001–2007. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 59(4), 251-257. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2011.02.100>
- Diallo, M. S. K., Ayouba, A., Keita, A. K., Thaurignac, G., Sow, M. S., Kpamou, C., Barry, T. A., Msellati, P., Etard, J.-F., Peeters, M., Ecochard, R., Delaporte, E., Toure, A., Ayouba, A., Baize, S., Bangoura, K., Barry, A., Barry, M., Cissé, M., ... Yazdanpanah, Y. (2021b). Temporal evolution of the humoral antibody response after Ebola virus disease in Guinea: A 60-month observational prospective cohort study. *The Lancet Microbe*. [https://doi.org/10.1016/S2666-5247\(21\)00170-1](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(21)00170-1)
- Diallo, M. S. K., Rabilloud, M., Ayouba, A., Touré, A., Thaurignac, G., Keita, A. K., Butel, C., Kpamou, C., Barry, T. A., Sall, M. D., Camara, I., Leroy, S., Msellati, P., Ecochard, R., Peeters, M., Sow, M. S., Delaporte, E., Etard, J.-F., Aboubacar, D., ... Yazdanpanah, Y. (2019). Prevalence of infection among asymptomatic and paucisymptomatic contact persons exposed to Ebola virus in Guinea: A retrospective, cross-sectional observational study. *The Lancet Infectious Diseases*, 19(3), 308-316. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30649-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30649-2)
- Diallo, M. S. K., Toure, A., Sow, M. S., Kpamou, C., Keita, A. K., Taverne, B., Peeters, M., Msellati, P., Barry, T. A., Etard, J.-F., Ecochard, R., & Delaporte, E. (2021). Understanding the long-term evolution and predictors of sequelae of Ebola virus disease survivors in Guinea: A 48-month prospective, longitudinal cohort study (PostEboGui). *Clinical Infectious Diseases*, 73(12), 2166-2174. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab168>
- Diallo, S. (2021). *Politiques de santé en Guinée : De la colonisation au début du XXIe siècle*. L'Harmattan, 364 p.
- Diallo, S. C. (2021, janvier 12). Toma et Toma mania, les enjeux politiques exacerbent les clivages | Guinée Politique | Média citoyen, libre et alternatif. *GuinéePolitique*. <https://www.guineepolitique.com/toma-et-toma-mania-les-enjeux-politiques-exacerbent-les-clivages/>
- Diallo, T. S. (2021, février 16). Coronavirus et résurgence d'Ebola en Guinée : Le Pr Georges Ki-Zerbo de l'OMS se confie à Guineenews (interview). *Guineenews*®. <https://www.guineenews.org/coronavirus-et-resurgence-debola-en-guinee-le-pr-georges-ki-zerbo-de-loms-se-confie-a-guineenews-interview/>
- Diaouné, M. P. (2014, novembre 11). L'OMS lance la mise en place de comités de veille sanitaire dans la commune de Matoto. *Horoya*.
- Dil, Y., Strachan, D., Cairncross, S., Korkor, A. S., & Hill, Z. (2012). Motivations and Challenges of Community-Based Surveillance Volunteers in the Northern Region of Ghana. *Journal of Community Health*, 37(6), 1192-1198. <https://doi.org/10.1007/s10900-012-9569-5>
- Diouf, W., & Faye, S. L. (2020). Engagements citoyens et restauration du paradigme de l'engagement communautaire dans la gouvernance de l'épidémie d'Ébola en République de Guinée. *Face à face*, 16, 1-16.
- Politique Nationale de Santé communautaire*, Ministère de la Santé République de Guinée (2017) (testimony of Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle).
- Guide harmonisé de mise en oeuvre de la santé communautaire*, Ministère de la Santé République de Guinée (2019) (testimony of Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle).

- DNSCMT. (2019). *Guide harmonisé de mise en oeuvre de la santé communautaire* (p. 60). Ministère de la Santé.
- Domergue-Cloarec, D. (1997). La prévention dans la politique sanitaire de l'AOF. In Becker, Charles, S. Mbaye, & I. Thioub, *AOF : réalités et héritages : Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960* (Direction des Archives du Sénégal, p. 1228-1239).
- D'Ortenzio, E., & Touré, A. (2021, octobre 17). Plus de 50 ans après son émergence, le virus Marburg garde une part de mystère. *The Conversation*. <http://theconversation.com/plus-de-50-ans-apres-son-emergence-le-virus-marburg-garde-une-part-de-mystere-169380>
- Doumbouya, M. L. (2008). *Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : Le cas de la Guinée [Working paper]*. 20.
- Doumbouya, O. S., Baré, J.-F., & Peralva, A. (2008). *La situation sociale des femmes en Guinée : De la période précoloniale jusqu'à nos jours*. L'Harmattan.
- Dozon, J.-P., & Fassin, D. (2001). *Critique de la santé publique : Une approche anthropologique*. Balland, 367 p.
- Dry, S., & Leach, M. (Éds.). (2010). *Epidemics. Science, Governance and Social Justice* (311). Earthscan Ltd, 320 p.
- Echenberg, M. (2002). *Black Death, White Medicine. Bubonic Plague and the politics of Public Health in colonial Senegal, 1914-1915* (Heinemann).
- Echenberg, M. (2011). *Africa in the Time of Cholera : A History of Pandemics from 1817 to the Present*. Cambridge University Press.
- Egrot, M., & Bila, B. (2017). Genre, maladie et médicament en Afrique de l'Ouest. In A. Adjamagbo & B. Gastineau (Éds.), *Le genre dans les recherches africanistes* (p. 43-53). Laboratoire Population Environnement Développement, Aix-Marseille Université.
- Ells, C., & Thombs, B. D. (2014). The ethics of how to manage incidental findings. *CMAJ*, 186(9), 655-656. <https://doi.org/10.1503/cmaj.140136>
- Engelmann, L. (2020, mars 6). #COVID19 : The Spectacle of Real-Time Surveillance. *Somatosphere*. <http://somatosphere.net/forumpost/covid19-spectacle-surveillance/>
- Erikson, S. (2019). Global health futures? Reckoning with a pandemic bond. *Medicine Anthropology Theory | An Open-Access Journal in the Anthropology of Health, Illness, and Medicine*, 6(3). <https://doi.org/10.17157/mat.6.3.664>
- Etard, J.-F., Sow, M. S., Leroy, S., Touré, A., Taverne, B., Keita, A. K., Msellati, P., Magassouba, N., Baize, S., Raoul, H., Izard, S., Kpamou, C., March, L., Savane, I., Barry, M., Delaporte, E., Ayouba, A., Baize, S., Bangoura, K., ... Yazdanpanah, Y. (2017). Multidisciplinary assessment of post-Ebola sequelae in Guinea (Postebogui) : An observational cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*, 17(5), 545-552. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30516-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30516-3)
- Etard, J.-F., & Toure, A. (2021, janvier 8). [Projets COVID] Recherche d'anticorps à Conakry (Guinée) | Site Web IRD. IRD. <https://www.ird.fr/projets-covid-recherche-danticorps-conakry-guinee>
- Etard, J.-F., Touré, A., Ndour, C. T., Tshilolo, L., Bianga, P. K., Sow, S., & Boum, Y. (2020). Covid-19 en Afrique : Les chiffres reflètent-ils la réalité ? *The Conversation*. <http://theconversation.com/covid-19-en-afrique-les-chiffres-refletent-ils-la-realite-141815>
- Fairchild, A. L. (2015). The Right to Know, The Right to be Counted, The Right to Resist : Cancer, AIDS, and the Politics of Privacy and Surveillance in Post-War America. *Journal of Medical Law and Ethics*, 3(1), 45-64. <https://doi.org/10.7590/221354015X14319325750034>
- Fairchild, A. L., Bayer, R., & Colgrove, J. (2007). Privacy and Public Health Surveillance : The Enduring Tension. *AMA Journal of Ethics*, 9(12), 838-841. <https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2007.9.12.mhst1-0712>
- Fairhead, J., & Leach, M. (1994). Contested Forests : Modern Conservation and Historical Land Use in Guinea's Ziama Reserve. *African Affairs*, 93(373), 481-512. <https://doi.org/10.2307/723664>
- Fairhead, J., Leach, M., & Millimouno, D. (2021). Spillover or endemic? Reconsidering the origins of Ebola virus disease outbreaks by revisiting local accounts in light of new evidence from Guinea. *BMJ Global Health*, 6(4). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005783>
- Fairhead, J., & Millimouno, D. (2017). Ebola in Meliandou : Tropes of 'Sustainability' at Ground Zero. In M. Brightman & J. Lewis (Éds.), *The Anthropology of Sustainability : Beyond Development and*

- Progress* (p. 165-181). Palgrave Macmillan US. https://doi.org/10.1057/978-1-137-56636-2_10
- Fallah, M. (2021). Retour d'Ebola en Afrique de l'Ouest : Les leçons à retenir du passé, en six questions clés. *The Conversation*. <http://theconversation.com/retour-debola-en-afrique-de-louest-les-lecons-a-retenir-du-passe-en-six-questions-cles-155679>
- Farmer, P. (2021). *Fevers, Feuds, and Diamonds : Ebola and the Ravages of History*. Picador USA, 688 p.
- Fassin, D. (1992). *Pouvoir et maladie en Afrique* (PUF). Presses Universitaires de France - PUF, 368 p.
- Fassin, D. (2001). La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique. In *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie* (Hours B. (dir), p. 24-40). Khartala.
- Fassin, D. (2007). Humanitarianism as a Politics of Life. *Public Culture*, 19(3), 499-520. <https://doi.org/10.1215/08992363-2007-007>
- Fassin, D. (2015). Santé globale, un nouveau concept ? Quelques enseignements de l'épidémie à virus Ebola. *médecine/sciences*, 31(5), 463-464. <https://doi.org/10.1051/medsci/20153105001>
- Fassin, D. (2021). *Les mondes de la santé publique : Excursions anthropologiques*. Éditions du Seuil, 387 p.
- Faye, S. L. (2015). Epidémie d'Ebola en Guinée Conakry : L'anthropologie dans l'urgence sanitaire. *La santé en action. Revue de l'INPES*, 432, 37-40.
- Faye, S. L. (2021). Confrontations des « grammaires » de la « participation » communautaire en contexte d'urgence sanitaire d'Ebola en Guinée-Conakry. *Africa Development / Afrique et Développement*, 46(3), 155-180.
- Faye, S. L., Diouf, W., Cisse, P. N., Quach, A., Sylla, M. M., Koita, M. M., Gbanamou, S., Muyisa, B. S., D'Ortenzio, É., Beavogui, H., & Yazdanpanah, Y. (2018). Engager (avec) les communautés dans un essai vaccinal en contexte post- Ebola (Guinée Conakry) : Un modèle basé sur les « champions ». *Sciences et actions sociales*, 10, 30.
- Feldman-Savelsberg, P., Ndonko, F. T., & Schmidt-Ehry, B. (2000). Sterilizing Vaccines or the Politics of the Womb : Retrospective Study of a Rumor in Cameroon. *Medical Anthropology Quarterly*, 14(2), 159-179. <https://doi.org/10.1525/maq.2000.14.2.159>
- FHI, SVI, & Comité national de lutte contre le Sida. (2008). *Enquête de surveillance comportementale et biologique du VIH/Sida en Guinée (ESCOMB/2007). Rapport final* (p. 58). http://cnls-guineeconakry.org/wp-content/uploads/2018/10/rapport_final_escomb_2007_septembre_2008.pdf
- Fichet-Calvet, E., Ölschläger, S., Strecker, T., Koivogui, L., Becker-Ziaja, B., Camara, A. B., Soropogui, B., Magassouba, N., & Günther, S. (2016). Spatial and temporal evolution of Lassa virus in the natural host population in Upper Guinea. *Scientific Reports*, 6(1), 1-6. <https://doi.org/10.1038/srep21977>
- FICR. (2017). *Surveillance à base communautaire : Principes directeurs*. FICR. https://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2018/03/CommunityBasedSurveillanceFR_Global_LR.pdf
- FIDH, OGDH, & RFI. (2018). *Mémoire collective : Une histoire plurielle des violences politiques en Guinée*. <https://www.memoire-collective-guinee.org/Memoire-collective.pdf>
- Figuié, M. (2016). L'action collective face au défi des zoonoses émergentes. In S. Morand & M. Figuié, *Emergence de maladies infectieuses. Risques et enjeux de société* (p. 79-104). Quae.
- Figuié, M., & Peyre, M. (2013). Le concept « Une seule santé » : Une réponse à l'incertitude dans la gouvernance internationale des zoonoses émergentes ? *Revue d'élevage et de médecine vétérinaire des pays tropicaux*, 66(2), 41-46. <https://doi.org/10.19182/remvt.10139>
- Fletcher, T. E., & Bower, H. (2019). Unrecognised Ebola virus infection in contact persons : What can we learn from it? *The Lancet Infectious Diseases*, 19(3), 225-226. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30689-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30689-3)
- Folayan, M. O., Haire, B. G., & Brown, B. (2016). Critical role of ethics in clinical management and public health response to the West Africa Ebola epidemic. *Risk Management and Healthcare Policy*, 9, 55-65. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S83907>

- Fortin, A., Vroh Benie Bi, J., & Soulimane, A. (2017). Les enseignements de l'épidémie d'Ebola pour une meilleure préparation aux urgences. *Santé Publique*, 29(4), 465-475. <https://doi.org/10.3917/spub.174.0465>
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir : Naissance de la prison*. Gallimard, 360 p.
- Frankfurter, R. (2019). Conjuring Biosecurity in the Post-Ebola Kissi Triangle : The Magic of Paperwork in a Frontier Clinic. *Medical Anthropology Quarterly*, 33(4), 517-538. <https://doi.org/10.1111/maq.12528>
- Frankfurter, R. (2021). Discerning Epidemic Preparedness in Sierra Leone. *Medical Anthropology*, 40(8), 699-702. <https://doi.org/10.1080/01459740.2021.1961250>
- Fribault, M. (2015). Ebola en Guinée : Violences historiques et régimes de doute [En ligne]. *Anthropologie et Santé*, 11, 1-16. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1761>
- Frimpong, L. K., Okyere, S. A., Diko, S. K., Abunyewah, M., Erdiaw-Kwasie, M. O., Commodore, T. S., Hernandez, D. O., & Kita, M. (2021). Actor-network analysis of community-based organisations in health pandemics : Evidence from the COVID-19 response in Freetown, Sierra Leone. *Disasters*, 1-25. <https://doi.org/10.1111/disa.12508>
- Galbraith, M. (2011). L'Organisation mondiale du commerce et l'Organisation mondiale de la santé : Le rapprochement du commerce et de la santé. In D. Kerouedan, *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud* (p. 319-328). Presses de Sciences Po.
- Garay, J., Harris, L., & Walsh, J. (2013). Global health : Evolution of the definition, use and misuse of the term. *Face à Face. Regards Sur La Santé*, 12. <http://faceaface.revues.org/745>
- Garrigues, A. (2019). *Evaluation du système de surveillance des maladies zoonotiques et des collaborations « Une Seule Santé » en Guinée* (p. 44) [Rapport de stage].
- Gasquet-Blanchard, C. (2014). Les fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg : Les multiples enjeux d'une approche globale de la santé. *Journal des anthropologues*, 3, 43-64.
- Gasquet-Blanchard, C. (2017). L'épidémie d'Ebola de 2013-2016 en Afrique de l'Ouest : Analyse critique d'une crise avant tout sociale. *Santé Publique, Vol. 29(4)*, 453-464.
- Gaye, P. A. (1997). Discours sur le microbe et santé publique en AOF : le cas du Sénégal. In Becker, Charles, S. Mbaye, & I. Thioub, *AOF : réalités et héritages : Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960* (Direction des Archives du Sénégal, p. 1164-1174).
- Gberie, L. (2001). Destabilizing Guinea : Diamonds, Charles Taylor and the Potential for Wider Humanitarian Catastrophe. *The Diamonds and Human Security Project*, 16.
- Gholizadeh, P., Sanogo, M., Oumarou, A., Mohamed, M. N., Cissoko, Y., Sow, M. S., Pagliano, P., Akouda, P., Soufiane, S., Iknane, A. A., Oury, M., Diallo, S., Köse, Ş., Dao, S., & Kafil, H. S. (2021). Fighting COVID-19 in the West Africa after experiencing the Ebola epidemic. *Health Promotion Perspectives*, 11(1), 5-11. <https://doi.org/10.34172/hpp.2021.02>
- Gibbs, E. P. J. (2014). The evolution of One Health : A decade of progress and challenges for the future. *Veterinary Record*, 174(4), 85-91. <https://doi.org/10.1136/vr.g143>
- Giles-Vernick, T., & Webb, J. L. A. (2013). *Global Health in Africa : Historical Perspectives on Disease Control*. Ohio University Press, 264 p.
- Gilmore, B., Ndejjo, R., Tchetchia, A., de Claro, V., Mago, E., Diallo, A. A., Lopes, C., & Bhattacharyya, S. (2020). Community engagement for COVID-19 prevention and control : A rapid evidence synthesis. *BMJ Global Health*, 5(10), 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003188>
- Giovannoni-Setbon, A. (1988). *Indices pour une recherche anthropologique : Identité des populations de Guinée dites « forestières »*.
- Glynn, J. R., Bower, H., Johnson, S., Houlihan, C. F., Montesano, C., Scott, J. T., Semple, M. G., Bangura, M. S., Kamara, A. J., Kamara, O., Mansaray, S. H., Sesay, D., Turay, C., Dicks, S., Wadoum, R. E. G., Colizzi, V., Checchi, F., Samuel, D., & Tedder, R. S. (2017). Asymptomatic infection and unrecognised Ebola virus disease in Ebola-affected households in Sierra Leone : A cross-sectional study using a new non-invasive assay for antibodies to Ebola virus. *The Lancet Infectious Diseases*, 17(6), 645-653. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(17\)30111-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(17)30111-1)
- Gomez-Temesio, V. (2018). Outliving Death : Ebola, Zombies, and the Politics of Saving Lives. *American Anthropologist*, 120(4), 738-751. <https://doi.org/10.1111/aman.13126>

- Gomez-Temesio, V. (2020). Aux confins de la quarantaine : Les zombies de notre monde. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 21, 1-12. <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/7828>
- Gomez-Temesio, V. (2022). Homage to Ebola Fighters : Black Labor and Humanitarian Media Campaigns. *Medical Anthropology Quarterly*. <https://doi.org/10.1111/maq.12710>
- Gomez-Temesio, V., & Le Marcis, F. (2017). La mise en camp de la Guinée. Ebola et l'expérience postcoloniale. *L'Homme*, 222, 57-90.
- Gomez-Temesio, V., & Le Marcis, F. (2021). Governing Lives in the Times of Global Health. In L. Pedersen & L. Cliggett, *The SAGE Handbook of Cultural Anthropology* (p. 554-578). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781529756449.n31>
- Goutard, F. L., Binot, A., Duboz, R., Rasamoelina-Andriamanivo, H., Pedrono, M., Holl, D., Peyre, M. I., Cappelle, J., Chevalier, V., Figuié, M., Molia, S., & Roger, F. L. (2015). How to reach the poor? Surveillance in low-income countries, lessons from experiences in Cambodia and Madagascar. *Preventive Veterinary Medicine*, 120(1), 12-26. <https://doi.org/10.1016/j.prevetmed.2015.02.014>
- Graham, J., Lees, S., Marcis, F. L., Faye, S. L., Lorway, R., Ronse, M., Abramowitz, S., & Grietens, K. P. (2018). Prepared for the 'unexpected'? Lessons from the 2014–2016 Ebola epidemic in West Africa on integrating emergent theory designs into outbreak response. *BMJ Global Health*, 3(4), e000990. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000990>
- Groce, N., & Reeve, M. E. (1996). Traditional Healers and Global Surveillance Strategies for Emerging Diseases : Closing the Gap. *Emerging Infectious Diseases*, 2(4), 351-353. <https://doi.org/10.3201/eid0204.960412>
- Groelsema, R. J. (1998). The dialectics of citizenship and ethnicity in Guinea. *Africa Today*, 411-421.
- Guenin, M.-J., Nys, H. M. D., Peyre, M., Loire, E., Thongyuan, S., Diallo, A., Zogbelemou, L., & Goutard, F. L. (2022). A participatory epidemiological and One Health approach to explore the community's capacity to detect emerging zoonoses and surveillance network opportunities in the forest region of Guinea. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 16(7), 1-23. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0010462>
- Guerra, J., Acharya, P., & Barnadas, C. (2019). Community-based surveillance : A scoping review. *PLOS ONE*, 14(4), 1-25. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215278>
- Guinée114. (2021, février 17). *Guinée : Sidya Touré lie la résurgence d'Ebola à la pauvreté et au manque de couverture sanitaire du pays* [Guinée114]. <https://guinee114.com/guinee-sidya-toure-lie-la-resurgence-debola-a-la-pauvrete-et-au-manque-de-couverture-sanitaire-du-pays/>
- GuinéeMatin. (2020a, février 4). Un cas suspect de Coronavirus en Guinée ? Les explications du Dr Sakoba Keita. *Guinée Matin - Les Nouvelles de la Guinée profonde*. <https://guineematin.com/2020/02/04/un-cas-suspect-de-coronavirus-en-guinee-les-explications-du-dr-sakoba-keita/>
- GuinéeMatin. (2020b, mars 26). Alpha Condé décrète l'Etat d'urgence en Guinée : Frontières, mosquées, églises, etc. fermées ! Les cérémonies religieuses interdites. *Guinée Matin - Les Nouvelles de la Guinée profonde*. <https://guineematin.com/2020/03/26/alpha-conde-decrete-letat-durgence-en-guinee-frontieres-mosquees-eglises-etc-fermees-les-ceremonies-religieuses-interdites/>
- GuinéeMatin. (2020c, mars 28). Des malades du Covid-19 transférés à Donka : Les précisions de Sakoba Keita. *Guinée Matin - Les Nouvelles de la Guinée profonde*. <https://guineematin.com/2020/03/28/des-malades-du-covid-19-transferes-a-donka-les-precisions-de-sakoba-keita/>
- GuinéeMatin. (2020d, mars 31). Mesures contraignantes dans le transport à Conakry : Les citoyens galèrent dans les carrefours. *Guinée Matin - Les Nouvelles de la Guinée profonde*. <https://guineematin.com/2020/03/31/mesures-contraignantes-dans-le-transport-a-conakry-les-citoyens-galerent-dans-les-carrefours/>
- GuinéeMatin. (2020e, avril 2). Effets du COVID-19 en Guinée : Les frais de transport s'envolent à Conakry. *Guinée Matin - Les Nouvelles de la Guinée profonde*.

- <https://guineematin.com/2020/04/02/effets-du-covid-19-en-guinee-les-frais-de-transport-senvolent-a-conakry/>
- Guinéematin. (2020f, avril 3). Dubréka : La police accusée de profiter du couvre-feu pour commettre des exactions. *Guinée Matin - Les Nouvelles de la Guinée profonde*. <https://guineematin.com/2020/04/03/dubreka-la-police-accusee-de-profiter-du-couvre-feu-pour-commettre-des-exactions/>
- Guinéematin. (2020g, avril 7). Mesures d'accompagnements annoncées par le Premier ministre réelles ou virtuelles ? *Guinée Matin - Les Nouvelles de la Guinée profonde*. <https://guineematin.com/2020/04/07/mesures-daccompagnements-annoncees-par-le-premier-ministre-reelles-ou-virtuelles/>
- Guinéematin. (2020h, avril 18). Recherche et suivi des cas contacts du Covid-19 : L'autre casse-tête chinois pour l'ANSS. *Guinéematin*. <https://guineematin.com/2020/04/18/recherche-et-suivi-des-contacts-du-covid-19-lautre-casse-tete-chinois-pour-lanss/>
- Guinéematin. (2020i, décembre 28). Violences meurtrières à Macenta : 17 corps déposés à l'hôpital de N'Zérékoré. *Guinée Matin - Les Nouvelles de la Guinée profonde*. <https://guineematin.com/2020/12/28/violences-meurtrieres-a-macenta-17-corps-deposes-a-lhopital-de-nzerekore/>
- Guinéematin. (2021a, février 15). Résurgence d'Ebola en Guinée : Inquiets, les citoyens interpellent les autorités. *Guinée Matin - Les Nouvelles de la Guinée profonde*. <https://guineematin.com/2021/02/15/resurgence-debola-en-guinee-inquiets-les-citoyens-interpellent-les-autorites/>
- Guinéematin. (2021b, juillet 2). Diagnostic du système de santé de la Guinée : Voici le constat du Département. *Guinée Matin - Les Nouvelles de la Guinée profonde*. <https://guineematin.com/diagnostic-du-systeme-de-sante-de-la-guinee-voici-le-constat-du-departement/>
- Guinéematin, A. (2020j, mars 30). Alpha Condé passe à la vitesse supérieure : Conakry isolé, couvre-feu dans tout le pays. *Guinée Matin - Les Nouvelles de la Guinée profonde*. <https://guineematin.com/2020/03/30/alpha-conde-passe-a-la-vitesse-superieure-conakry-isole-couvre-feu-dans-tout-le-pays/>
- Guinéematin, A. (2020k, avril 1). COVID-19 : Labé enregistre son premier cas positif. *Guinée Matin - Les Nouvelles de la Guinée profonde*. <https://guineematin.com/2020/04/01/covid-19-labe-enregistre-son-premier-cas-positif/>
- GuinéeNews. (2020a, mars 14). Coronavirus en Guinée : Un cas confirmé et 295 contacts identifiés (ANSS). *GuinéeNews*. <https://www.guineenews.org/coronavirus-en-guinee-un-cas-confirme-et-295-contacts-identifies-anss/>
- GuinéeNews. (2020b, mars 21). Respect des mesures anti-coronavirus : Au RPG Arc-en-ciel on s'en balance. *GuinéeNews*®. <https://www.guineenews.org/respect-des-mesures-anti-coronavirus-au-rpg-arc-en-ciel-on-sen-balance/>
- GuinéeNews. (2020c, mars 23). Guinée : Fermeture de l'aéroport de Conakry pour cause de Covid-19. *GuinéeNews*®. <https://www.guineenews.org/guinee-fermeture-de-laeroport-de-conakry-pour-cause-de-covid-19/>
- GuinéeNews. (2020d, mars 31). Scandale – Malades du COVID19 à Conakry : « Conditions indignes et insalubres » (Patients). *GuinéeNews*®. <https://www.guineenews.org/scandale-malades-du-covid19-a-conakry-conditions-indignes-et-insalubres-patients/>
- GuinéeNews. (2020e, avril 1). Covid 19/Labé : Un cas suspect et plusieurs contacts introuvables (DRS). *GuinéeNews*®. <https://www.guineenews.org/covid-19-labe-un-cas-suspect-et-plusieurs-contacts-introuvables-drs/>
- GuinéeNews. (2020f, avril 13). Lutte contre le Covid-19 en Guinée : Le port du masque obligatoire, tout contrevenant paiera 30 mille gnf (officiel). *GuinéeNews*®. <https://www.guineenews.org/lutte-contre-le-covid-19-en-guinee-le-port-du-masque-obligatoire-tout-contrevenant-paiera-30-mille-gnf-officiel/>

- GuinéeNews. (2020g, mai 14). En Guinée, les autorités alimentent le cycle de violence malgré le Covid-19 (Amnesty). *GuinéeNews*®. <https://www.guineenews.org/en-guinee-les-autorites-alimentent-le-cycle-de-violence-malgre-le-covid-19-amnesty/>
- GuinéeNews. (2021a, février 14). Santé : Sans vaccin, la Guinée fait de nouveau face à Ebola. *GuinéeNews*®. <https://www.guineenews.org/sante-sans-vaccin-la-guinee-fait-de-nouveau-face-a-ebola/>
- GuinéeNews. (2021b, février 15). Confrontée à quatre épidémies, comment la Guinée compte-t-elle s’y prendre? *GuinéeNews*®. <https://www.guineenews.org/confrontee-a-quatre-epidemies-comment-la-guinee-compte-t-elle-sy-prendre/>
- GuinéeNews. (2021c, février 16). Guinée : La guerre de tweets entre Alpha Condé et ses opposants autour d’Ebola. *GuinéeNews*®. <https://www.guineenews.org/guinee-la-guerre-de-tweets-entre-alpha-conde-et-ses-opposants-autour-debola/>
- Gunn, B. M., Roy, V., Karim, M. M., Hartnett, J. N., Suscovich, T. J., Goba, A., Momoh, M., Sandi, J. D., Kanneh, L., Andersen, K. G., Shaffer, J. G., Schieffelin, J. S., Garry, R. F., Grant, D. S., & Alter, G. (2020). Survivors of Ebola virus disease develop polyfunctional antibody responses. *The Journal of Infectious Diseases*, 221, 156-161. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiz364>
- Hagerty, R. G., Butow, P. N., Ellis, P. M., Lobb, E. A., Pendlebury, S. C., Leighl, N., MacLeod, C., & Tattersall, M. H. N. (2005). Communicating With Realism and Hope : Incurable Cancer Patients’ Views on the Disclosure of Prognosis. *Journal of Clinical Oncology*, 23(6), 1278-1288. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.11.138>
- Haines, A., Sanders, D., Lehmann, U., Rowe, A. K., Lawn, J. E., Jan, S., Walker, D. G., & Bhutta, Z. (2007). Achieving child survival goals : Potential contribution of community health workers. *The Lancet*, 369(9579), 2121-2131. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60325-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60325-0)
- Halfmann, P. J., Eisfeld, A. J., Watanabe, T., Maemura, T., Yamashita, M., Fukuyama, S., Armbrust, T., Rozich, I., N’jai, A., Neumann, G., Kawaoka, Y., & Sahr, F. (2019). Serological analysis of Ebola virus survivors and close contacts in Sierra Leone : A cross-sectional study. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 13(8), 1-8. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007654>
- Hall, J. J., & Taylor, R. (2003). Health for all beyond 2000 : The demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *Medical Journal of Australia*, 178(1), 17-20. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05033.x>
- Hane, F., & Ridde, V. (2021). La place des citoyens dans la santé publique en Afrique : Entre volontariat et professionnalisme. *Santé Publique*, 33(4), 471-472.
- Harman, S. (2016). Ebola, gender and conspicuously invisible women in global health governance. *Third World Quarterly*, 37(3), 524-541. <https://doi.org/10.1080/01436597.2015.1108827>
- Hemingway-Foday, J., Souare, O., Reynolds, E., Dialio, B., Bah, M., Kaba, A. K., Kone, M., Dialio, T., Camara, N., Kante, M., Guilavogui, S., Kante, M., & MacDonald, P. (2019). *Improving integrated disease surveillance and response capacity in Guinea, 2015-2018*. <https://doi.org/10.5210/ojphi.v11i1.9837>
- Henry, D., Fauvelle-Aymar, C., & Pérouse de Montclos, M.-A. (2002). Réfugiés sierra-léonais et aide humanitaire en Guinée : La réinvention d’une « citoyenneté de frontière ». *Politique africaine*, 85(1), 56. <https://doi.org/10.3917/polaf.085.0056>
- Hirsch, E. (2021). *Une démocratie confinée : L’éthique quoi qu’il en coûte*. Éditions Érès, 337 p.
- Hirsch, L. A. (2021a). Race and the spatialisation of risk during the 2013–2016 West African Ebola epidemic. *Health & Place*, 67. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2020.102499>
- Hirsch, L. A. (2021b). Is it possible to decolonise global health institutions? *The Lancet*, 397(10270), 189-190. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32763-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32763-X)
- Hoffman, D. (2016). A Crouching Village : Ebola and the Empty Gestures of Quarantine in Monrovia. *City & Society*, 28(2), 246-264. <https://doi.org/10.1111/ciso.12083>
- Hofman, M., & Au, S. (2017a). Introduction. In M. Hofman & S. Au, *La politique de la peur. MSF et l’épidémie d’Ebola en Afrique de l’Ouest*. (Renaissance du livre, p. 17-33).
- Hofman, M., & Au, S. (2017b). *La politique de la peur. MSF et l’épidémie d’Ebola en Afrique de l’Ouest*. (Renaissance du livre).

- Højbjerg, C. K. (2002). Inner iconoclasm. Forms of reflexivity in Loma rituals of sacrifice. *Social Anthropology*, 10(01), 57-75. <https://doi.org/10.1017/S0964028202000058>
- Horoya. (2014, décembre 27). Kissidougou : Les jeunes s'impliquent dans la mise en place du centre de transit communautaire. *Horoya*.
- Horton, R. (2020). Offline : Science and the breakdown of trust. *The Lancet*, 396(10256), 945. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32064-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32064-X)
- Horton, R. (2022). Offline : How to fix pandemic preparedness. *The Lancet*, 399(10339), 1927. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00928-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00928-X)
- Hours, B. (2001). *Systèmes et politiques de santé : De la santé publique à l'anthropologie*. Éd. Karthala.
- Howlett, P. J., Walder, A. R., Lisk, D. R., Fitzgerald, F., Sevalie, S., Lado, M., N'jai, A., Brown, C. S., Sahr, F., Sesay, F., Read, J. M., Steptoe, P. J., Beare, N. A. V., Dwivedi, R., Solbrig, M., Deen, G. F., Solomon, T., Semple, M. G., & Scott, J. T. (2018). *Case Series of Severe Neurologic Sequelae of Ebola Virus Disease during Epidemic, Sierra Leone—Volume 24, Number 8—August 2018—Emerging Infectious Diseases journal—CDC*. 24(8). <https://doi.org/10.3201/eid2408.171367>
- Hsu, C. H., Champaloux, S. W., Keïta, S., Martel, L., Bilivogui, P., Knust, B., & McCollum, A. M. (2018). Sensitivity and Specificity of Suspected Case Definition Used during West Africa Ebola Epidemic. *Emerging Infectious Diseases*, 24(1), 9-14. <https://doi.org/10.3201/eid2401.161678>
- Ingelbeen, B., Bah, E. I., Decroo, T., Balde, I., Nordenstedt, H., Griensven, J. van, & Weggheleire, A. D. (2017). Mortality among PCR negative admitted Ebola suspects during the 2014/15 outbreak in Conakry, Guinea : A retrospective cohort study. *PLOS ONE*, 12(6), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180070>
- INSP. (2019, novembre 13). *Validation du plan national de préparation et de réponse à une pandémie de grippe*. <https://www.insp-guinee.org/la-guinee-se-dote-dun-plan-de-preparation-et-de-reponse-a-une-pandemie-de-grippe/>
- Jabot, F., & Kane, H. (2017). Du temps de l'urgence à celui de la réflexion : Requestionner les approches de santé publique après Ebola. *Santé Publique*, 29(4), 451-452. <https://doi.org/10.3917/spub.174.0451>
- Jacobsen, K. H., Aguirre, A. A., Bailey, C. L., Baranova, A. V., Crooks, A. T., Croitoru, A., Delamater, P. L., Gupta, J., Kehn-Hall, K., Narayanan, A., Pierobon, M., Rowan, K. E., Schwebach, J. R., Seshaiyer, P., Sklarew, D. M., Stefanidis, A., & Agouris, P. (2016). Lessons from the Ebola Outbreak : Action Items for Emerging Infectious Disease Preparedness and Response. *EcoHealth*, 13(1), 200-212. <https://doi.org/10.1007/s10393-016-1100-5>
- Jecker, N. S., & Atuire, C. (2022). Bioethics in Africa : A contextually enlightened analysis of three cases. *Developing World Bioethics*, 22(2), 112-122. <https://doi.org/10.1111/dewb.12324>
- Kaké, I. B. (1987). *Sékou Touré : Le héros et le tyran* (Jeune Afrique Livres).
- Kamuya, D., Marsh, V., Kombe, F., Wenzel Geissler, P., & Molyneux, S. (2013). Engaging Communities to Strengthen Research Ethics in Low-Income Settings : Selection and Perceptions of Members of a NETWORK of Representatives in Coastal Kenya. *Developing World Bioethics*, 13(1), 10-20.
- Kane, H., & Guindo, A. (2021). Les mots à ne pas dire : Relation de soins et communication en oncologie pédiatrique. *Anthropologie & Santé*, 23, 1-22. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.9930>
- Kapata, N., Ihekweazu, C., Ntoumi, F., Raji, T., Chanda-Kapata, P., Mwaba, P., Mukonka, V., Bates, M., Tembo, J., Corman, V., Mfinanga, S., Asogun, D., Elton, L., Arruda, L. B., Thomason, M. J., Mboera, L., Yavlinsky, A., Haider, N., Simons, D., ... Zumla, A. (2020). Is Africa prepared for tackling the COVID-19 (SARS-CoV-2) epidemic. Lessons from past outbreaks, ongoing pan-African public health efforts, and implications for the future. *International Journal of Infectious Diseases: IJID: Official Publication of the International Society for Infectious Diseases*, 93, 233-236. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.02.049>
- Karafillakis, E., Jalloh, M. F., Nuriddin, A., Larson, H. J., Whitworth, J., Lees, S., Hageman, K. M., Sengeh, P., Jalloh, M. B., Bunnell, R., Carroll, D. D., & Morgan, O. (2016). 'Once there is life, there is hope' Ebola survivors' experiences, behaviours and attitudes in Sierra Leone, 2015. *BMJ Global Health*, 1(3), 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000108>

- Keck, F. (2020). *Signaux d'alerte : Contagion virale, justice sociale, crises environnementales*. Editions Desclée de Brouwer, 229 p.
- Keita, A. K., Düx, A., Diallo, H., Calvignac-Spencer, S., Sow, M. S., Keita, M. B., Sidibé, Y., Ayouba, A., Le Marcis, F., Saez, A. M., Diakité, M., Kourama, K., Camara, I., Delaporte, E., Leendertz, F. H., Peeters, M., & Toure, A. (2021, mars 12). Guinea 2021 EBOV genomes—Ebolavirus / Guinea 2021. *Virological*. <https://virological.org/t/guinea-2021-ebov-genomes/651>
- Keita, A. K., Koundouno, F. R., Faye, M., Düx, A., Hinzmann, J., Diallo, H., Ayouba, A., Le Marcis, F., Soropogui, B., Ifono, K., Diagne, M. M., Sow, M. S., Bore, J. A., Calvignac-Spencer, S., Vidal, N., Camara, J., Keita, M. B., Renevey, A., Diallo, A., ... Magassouba, N. F. (2021). Resurgence of Ebola virus in 2021 in Guinea suggests a new paradigm for outbreaks. *Nature*, *597*(7877), 539-543. <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03901-9>
- Keita, A. K., Vidal, N., Toure, A., Diallo, M. S. K., Magassouba, N., Baize, S., Mateo, M., Raoul, H., Mely, S., Subtil, F., Kpamou, C., Koivogui, L., Traore, F., Sow, M. S., Ayouba, A., Etard, J. F., Delaporte, E., Peeters, M., & PostEbogui Study Group. (2019). A 40-Month Follow-Up of Ebola Virus Disease Survivors in Guinea (PostEbogui) Reveals Long-Term Detection of Ebola Viral Ribonucleic Acid in Semen and Breast Milk. *Open Forum Infectious Diseases*, *6*(12), 1-8. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofz482>
- Keita, M., Conté, F., Diallo, B., Lufwa, D., Katomba, J., Snacken, R., Pallawo, R., Tolno, A., Diallo, A. B., Djingarey, M. H., & Subissi, L. (2017). Lessons learned by surveillance during the tail-end of the Ebola outbreak in Guinea, June-October 2015 : A case series. *BMC Infectious Diseases*, *17*(1), 304. <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2405-x>
- Keita, M., Diallo, B., Mesfin, S., Marega, A., Nebie, K. Y., Magassouba, N., Barry, A., Coulibaly, S., Barry, B., Baldé, M. O., Pallawo, R., Sow, S., Bah, A. O., Balde, M. S., Van Gucht, S., Kondé, M. K., Diallo, A. B., Djingarey, M. H., Fall, I. S., ... Subissi, L. (2019). Subsequent mortality in survivors of Ebola virus disease in Guinea : A nationwide retrospective cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*, 1-7. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(19\)30313-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(19)30313-5)
- Keita, M. M., Taverne, B., Sy Savané, S., March, L., Doukoure, M., Sow, M. S., Touré, A., Etard, J. F., Barry, M., Delaporte, E., & PostEboGui Study Group. (2017). Depressive symptoms among survivors of Ebola virus disease in Conakry (Guinea) : Preliminary results of the PostEboGui cohort. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1280-8>
- Keita, S. (2021). *Les déterminants de la riposte aux épidémies*. L'Harmattan Guinée, 167 p.
- Kelly, J. D. (2014). Make diagnostic centres a priority for Ebola crisis. *Nature*, *513*(7517), 145-145. <https://doi.org/10.1038/513145a>
- Kelly, J. D., Frankfurter, R. G., Tavs, J. M., Barrie, M. B., McGinnis, T., Kamara, M., Freeman, A., Quiwah, K., Davidson, M. C., Dighero-Kemp, B., Gichini, H., Elliott, E., Reilly, C., Hensley, L. E., Lane, H. C., Weiser, S. D., Porco, T. C., Rutherford, G. W., & Richardson, E. T. (2022). Association of Lower Exposure Risk With Paucisymptomatic/Asymptomatic Infection, Less Severe Disease, and Unrecognized Ebola Virus Disease : A Seroepidemiological Study. *Open Forum Infectious Diseases*, *9*(4), 1-8. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofac052>
- Kelly, J. D., Weiser, S. D., Wilson, B., Cooper, J. B., Glayweon, M., Sneller, M. C., Drew, C., Steward, W. T., Reilly, C., Johnson, K., & Fallah, M. P. (2019). Ebola virus disease-related stigma among survivors declined in Liberia over an 18-month, post-outbreak period : An observational cohort study. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, *13*(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007185>
- Kenyon, C. (2020). Syndemic responses to COVID-19 should include an ecological dimension. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32219-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32219-4)
- Kerouedan, D. (2011). Évolutions de l'architecture internationale de l'aide en faveur de la santé dans les pays en développement. In D. Kerouedan, *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud* (p. 357-376). Presses de Sciences Po. <https://www.cairn.info/sante-internationale--9782724611724-page-357.htm>
- Kerouedan, D. (2013). Globaliser n'est pas sans risques pour les populations les plus pauvres du monde : Émergence de la « Global Health » en Afrique subsaharienne. *Revue Tiers Monde*, *n°215*(3), 111-127.

- Kingori, P., & Gerrets, R. (2019). The masking and making of fieldworkers and data in postcolonial Global Health research contexts. *Critical Public Health*, 29, 494-507.
- Kingori, P., & McGowan, C. (2016, août 19). After the End of Ebola. *Somatosphere*. <http://somatosphere.net/2016/after-the-end-of-ebola.html/>
- Klingler, C., Silva, D. S., Schuermann, C., Reis, A. A., Saxena, A., & Strech, D. (2017). Ethical issues in public health surveillance : A systematic qualitative review. *BMC Public Health*, 17(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4200-4>
- Knippenberg, R., Alihonou, E., Soucat, A., Oyegbite, K., Calivis, M., Hopwood, I., Nilmi, R., Diallo, M. P., Conde, M., & Ofosu-Amaah, S. (1997). Implementation of the Bamako Initiative : Strategies in Benin and Guinea. *The International Journal of Health Planning and Management*, 12(S1), S29-S47. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1751\(199706\)12:1+S29::AID-HPM465>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1+S29::AID-HPM465>3.0.CO;2-U)
- Koné, M. A. (2020, janvier 5). Yomou : Une équipe mixte pour lutter contre les maladies transmises à l'homme par les animaux. *Guinée Matin*. <https://guineematin.com/2020/01/05/yomou-une-equipe-mixte-pour-lutter-contre-les-maladies-transmises-a-lhomme-par-les-animaux/>
- Koplan, J. P., Bond, T. C., Merson, M. H., Reddy, K. S., Rodriguez, M. H., Sewankambo, N. K., & Wasserheit, J. N. (2009). Towards a common definition of global health. *The Lancet*, 373(9679), 1993-1995. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60332-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60332-9)
- Kpanake, L., Adjiwanou, V., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2020). Perspectives on non-clinical health care workers' moral obligation to report for work during virulent epidemics : An exploration in Guinea. *Journal of Health Services Research & Policy*, 25(2), 115-121.
- Kpanake, L., Dounamou, T., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2019). What motivates individuals to volunteer in Ebola epidemic response? A structural approach in Guinea. *Human Resources for Health*, 17(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0409-x>
- Kpanake, L., Gossou, K., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2016). Misconceptions about Ebola virus disease among lay people in Guinea : Lessons for community education. *Journal of Public Health Policy*. <https://doi.org/10.1057/jphp.2016.1>
- Kpanake, L., Guedj, M., Rosier, M., Petitfils, C., & Munoz Sastre, M. T. (2018). Trois études d'éthique empirique : Communication du diagnostic, réalisation d'un test génétique et avortement induit. In M. Préau, A. Siméone, & Collectif, *De l'expertise scientifique à l'expertise profane : Postures, enjeux et méthodes dans le champ de la psychologie de la santé* (p. 1-16). Archives contemporaines.
- Kpanake, L., Leno, J.-P., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2019). Acceptability of community quarantine in contexts of communicable disease epidemics : Perspectives of literate lay people living in Conakry, Guinea. *Epidemiology & Infection*, 147, 1-7. <https://doi.org/10.1017/S0950268819001419>
- Kpanake, L., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2016). Breaking Bad News to Togolese Patients. *Health Communication*, 31(11), 1311-1317. <https://doi.org/10.1080/10410236.2015.1050622>
- Kramer, J. B., Brown, D. E., & Kopar, P. K. (2020). Ethics in the Time of Coronavirus : Recommendations in the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American College of Surgeons*, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.004>
- Ky-Zerbo, O., Desclaux, A., Asmar, K. E., Makhoulf-Obermeyer, C., Msellati, P., & Somé, J.-F. (2014). La stigmatisation des PVVIH en Afrique : Analyse de ses formes et manifestations au Burkina Faso. *Sante publique*, 26(3), 375-384.
- Laborde-Balen, G., Taverne, B., & Sow, K. (2021, décembre). Tensions et dilemmes autour de l'annonce de la maladie aux jeunes adultes vivant avec le VIH au Sénégal. *The Conversation*. <http://theconversation.com/tensions-et-dilemmes-autour-de-lannonce-de-la-maladie-aux-jeunes-adultes-vivant-avec-le-vih-au-senegal-172335>
- Lahidi. (2020, janvier 28). Macenta, la préfecture qui attend toujours la réhabilitation de ses usines. *Lahidi, plateforme de suivi et d'évaluation des promesses du Président Alpha Condé et de son gouvernement*. <https://lahidi.org/article/macenta-la-prefecture-qui-attend-toujours-la-rehabilitation-de-ses-usines>

- Lainé, N., & Morand, S. (2020). Linking humans, their animals, and the environment again : A decolonized and more-than-human approach to “One Health”. *Parasite*, 27(55), 1-10. <https://doi.org/10.1051/parasite/2020055>
- Lakoff, A. (2017). *Unprepared : Global Health in a Time of Emergency*. University of California Press, 240 p.
- Lal, A., Erondou, N. A., Heymann, D. L., Gitahi, G., & Yates, R. (2020). Fragmented health systems in COVID-19 : Rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *The Lancet*, 1-7. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32228-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32228-5)
- Laverack, G., & Manoncourt, E. (2016). Key experiences of community engagement and social mobilization in the Ebola response. *Global Health Promotion*, 23(1), 79-82. <https://doi.org/10.1177/1757975915606674>
- Le Coq, R. (2022). « C’est l’État qui nous a tués ! » : Ebola en Guinée : la mémoire d’une histoire politique violente. *Lien social et Politiques*, 88, 111-131. <https://doi.org/10.7202/1090983ar>
- Le Fonds français MUSKOKA, & UNICEF. (2019). *Politiques et programmes de santé communautaire en Afrique de l’Ouest et du centre. Rapport d’analyse* (p. 140). <https://ffmuskoka.org/wp-content/uploads/2020/01/Rapport-Politiques-et-programmes-de-sante%CC%81-communautaire-en-AOC.pdf>
- Le Marcis, F. (2015). « Traiter les corps comme des fagots » Production sociale de l’indifférence en contexte Ebola (Guinée). *Anthropologie & Santé*, 11, 1-21.
- Le Marcis, F. (2020). Épidémies et Covid-19 dans les prisons africaines : L’occasion d’une approche de la santé vraiment globale. *Sante Publique*, Vol. 32(5), 583-587.
- Le Marcis, F., & Camara, B. S. (2020a). *Analyse situationnelle de la pandémie du Coronavirus (Covid-19) en Guinée : Constructions sociales du risque et conditions concrètes de la gestion du risque. Rapport enquêtes qualitatives, Volume 1*.
- Le Marcis, F., & Camara, B. S. (2020b). *Analyse situationnelle de la pandémie du Coronavirus (Covid-19) en Guinée : Constructions sociales du risque et conditions concrètes de la gestion du risque. Rapport enquêtes qualitatives, Volume 2*.
- Le Marcis, F., Enria, L., Abramowitz, S., Saez, A.-M., & Faye, S. L. B. (2019). Three Acts of Resistance during the 2014–16 West Africa Ebola Epidemic : A Focus on Community Engagement. *Journal of Humanitarian Affairs*, 1(2), 23-31. <https://doi.org/10.7227/JHA.014>
- Le Marcis, F., & Mari-Saez, A. (2021). *Rapport final : Étude de la résurgence de la Maladie à Virus Ébola dans la région de Nzérékoré : Ebola 2021 : la résurgence et les communautés / par l’équipe du CERFIG-RKI-IRD-UNICEF* (p. 73) [Report]. IRD ; CERFIG ; RKI. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.14143.84641>
- Le Marcis, F., Sylla, G., & Keïta-Diop, M. (2021, janvier 20). Comment les Guinéens s’approprient le port du masque. *The Conversation*. <http://theconversation.com/comment-les-guineens-sapproprient-le-port-du-masque-153433>
- Le Monde. (2020, mai 21). « Le coronavirus n’est pas une maladie honteuse » : La stigmatisation ralentit la lutte contre la pandémie en Afrique. *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/05/21/en-afrique-subsaharienne-la-stigmatisation-est-un-frein-dans-la-lutte-contre-le-coronavirus_6040341_3212.html
- Leach, M. (2019). Epidemics and anthropologists [Editorial]. *Anthropology Today*, 35(6), 1-2. <https://doi.org/10.1111/1467-8322.12537>
- Leach, M., & Hewlett, B. S. (2010). Haemorrhagic Fevers : Narratives, Politics and Pathways. In S. Dry & M. Leach, *Epidemics : Science, Governance and Social Justice* (p. 43-69). Earthscan Ltd.
- Lee, C. T. (2016). Evaluation of a National Call Center and a Local Alerts System for Detection of New Cases of Ebola Virus Disease—Guinea, 2014–2015. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6509a2>
- Lee, L. M., Heilig, C. M., & White, A. (2012). Ethical Justification for Conducting Public Health Surveillance Without Patient Consent. *American Journal of Public Health*, 102(1), 38-44. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300297>

- Lefeuvre, D., Dieng, M., Lamara, F., Raguin, G., & Michon, C. (2014). Les agents de santé communautaire dans la prise en charge thérapeutique du VIH/sida. *Sante Publique, Vol. 26*(6), 879-888.
- Leon, N., Sanders, D., Damme, W. V., Besada, D., Daviaud, E., Oliphant, N. P., Berzal, R., Mason, J., & Doherty, T. (2015). The role of 'hidden' community volunteers in community-based health service delivery platforms : Examples from sub-Saharan Africa. *Global Health Action, 8*(1), 1-7. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27214>
- Leuenberger, D., Hebelamou, J., Strahm, S., De Rekeneire, N., Balestre, E., Wandeler, G., & Dabis, F. (2015). Impact of the Ebola Epidemic on General and HIV Care in Macenta, Forest Guinea, 2014. *AIDS (London, England), 29*(14), 1883-1887. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000784>
- Leunda, X. (1973). Nouvelles institutions rurales en Guinée : (2 e partie) / NEW RURAL INSTITUTIONS IN GUINEA: (2nd part). *Civilisations, 23/24*, 161-194.
- Lévy-Bruhl, D., Soucat, A., Diallo, S., Lamarque, J.-P., Ndiaye, J.-M., Drame, K., Ossen, R., Dieng, B., Gbedonou, P., Cisse, M., Yarou, M., & Knippenberg, R. (1994). Intégration du PEV aux soins de santé primaires : L'exemple du Bénin et de la Guinée. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé, 4*(3), 205-212.
- Levy-Bruhl, D., Soucat, A., Ossen, R., Ndiaye, J.-M., Dieng, B., Bethune, X. de, Diallo, A. T., Conde, M., Cisse, M., Moussa, Y., Drame, K., & Knippenberg, R. (1997). The Bamako Initiative in Benin and Guinea : Improving the effectiveness of primary health care. *The International Journal of Health Planning and Management, 12*(S1), S49-S79. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1751\(199706\)12:1+<S49::AID-HPM466>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1+<S49::AID-HPM466>3.0.CO;2-P)
- Löwy, I. (2020, octobre 16). Ludwik Fleck where are you now that we need you? Covid-19 and the genesis of epidemiological facts. *Somatosphere*. <http://somatosphere.net/2020/ludwik-fleck-where-are-you-now.html/>
- Lurie, N. (2007). Introduction : Preparedness as Part of Public Health. *Annual Review of Public Health, 28*(1), 1. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.28.030607.100011>
- Mabon-Fall, A. (1997). Discours et réalités de la politique d'action sociale coloniale en AOF. In Becker, Charles, S. Mbaye, & I. Thioub, *AOF : réalités et héritages : Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960* (Direction des Archives du Sénégal, p. 1097-1108).
- MacGregor, H., Leach, M., Akello, G., Sao Babawo, L., Baluku, M., Desclaux, A., Grant, C., Kamara, F., Martineau, F., Yei Mokuwa, E., Parker, M., Richards, P., Sams, K., Sow, K., & Wilkinson, A. (2022). Negotiating Intersecting Precarities : COVID-19, Pandemic Preparedness and Response in Africa. *Medical Anthropology, 41*(1), 19-33. <https://doi.org/10.1080/01459740.2021.2015591>
- MacQueen, K. M., McLellan, E., Metzger, D. S., Kegeles, S., Strauss, R. P., Scotti, R., Blanchard, L., & Trotter, R. T. (2001). What Is Community? An Evidence-Based Definition for Participatory Public Health. *American Journal of Public Health, 91*(12), 1929-1938.
- Maes, E. F., & Zimicki, S. (2000). *An Evaluation of Community-Based Surveillance in the Northern Region of Ghana (final 27-Oct-2000)*. 54 p.
- Maes, K. (2015). Community health workers and social change: *Annals of Anthropological Practice, 39*(1), 1-15. <https://doi.org/10.1111/napa.12060>
- Mantoura, P., Fournier, P., & Campeau, D. (2003). Maladies sexuellement transmissibles, sida et prostitution : Une étude de cas en Guinée-Conakry. *Santé Publique, 15*(2), 223-233. <https://doi.org/10.3917/spub.032.0223>
- Marí Saéz, A., Weiss, S., Nowak, K., Lapeyre, V., Zimmermann, F., Düx, A., Kühl, H. S., Kaba, M., Regnaud, S., Merkel, K., Sachse, A., Thiesen, U., Villányi, L., Boesch, C., Dabrowski, P. W., Radonić, A., Nitsche, A., Leendertz, S. A. J., Petterson, S., ... Leendertz, F. H. (2015). Investigating the zoonotic origin of the West African Ebola epidemic. *EMBO Molecular Medicine, 7*(1), 17-23. <https://doi.org/10.15252/emmm.201404792>
- Marshall, P., & Koenig, B. (2000). Bioéthique et anthropologie : Situer le " bien " dans la pratique médicale. *Anthropologie et Sociétés, 24*(2), 35-55. <https://doi.org/10.7202/015648ar>

- Marston, C., Renedo, A., & Miles, S. (2020). Community participation is crucial in a pandemic. *The Lancet*, 395(10238), 1676-1678. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31054-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31054-0)
- Massé, R. (2000). Les limites d'une approche essentialiste des ethnoéthiques : Pour un relativisme éthique critique. *Anthropologie et Sociétés*, 24(2), 13-33. <https://doi.org/10.7202/015647ar>
- Massé, R. (2003). Valeurs universelles et relativisme culturel en recherche internationale : Les contributions d'un principisme sensible aux contextes socioculturels. *Autrepart*, n° 28(4), 21-35.
- Mattelart, A. (2008). *La globalisation de la surveillance : Aux origines de l'ordre sécuritaire*. La Découverte, 260 p.
- Mayhew, S. H., Balabanova, D., Vandi, A., Mokuwa, G. A., Hanson, T., Parker, M., & Richards, P. (2021). (Re)arranging "systems of care" in the early Ebola response in Sierra Leone: An interdisciplinary analysis. *Social Science & Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114209>
- Mayhew, S. H., Kyamusugulwa, P. M., Kihangi Bindu, K., Richards, P., Kiyungu, C., & Balabanova, D. (2021). Responding to the 2018–2020 Ebola Virus Outbreak in the Democratic Republic of the Congo : Rethinking Humanitarian Approaches. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14, 1731-1747. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S219295>
- Mbala, P., Baguelin, M., Ngay, I., Rosello, A., Mulembakani, P., Demiris, N., Edmunds, W. J., & Muyembe, J.-J. (2017). Evaluating the frequency of asymptomatic Ebola virus infection. *Phil. Trans. R. Soc. B*, 372(1721). <https://doi.org/10.1098/rstb.2016.0303>
- Mbala-Kingebeni, P., Pratt, C., Mutafali-Ruffin, M., Pauthner, M. G., Bile, F., Nkuba-Ndaye, A., Black, A., Kinganda-Lusamaki, E., Faye, M., Aziza, A., Diagne, M. M., Mukadi, D., White, B., Hadfield, J., Gangavarapu, K., Bisento, N., Kazadi, D., Nsunda, B., Akonga, M., ... Muyembe Tamfum, J.-J. (2021). Ebola Virus Transmission Initiated by Relapse of Systemic Ebola Virus Disease. *New England Journal of Medicine*, 384(13), 1240-1247. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2024670>
- McGovern, M. (2004). *Unmasking the state : Developing modern political subjectivities in 20th century Guinea*. Emory University, Institute of the Liberal Arts (ILA).
- McGowan, C. R., Takahashi, E., Romig, L., Bertram, K., Kadir, A., Cummings, R., & Cardinal, L. J. (2022). Community-based surveillance of infectious diseases : A systematic review of drivers of success. *BMJ Global Health*, 7(8), 1-13. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009934>
- McKay, S., Shu'aibu, J., Cissé, A., Knight, A., Abdullahi, F., Ibrahim, A., Madaki, S., Genovezos, C., McCoy, K., Downs, P., Kabore, A., Adamu, H., Gobir, I. B., Chaitkin, M., & Standley, C. J. (2021). Safely resuming neglected tropical disease control activities during COVID-19 : Perspectives from Nigeria and Guinea. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 15(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009904>
- McNamara, L. A., Schafer, I. J., Nolen, L. D., Gorina, Y., Redd, J. T., Lo, T., Ervin, E., Henao, O., Dahl, B. A., Morgan, O., Hersey, S., & Knust, B. (2016). Ebola Surveillance—Guinea, Liberia, and Sierra Leone. *MMWR Supplements*, 65(3), 35-43. <https://doi.org/10.15585/mmwr.su6503a6>
- Médiaguinée. (2020a, février 4). *Lutte contre le coronavirus : Alpha Condé propose son aide au président chinois*. <https://mediaguinee.org/lutte-contre-le-coronavirus-alpha-conde-propose-son-aide-au-president-chinois/>
- Médiaguinée. (2020b, février 22). Panique à l'hôpital ANAIM de Kamsar : On en sait un peu plus sur l'Indonésien décédé. *Mediaguinee.org*. <https://mediaguinee.org/panique-a-lhopital-anaim-de-kamsar-on-en-sait-un-peu-plus-sur-lindonesien-decede/>
- Médiaguinée. (2020c, mars 13). Coronavirus : Éviter la psychose, mais aussi la banalisation. *Mediaguinee.org*. <https://mediaguinee.org/coronavirus-eviter-la-psychose-mais-aussi-la-banalisation/>
- Médiaguinée. (2020d, mars 27). Coronavirus : Les politiques très touchés en Afrique. *Mediaguinee.org*. <https://mediaguinee.org/coronavirus-les-politiques-tres-touchees-en-afrique/>
- Médiaguinée. (2020, avril 10). Coronavirus : Alpha Condé crée le conseil scientifique de riposte contre la pandémie. *Mediaguinee.org*. <https://mediaguinee.org/coronavirus-alpha-conde-cree-le-conseil-scientifique-de-riposte-contre-la-pandemie/>

- Médiaguinée. (2020e, juin 17). Covid-19 pose ses valises à Macenta : Un couple testé positif. *Mediaguinee.org*. <https://mediaguinee.org/covid-19-pose-ses-valises-a-macenta-un-couple-teste-positif/>
- Médiaguinée. (2021a, février 14). Ebola de retour en Guinée : “Je suis inquiet en tant qu’humain, mais je reste serein” (Rémy). *Mediaguinee.org*. <https://mediaguinee.org/ebola-de-retour-en-guinee-je-suis-inquiet-en-tant-quhumain-mais-je-reste-serein-remy-lamah/>
- Médiaguinée. (2021b, février 15). Résurgence d’Ebola en Guinée : Cellou Dalein appelle à la mobilisation. *Mediaguinee.org*. <https://mediaguinee.org/resurgence-debola-en-guinee-cellou-dalein-appelle-a-la-mobilisation/>
- Médiaguinée. (2021c, février 22). Urgent : L’avion contenant des vaccins contre Ebola n’atterrit pas ce lundi encore. *Mediaguinee.org*. <https://mediaguinee.org/urgent-lavion-contenant-des-vaccins-contre-ebola-natterit-pas-ce-lundi-encore/>
- Médiaguinée. (2021d, février 24). Quand la négligence plombe l’aéroport de Conakry, le salut viendra (peut-être) de Dakar. *Mediaguinee.org*. <https://mediaguinee.org/quand-la-negligence-plombe-laeroport-de-conakry-le-salut-viendra-peut-etre-de-dakar/>
- Médiaguinée. (2021e, février 26). Guinée : Le couvre-feu ramené à 23h, pas de concert, dédicace et foire. *Mediaguinee.org*. <https://mediaguinee.org/guinee-le-couvre-feu-ramene-a-23h-pas-de-concert-dedicace-et-foire/>
- Médiaguinée. (2022a, juin 28). N’zérékoré : Les travailleurs de la forêt forte manifestent pour exiger l’amélioration de leur condition de vie. *Mediaguinee.org*. <https://mediaguinee.org/nzerekore-les-travailleurs-de-la-foret-forte-manifestent-pour-exiger-lamelioration-de-leur-condition-de-vie/>
- Médiaguinée. (2022b, juin 30). Urgent- Siguiri : La SAG arrête toutes ses activités « jusqu’à nouvel ordre ». *Mediaguinee.org*. <https://mediaguinee.org/urgent-siguiri-la-sag-arrete-toutes-ses-activites-jusqua-nouvel-ordre/>
- Migliani, R., Keita, S., Diallo, B., Mesfin, S., Perea, W., Dahl, B., & Rodier, G. (2016). Aspects épidémiologiques de la maladie à virus Ebola en Guinée (décembre 2013–avril 2016). *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 109(4), 218-235. <https://doi.org/10.1007/s13149-016-0511-4>
- Migliani, R., Keita, S., Diallo, B., Rodier, G., Perea, W. A., & Dahl, B. (2016). Maladie à virus Ebola en Guinée : Évolution de l’épidémie de son émergence en décembre 2013 à novembre 2015. *Médecine et Armées*, 44(2), 149-160.
- Milleliri, J.-M. (2014). Ebola : Une opportunité pour les systèmes de santé ? *Médecine et Santé Tropicales*, 24(4), 341-342. <https://doi.org/10.1684/mst.2014.0433>
- Miller, N. P., Milsom, P., Johnson, G., Bedford, J., Kapeu, A. S., Diallo, A. O., Hassen, K., Rafique, N., Islam, K., Camara, R., Kandeh, J., Wesseh, C. S., Rasanathan, K., Zambruni, J. P., & Papowitz, H. (2018). Community health workers during the Ebola outbreak in Guinea, Liberia, and Sierra Leone. *Journal of Global Health*, 8(2), 17. <https://doi.org/10.7189/jogh-08-020601>
- Millimouno, T. M., Ahmed, M. A. A., Ly, B. A., Delamou, A., Sana, B., Faye, C. L., & Van Damme, W. (2021). Evolution of the COVID-19 pandemic over six weeks in four French-speaking countries in West Africa. *Journal of Global Health*, 11, 1-4. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.03008>
- Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2024*, (2015) (testimony of Ministère de la santé). <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/gui158099.pdf>
- Ministère de la santé. (2019). *Surveillance à base communautaire. Module de formation des relais communautaire et des agents de santé communautaire (RECO/ASC). Version 4* (p. 21). Ministère de la santé et de l’hygiène publique.
- Ministère de la santé. (2020). *Guide national de prise en charge des cas de maladie à Coronavirus (Covid-19)* (p. 69). Ministère de la santé.
- Ministère de la santé. (2021). *Plan de réponse à la maladie à virus Ebola en Guinée* (p. 20). Ministère de la santé.
- Moisan, F., Traore, A., Zoumanigui, D., Feindouno, J. Y., Sagno, A. M., Mollet, T., & Bruyand, M. (2016). Public health structures attendance during the Ebola outbreak in Guéckédou, Guinea. *Epidemiology & Infection*, 144(11), 2338-2344. <https://doi.org/10.1017/S0950268816000728>

- Moon, S., Sridhar, D., Pate, M. A., Jha, A. K., Clinton, C., Delaunay, S., Edwin, V., Fallah, M., Fidler, D. P., Garrett, L., Goosby, E., Gostin, L. O., Heymann, D. L., Lee, K., Leung, G. M., Morrison, J. S., Saavedra, J., Tanner, M., Leigh, J. A., ... Piot, P. (2015). Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola. *The Lancet*, 386(10009), 2204-2221. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00946-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00946-0)
- Moore, C. B. (2020). Ebola, quarantine, and the need for a new ethical framework. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 13(9), 1-11. <https://doi.org/10.18502/jmehm.v13i9.4078>
- Morand, S. (2016). Biogéographie et écologie de l'émergence. In S. Morand & M. Figuié, *Emergence de maladies infectieuses. Risques et enjeux de société* (p. 13-35). Quae.
- Moulin, A. M. (2020). Histoire des pandémies ou comment nous sommes entrés dans l'Histoire avec le Covid-19. *Bulletin de l'AMCSTI*, 48, 23-27.
- Msellati, P., Touré, A., Sow, M. S., Cécé, K., Taverne, B., Desclaux, A., Barry, M., Etard, J.-F., Delaporte, E., & Groupe d'études PostEboGui. (2016). (Re)vivre après Ebola : Bilan à un an et perspectives d'une étude d'évaluation et accompagnement des patients déclarés guéris d'une infection par le virus Ebola en Guinée (cohorte PostEboGui). *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 109(4), 236-243. <https://doi.org/10.1007/s13149-016-0526-x>
- Mugunga, J. C., Tyagi, K., Bernal-Serrano, D., Correa, N., Iberico, M., Kateera, F., Leandre, F., Murray, M., Suffrin, J. C. D., & Hedt-Gauthier, B. (2021). SARS-CoV-2 serosurveys in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 397(10272), 353-355. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00188-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00188-4)
- Mull, J. D. (1990). The Primary Health Care dialectic : History, Rhetoric, and reality. In J. Coreil & J. D. Mull, *Anthropology and Primary Health Care* (Westview Press, p. 28-47).
- Ndiaye, A. (1997). La formation du personnel africain de la santé en AOF. In Becker, Charles, S. Mbaye, & I. Thioub, *AOF : réalités et héritages : Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960* (Direction des Archives du Sénégal, p. 1193-1202).
- Ndjomou, J., Shearrer, S., Karlstrand, B., Asbun, C., Coble, J., Alam, J. S., Mar, M. P., Presser, L., Poynter, S., Michelotti, J. M., Wauquier, N., Ross, C., & Altmann, S. (2021). Sustainable Laboratory Capacity Building After the 2014 Ebola Outbreak in the Republic of Guinea. *Frontiers in Public Health*, 9, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.659504>
- Ndongo, F. A., Guichet, E., Mimbé, E. D., Ndié, J., Pelloquin, R., Varloteaux, M., Esemu, L., Mpoudi-Etame, M., Lamare, N., Edoul, G., Wouambo, R. K., Djomsi, D. M., Tongo, M., Tabala, F. N., Dongmo, R. K., Diallo, M. S. K., Bouillin, J., Thaurignac, G., Ayouba, A., ... Mpoudi-Ngolé, E. (2022). Rapid Increase of Community SARS-CoV-2 Seroprevalence during Second Wave of COVID-19, Yaoundé, Cameroon, *Emerging Infectious Diseases*, 28(6), 1233-1236. <https://doi.org/10.3201/eid2806.212580>
- Ngalamulume, K. (1997). La question sanitaire durant les premières années de l'AOF, 1895-1914. In Becker, Charles, S. Mbaye, & I. Thioub, *AOF : réalités et héritages : Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960* (Direction des Archives du Sénégal, p. 1203-1211).
- Ngolet, L., Mombouli, J.-V., & Dzia Bokilo, A. (2011). Considérations éthiques portant sur la prise en charge de la drépanocytose au Congo. In *Le droit aux soins en médecine périnatale. Actualités scientifiques, éthiques et juridiques* (p. 91-98).
- N'Guessan, S., Attiey, H. B., Ndiaye, S., Diarrassouba, M., McLain, G., Shamamba, L., Traoré, Y., Hamidou, R. T., & Karemere, H. (2019). Community-based surveillance : A pilot experiment in the Kabadougou-Bafing-Folon health region in Côte d'Ivoire. *Journal of Interventional Epidemiology and Public Health*, 2(11), 1-19. <https://www.afenet-journal.net/content/article/2/11/full/>
- Niang, C. I. (2014). Ebola : Une épidémie postcoloniale. *Politique étrangère*, Hiver(4), 97-109.
- Nichter, M. (2018). Global Health. In *The International Encyclopedia of Anthropology* (Callan Hilary). John Wiley & Sons, 1-13.
- Nimako, K., & Kruk, M. E. (2021). Seizing the moment to rethink health systems. *The Lancet Global Health*, Online. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00356-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00356-9)

- Niyigena, A., Girukubonye, I., Barnhart, D. A., Cubaka, V. K., Niyigena, P. C., Nshunguyabahizi, M., Mukamana, B., Kateera, F., & Bitalabeho, F. A. (2022). Rwanda's community health workers at the front line : A mixed-method study on perceived needs and challenges for community-based healthcare delivery during COVID-19 pandemic. *BMJ Open*, 12(4), e055119. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055119>
- Nkengasong, J. N., Maiyegun, O., & Moeti, M. (2017). Establishing the Africa Centres for Disease Control and Prevention : Responding to Africa's health threats. *The Lancet Global Health*, 5(3), e246-e247. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30025-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30025-6)
- Nkuba Ndaye, A., Hoxha, A., Madinga, J., Mariën, J., Peeters, M., Leendertz, F. H., Mundeke, S. A., Ariën, K. K., Tanfumu, J.-J. M., Kingebeni, P. M., & Vanlerberghe, V. (2021). Challenges in interpreting SARS-CoV-2 serological results in African countries. *The Lancet Global Health*, 1-2. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00060-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00060-7)
- Nkuba-Ndaye, A., Mukadi-Bamuleka, D., Bulabula-Penge, J., Thaurignac, G., Edidi-Atani, F., Mambu-Mbika, F., Danga-Yema, B., Matondo-Kuamfumu, M., Kinganda-Lusamaki, E., Bisento, N., Lumembe-Numbi, R., Kabamba-Lungenyi, G., Kitsa-Mutsumbirwa, D., Kambale-Sivihwa, N., Boillot, F., Delaporte, E., Mbala-Kingebeni, P., Ayouba, A., Peeters, M., & Ahuka-Mundeke, S. (2022). Added value of an anti-Ebola serology for the management of clinically suspect Ebola virus disease patients discharged as negative in an epidemic context. *The Journal of Infectious Diseases*, 1-5. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiac057>
- Nyarko, Y., Goldfrank, L., Ogedegbe, G., Soghoian, S., Aikins, A. de-Graft, & \$author.lastName, \$author.firstName. (2015). Preparing for Ebola Virus Disease in West African countries not yet affected : Perspectives from Ghanaian health professionals. *Globalization and Health*, 11(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12992-015-0094-z>
- OIM Guinée. (2019). *Revue annuelle de OIM Guinée—2019* (p. 28).
- Olive, M.-M., Angot, J.-L., Binot, A., Desclaux, A., Dombreval, L., Lefrançois, T., Lury, A., Paul, M., Peyre, M., Simard, F., Weinbach, J., & Roger, F. (2022). Les approches One Health pour faire face aux émergences : Un nécessaire dialogue État-sciences-sociétés. *Natures Sciences Sociétés*, 30(1), 72-81. <https://doi.org/10.1051/nss/2022023>
- Olivier de Sardan, J.-P. (1995). La politique du terrain. *Enquête [En ligne]*, 1, 71-109.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2021). *La revanche des contextes : Des mésaventures de l'ingénierie sociales en Afrique et au-delà*. Karthala, 480 p.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2022). « Compter sur ses propres forces. » Face à la dépendance à l'aide, promouvoir les experts contextuels dans les politiques publiques en Afrique. *Global Africa*, 1(1), 96-111.
- Olivier de Sardan, J.-P., Faye, S. L., & Diarra, A. (2020, mai 31). « Si l'Afrique veut être plus efficace face aux épidémies futures, elle doit tirer les leçons de ses insuffisances ». *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/05/31/si-l-afrique-veut-etre-plus-efficace-face-aux-epidemies-futures-elle-doit-tirer-les-lecons-de-ses-insuffisances_6041339_3212.html
- Olivier de Sardan, J.-P., & Jaffré, Y. (2003). *Une médecine inhospitalière : Les Difficiles Relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Karthala.
- Olivier de Sardan, J.-P., & Ridde, V. (2018). Réponse au texte « Gratuité des soins ? Ce qu'il faudrait prouver... » de Joseph Brunet-Jailly. *Afrique contemporaine*, N° 265(1), 141-152.
- OMS. (1972). *Comité régional pour l'Afrique. Rapport sur la vingt-deuxième session* (p. 72). OMS. <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1600-0528.2003.00124.x>
- OMS. (1978). *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires*. Conférence internationale sur les soins de santé primaires, 6–12 septembre 1978, Alma-Ata (URSS).
- OMS. (1986). *Charte d'Ottawa*. Première conférence internationale pour la promotion de la santé, 21 novembre 1986, Ottawa (Canada).
- OMS. (2002). *Stratégies avancées durables : Une stratégie visant à dispenser des services de vaccination et d'autres services aux populations non desservies*. OMS, 59 p. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67168>
- OMS. (2005). *Règlement sanitaire international*. OMS.

- OMS. (2014a). *Feuille de route pour la riposte au virus Ebola*. <https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/response-roadmap/fr/>
- OMS. (2014b). *Guide pour la mise en place de la surveillance communautaire* (p. 20). Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. <http://www.afro.who.int/publications/community-based-surveillance>
- OMS. (2017). *Programmes d'agents de santé communautaires dans la région africaine de l'OMS : Données factuelles et options. Note d'orientation* (p. 32). Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/Community%20Health%20Worker%20Policy%20Brief%20-%20French.pdf>
- OMS. (2018). *Considérations relatives à la communication des risques et à l'engagement communautaire (CREC) : Réponse à Ebola en République démocratique du Congo* (p. 37). OMS. [https://www.who.int/publications-detail-redirect/risk-communication-and-community-engagement-\(-rcce\)-considerations](https://www.who.int/publications-detail-redirect/risk-communication-and-community-engagement-(-rcce)-considerations)
- OMS. (2019a). *Guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte dans la région Africaine : Volume 1 – Section d'introduction* (p. 66 p.). Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.
- OMS. (2019b, avril 6). La Guinée dotée du plan global du Programme Pipeline rural. *OMS | Bureau régional pour l'Afrique*. <https://www.afro.who.int/fr/news/la-guinee-dotee-du-plan-global-du-programme-pipeline-rural>
- OMS. (2020a). *Utilisation rationnelle des équipements de protection individuelle (EPI) contre la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) et éléments à considérer en cas de grave pénurie. Orientations provisoires* (p. 34). OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331765/WHO-2019-nCov-IPC_PPE_use-2020.3-fre.pdf
- OMS. (2020b). *Stratégies de surveillance de l'infection humaine à coronavirus 2019 (COVID-19). Orientations provisoires* (p. 7). OMS.
- OMS. (2020c). *Protocole d'enquête séroépidémiologique stratifiée par tranche d'âge sur l'infection par le coronavirus 2019 (COVID-19)*. OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332286/WHO-2019-nCoV-Seroepidemiology-2020.2-fre.pdf>
- OMS. (2020d). *Surveillance de la santé publique dans le contexte de la COVID-19. Orientations provisoires* (p. 11). OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333903/WHO-2019-nCoV-SurveillanceGuidance-2020.7-fre.pdf>
- OMS. (2021a). *Renforcer la résilience du système de santé pour instaurer la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire pendant et après la COVID-19* (p. 40). OMS.
- OMS. (2021b, février 23). *La vaccination contre Ebola commence en Guinée pour endiguer la nouvelle épidémie*. Regional Office for Africa. <https://www.afro.who.int/fr/news/la-vaccination-contre-ebola-commence-en-guinee-pour-endiguer-la-nouvelle-epidemie>
- OMS. (2021c, avril 1). *La surveillance communautaire, un élément central de la lutte contre l'épidémie d'Ebola en Guinée*. Regional Office for Africa. <https://www.afro.who.int/fr/news/la-surveillance-communautaire-un-element-central-de-la-lutte-contre-lepidemie-debola-en-guinee>
- OMS. (2021d). *Faire participer les communautés au processus de recherche des contacts (Guide pratique)* (p. 29). OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345380>
- OMS. (2021e). *Flambée de la Maladie à virus Ebola en Guinée : Plan stratégique multinational de préparation et de réponse* (p. 15). OMS. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwif1ICqkPb4AhXxz1UKHQNF7gQFnoECBcQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.preventionweb.net%2Ffiles%2F76863_omsflambeebolaenguine2021.pdf&usq=AOvVaw3QgRITmCbVN_37_G0i8xBo
- OMS. (2022, juillet 13). *Les femmes qui travaillent dans le secteur de la santé et des soins gagnent 24 pour cent de moins que les hommes*. <https://www.who.int/fr/news/item/13-07-2022-women-in-the-health-and-care-sector-earn-24-percent-less-than-men>

- OMS, & CDC. (2015). *Mise en oeuvre et gestion de la recherche des contacts pour la maladie à virus Ebola* (p. 39). OMS.
- OMS Guinée. (2018). *L'action de l'OMS en Guinée dans le contexte du relèvement et de la résilience du système de santé post-Ebola. Rapport biennal 2016-2017* (p. 34). Bureau de la Représentation de l'OMS en Guinée.
- OMS Guinée. (2021a, juin 10). *Aminata, guérie d'Ebola, est devenue « garde malade »*. <https://www.afro.who.int/fr/news/aminata-guerie-debola-est-devenue-garde-malade-0>
- OMS Guinée. (2021b, août 9). *La Guinée confirme un cas de la maladie à virus de Marburg, le tout premier en Afrique de l'Ouest*. <https://www.afro.who.int/fr/news/la-guinee-confirme-un-cas-de-la-maladie-virus-de-marburg-le-tout-premier-en-afrique-de-louest>
- OMS Guinée. (2021c, septembre 2). *En Guinée, la flambée de maladie à virus Marburg a été rapidement endiguée*. <https://www.afro.who.int/fr/news/en-guinee-la-flambee-de-maladie-virus-marburg-ete-rapidement-endigee>
- Østergaard, L. R. (2015). Ebola vu de loin : Les agents de la santé face au risque et à l'incertitude dans les campagnes du Burkina Faso. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 11, 1-17. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1833>
- Ostergard, R. L. (2021). Ebola and the pestilence of corporate and governmental corruption in Guinea : Did mining interests exacerbate the largest Ebola outbreak in history (2014–2016)? *The Extractive Industries and Society*, 8(1), 316-330. <https://doi.org/10.1016/j.exis.2020.11.011>
- Ouendo, E.-M., Makoutodé, M., Wilmet-Dramaix, M., Paraiso, M., & Dujardin, B. (2004). Accès aux soins de santé au Bénin : Indigence et réseaux d'aide communautaire. *Cahiers Santé*, 4, 217-221.
- Packard, R. M. (2016). *A History of Global Health. Interventions into the Lives of Other Peoples* (51). Johns Hopkins University Press, 432 p.
- Pagliari, C., & Vijaykumar, S. (2016). Digital Participatory Surveillance and the Zika Crisis : Opportunities and Caveats. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 10(6), 1-5. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004795>
- Partnership for Evidence-Based Response to COVID-19. (2020). *Finding the Balance : Public Health and Social Measures in Guinea [PERC Report]*. <https://preventepidemics.org/wp-content/uploads/2020/09/09082020-guinea.pdf>
- Pauthier, C. (2013). L'héritage controversé de Sékou Touré, « héros » de l'indépendance. *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 118(2), 31. <https://doi.org/10.3917/ving.118.0031>
- Pauthier, C. (2021). Familles dans la tourmente de la répression politique en Guinée (1958-1984). 20 & 21. *Revue d'histoire*, 151(3), 65-78.
- Pellecchia, U., Crestani, R., Decroo, T., Van den Bergh, R., & Al-Kourdi, Y. (2015). Social Consequences of Ebola Containment Measures in Liberia. *PLOS ONE*, 10(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143036>
- Perry, H. B., Dhillon, R. S., Liu, A., Chitnis, K., Panjabi, R., Palazuelos, D., Koffi, A. K., Kandeh, J. N., Camara, M., Camara, R., & Nyenswah, T. (2016). Community health worker programmes after the 2013–2016 Ebola outbreak. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(7), 551-553. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.164020>
- Petereit, E. (2011). Poudre blanche et continent noir : La carte du trafic international de drogue se redessine. *Multitudes*, 44(1), 103-106.
- Peyre, M., Goutard, F. L., Roger, F., & Olive, M.-M. (2021, janvier 14). Les clés pour empêcher les futures pandémies. *The Conversation*. <http://theconversation.com/les-cles-pour-empêcher-les-futures-pandemies-152143>
- Philips, M. (2017). Mourir de maladies banales au temps d'Ebola : Impact de l'épidémie sur la santé et les soins en Afrique de l'Ouest. In M. Hofman & S. Au, *La politique de la peur. MSF et l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest*. (Renaissance du livre, p. 147-174).
- Pickersgill, M., Manda-Taylor, L., & Niño-Machado, N. (2022). Pandemic preparedness means policy makers need to work with social scientists. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00983-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00983-7)

- PNACC, & DNSCMT. (2019). *Rapport de Synthèse de la Supervision conjointe des activités de santé communautaire dans 25 communes de convergence* (p. 29). Ministères de l'Administration du territoire et de la Santé.
- Portères, R. (1945). Possibilités de production du Quinquina sur la côte occidentale d'Afrique française. *Journal d'agriculture traditionnelle et de botanique appliquée*, 25(275), 101-105. <https://doi.org/10.3406/jatba.1945.1821>
- Primature République de Guinée. (1996). *Code de déontologie médicale* (DECRET N°D/96/205/PRG/SGG). Primature République de Guinée.
- Primature République de Guinée. (1997). *Code de la santé publique*. Primature République de Guinée.
- Primature République de Guinée. (2020). *Plan de riposte économique à la crise sanitaire COVID-19* (p. 22). Primature République de Guinée.
- Puybureau, B. (2020). Les révélations d'Edward Snowden : De l'indignation à la légalisation des pratiques de surveillance. *Open Diplomacy*. <https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-03391937>
- Raab, M., Pfadenhauer, L. M., Millimouno, T. J., Hoelscher, M., & Froeschl, G. (2020). Knowledge, attitudes and practices towards viral haemorrhagic fevers amongst healthcare workers in urban and rural public healthcare facilities in the N'zérékoré prefecture, Guinea : A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 20(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8433-2>
- Raab, M., Pfadenhauer, L. M., Nguyen, V.-K., Doumbouya, D., Hoelscher, M., & Froeschl, G. (2020). Period prevalence and identification challenges of viral haemorrhagic fever suspect cases in a tertiary referral hospital in Guinea : A cross-sectional, retrospective study of triage and emergency room patient profiles. *BMC Infectious Diseases*, 20(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05573-8>
- Raab, M., Roth, E., Nguyen, V.-K., & Froeschl, G. (2021). The 2021 Ebola virus outbreak in Guinea : Mistrust and the shortcomings of outbreak surveillance. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 15(6), 1-5. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009487>
- Ramm, A., Casas, L., Correa, S., Baba, C. F., & Biggs, M. A. (2020). "Obviously there is a conflict between confidentiality and what you are required to do by law" : Chilean university faculty and student perspectives on reporting unlawful abortions. *Social Science & Medicine*, 261, 113220. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113220>
- Ramukumba, M. M. (2020). Exploration of Community Health Workers' views about in their role and support in Primary Health Care in Northern Cape, South Africa. *Journal of Community Health*, 45(1), 55-62. <https://doi.org/10.1007/s10900-019-00711-z>
- Ratnayake, R., Crowe, S. J., Jasperse, J., Privette, G., Stone, E., Miller, L., Hertz, D., Fu, C., Maenner, M. J., Jambai, A., & Morgan, O. (2016). Assessment of Community Event-Based Surveillance for Ebola Virus Disease, Sierra Leone, 2015. *Emerging Infectious Diseases*, 22(8), 1431-1437. <https://doi.org/10.3201/eid2208.160205>
- Reich, M. R. (1987). Essential drugs : Economics and politics in international health. *Health Policy*, 8(1), 39-57. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(87\)90129-1](https://doi.org/10.1016/0168-8510(87)90129-1)
- Reynolds, E., Diallo, B., & Macdonald, P. (2019). Implementation of an Electronic Disease Surveillance System in Guinea, 2016-2018. *Online Journal of Public Health Informatics*, 11(1). <https://doi.org/10.5210/ojphi.v11i1.9836>
- Ricciardi, F. (2022). Qu'est-ce qu'un « travailleur africain » ? Marché, coercition et mobilité en Afrique équatoriale française (1911-1940). *Cahiers d'études africaines*, 245-246(1-2), 153-182. <https://doi.org/10.4000/etudesafricaines.36265>
- Richards, P., Honwana, A., Waal, A. de, Dowden, R., & Kitchen, S. (2016). *Ebola : How a People's Science Helped End an Epidemic*. ZED Books.
- Ricossé, J.-H., & Husser, J.-A. (1982). Bilan et avenir de la lutte contre les grandes endémies en Afrique occidentale francophone. *Cahiers d'Études africaines*, 22(85), 145-168. <https://doi.org/10.3406/cea.1982.2279>
- Ridde, V. (2003, janvier 9). *Entre efficacité et équité : Qu'en est-il de l'Initiative de Bamako ? Une revue des expériences ouest-africaines*. XXVes Journées des économistes français de la santé « Santé et développement », CERDI/CNRS, Clermont-Ferrand.

- Ridde, V., Guillard, É., & Faye, A. (2022). Le retour d'« une seule santé » et la santé mondiale : Ne reproduisons pas les mêmes erreurs. *Médecine tropicale et santé internationale*, 2(3), 1-8. <https://doi.org/10.48327/MTSI.V2I3.2022.255>
- Rifkin, S. B. (2009). Lessons from community participation in health programmes : A review of the post Alma-Ata experience. *International Health*, 1(1), 31-36. <https://doi.org/10.1016/j.inhe.2009.02.001>
- Robert, L. (2006). A Brief History of the Loma People. *Liberian Studies Journal*, 2(31), 5-30.
- Roger, F. (2016). Surveiller l'émergence : Défis et contradictions. In S. Morand & M. Figuié, *Emergence de maladies infectieuses. Risques et enjeux de société* (p. 105-119). Quae.
- Roger, F., Thonnat, J., Hendriks, P., & Domenech, J. (2004). Les systèmes de suivi et de surveillance des maladies et le rôle des acteurs de santé animale publics et privés : L'expérience de l'Afrique : - EN- -FR- -ES-. *Revue Scientifique et Technique de l'OIE*, 23(1), 137-145. <https://doi.org/10.20506/rst.23.1.1471>
- Roth, E. (2021). Key Considerations : 2021 Outbreak of Ebola in Guinea, the Context of N'Zérékoré. *Social Science in Humanitarian Action (SSHAP)*. https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/16514/SSHAP%20Key%20Considerations_2021%20Outbreak%20of%20Ebola%20in%20Guinea_N_Zerekore.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sachs, J. D., Karim, S. S. A., Akinin, L., Allen, J., Brosbøl, K., Colombo, F., Barron, G. C., Espinosa, M. F., Gaspar, V., Gaviria, A., Haines, A., Hotez, P. J., Koundouri, P., Bascuñán, F. L., Lee, J.-K., Pate, M. A., Ramos, G., Reddy, K. S., Serageldin, I., ... Michie, S. (2022). The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 1-57. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01585-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01585-9)
- Sa'di, A. H. (2012). Colonialism and surveillance. In K. Ball, K. Haggerty, & D. Lyon, *Routledge Handbook of Surveillance Studies* (p. 151-158). Routledge.
- Sagan, A., L. Greer, S., Webb, E., McKee, M., Muscat, N. A., Lessof, S., de la Mata, I., & Figueras, J. (2022). Renforcer la résilience des systèmes de santé à l'ère de la COVID-19. *EUROHEALTH*, 28(1). <https://policycommons.net/artifacts/2198969/renforcer-la-resilience-des-systemes-de-sante-a-lerede-la-covid-19/2955330/>
- Sagnane, S. O. (2020, avril 21). Mieux préparée grâce à l'expérience Ebola, la Guinée peut buter sur le défi du confinement. *The Conversation*. <http://theconversation.com/mieux-preparee-grace-a-lexperience-ebola-la-guinee-peut-buter-sur-le-defi-du-confinement-135172>
- Sagnane, S. O. (2021). La Guinée face à la résurgence de l'épidémie d'Ebola. *The Conversation*. <http://theconversation.com/la-guinee-face-a-la-resurgence-de-lepidemie-debola-155876>
- Sakho, F., Badila, C. F., Dembele, B., Diaby, A., Camara, A. K., Lamah, L., Reid, S. D., Weng, A., Fuller, B. B., Sanchez, K. A., Kabore, A., Zhang, Y., & Weaver, A. (2021). Implementation of mass drug administration for neglected tropical diseases in Guinea during the COVID-19 pandemic. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 15(9), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009807>
- Salmona, M., Lieber, E., & Kaczynski, D. (2019). *Qualitative and Mixed Methods Data Analysis Using Dedoose : A Practical Approach for Research Across the Social Sciences*. SAGE Publications.
- Salter, M. B. (2010). Surveillance. In J. P. Burgess, *The Routledge Handbook of New Security Studies* (p. 187-196). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203859483.ch19>
- Sams, K., Desclaux, A., Anoko, J., Akindès, F., Egrot, M., Sow, K., Taverne, B., Bila, B., Cros, M., Keita-Diop, M., Fribault, M., & Wilkinson, A. (2017). Mobilising experience from Ebola to address plague in Madagascar and future epidemics. *The Lancet*, 390(10113), 2624-2625. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33088-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33088-X)
- Sams, K., Desclaux, A., & Sow, S. (2019). 'They'll inject you and you'll die' : From medication non-compliance to acceptance in Guinea's Ebola treatment units. *Anthropology & Medicine*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/13648470.2019.1615749>
- Sauvageot, D., Njanpop-Lafourcade, B.-M., Akilimali, L., Anne, J.-C., Bidjada, P., Bompangue, D., Bwire, G., Coulibaly, D., Dengo-Baloi, L., Dosso, M., Orach, C. G., Inguane, D., Kagirita, A., Kacou-N'Douba, A., Keita, S., Banla, A. K., Kouame, Y. J.-P., Landoh, D. E., Langa, J. P., ... Mengel, M. A. (2016). Cholera Incidence and Mortality in Sub-Saharan African Sites during Multi-country

- Surveillance. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 10(5), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004679>
- Schaaf, M., Warthin, C., Freedman, L., & Topp, S. M. (2020). The community health worker as service extender, cultural broker and social change agent : A critical interpretive synthesis of roles, intent and accountability. *BMJ Global Health*, 5(6), 1-13. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002296>
- Schneider, W. H. (2013). The Long History of Smallpox Eradication : Lessons for Global Health in Africa. In T. Giles-Vernick & J. L. A. Webb, *Global Health in Africa : Historical Perspectives on Disease Control* (p. 25-41). Ohio University Press.
- Schwerdtle, P., Clerck, V. D., & Plummer, V. (2017). Survivors' perceptions of public health messages during an Ebola crisis in Liberia and Sierra Leone : An exploratory study. *Nursing & Health Sciences*, 19(4), 492-497. <https://doi.org/10.1111/nhs.12372>
- Šehović, A. B., & Govender, K. (2021). Addressing COVID-19 vulnerabilities : How do we achieve global health security in an inequitable world. *Global Public Health*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1916056>
- Seid, M., Lotstein, D., Williams, V. L., Nelson, C., Leuschner, K. J., Diamant, A., Stern, S., Wasserman, J., & Lurie, N. (2007). Quality Improvement in Public Health Emergency Preparedness. *Annual Review of Public Health*, 28(1), 19-31. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.082206.094104>
- Senghore, M., Savi, M. K., Gnanngnon, B., Hanage, W. P., & Okeke, I. N. (2020). Leveraging Africa's preparedness towards the next phase of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Global Health*, 1-2. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30234-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30234-5)
- Sidibé, S., Camara, B. S., Delamou, A., Touré, A., Bouedouno, P., Samake, A. T., & Beavogui, A. H. (2018). Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins de santé de face aux cas suspects d'Ebola en Guinée. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 66(6), 369-374. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.09.006>
- Simpson, C., & McDonald, F. (Éds.). (2017). *Rethinking Rural Health Ethics*. Springer, 175 p.
- Singh, P., & Sachs, J. D. (2013). 1 million community health workers in sub-Saharan Africa by 2015. *The Lancet*, 382(9889), 363-365. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62002-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62002-9)
- Sirleaf, E. J., & Clark, H. (2021). Report of the Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response : Making COVID-19 the last pandemic. *The Lancet*, 1-3. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01095-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01095-3)
- Smith, M. J., & Silva, D. S. (2015). Ethics for pandemics beyond influenza : Ebola, drug-resistant tuberculosis, and anticipating future ethical challenges in pandemic preparedness and response. *Monash Bioethics Review*, 33(2), 130-147. <https://doi.org/10.1007/s40592-015-0038-7>
- Soeters, H. M., Koivogui, L., Beer, L. de, Johnson, C. Y., Diaby, D., Ouedraogo, A., Touré, F., Bangoura, F. O., Chang, M. A., Chea, N., Dotson, E. M., Finlay, A., Fitter, D., Hamel, M. J., Hazim, C., Larzelere, M., Park, B. J., Rowe, A. K., Thompson-Paul, A. M., ... Diallo, A. O. (2018). Infection prevention and control training and capacity building during the Ebola epidemic in Guinea. *PLOS ONE*, 13(2), 1-8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193291>
- Sombié, I., Amendah, D., & André Soubeiga, K. (2015). Les perceptions locales de la participation communautaire à la santé au Burkina Faso. *Santé Publique*, 27(4), 557. <https://doi.org/10.3917/spub.154.0557>
- Somparé, A. W. (2017). La politique et les pratiques de santé en Guinée à l'épreuve de l'épidémie d'Ebola : Le cas de la ville de Conakry. *Lien social et Politiques*, 78, 193-210. <https://doi.org/10.7202/1039345ar>
- Somparé, A. W. (2020). *L'énigme d'Ebola en Guinée : Une étude socio-anthropologique des réticences*. L'Harmattan, 269 p.
- Soucat, A., Gandaho, T., Levy-Bruhl, D., Bethune, X. de, Alihonou, E., Ortiz, C., Gbedonou, P., Adovohekpe, P., Camara, O., Ndiaye, J.-M., Dieng, B., & Knippenberg, R. (1997). Health seeking behaviour and household health expenditures in Benin and Guinea : The equity implications of the Bamako Initiative. *The International Journal of Health Planning and Management*,

- 12(S1), S137-S163. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1751\(199706\)12:1+<S137::AID-HPM469>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1+<S137::AID-HPM469>3.0.CO;2-G)
- Soucat, A., Levy-Bruhl, D., Bethune, X. de, Gbedonou, P., Lamarque, J.-P., Bangoura, O., Camara, O., Gandaho, T., Ortiz, C., Kaddar, M., & Knippenberg, R. (1997). Affordability, cost-effectiveness and efficiency of primary health care : The Bamako Initiative experience in Benin and Guinea. *The International Journal of Health Planning and Management*, 12(S1), S81-S108. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1751\(199706\)12:1+<S81::AID-HPM467>3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1+<S81::AID-HPM467>3.0.CO;2-5)
- Soucat, A., Levy-Bruhl, D., Gbedonou, P., Drame, K., Lamarque, J.-P., Diallo, S., Ossen, R., Adovohekpe, P., Ortiz, C., Debeungy, C., & Knippenberg, R. (1997). Local cost sharing in Bamako Initiative systems in Benin and Guinea : Assuring the financial viability of primary health care. *The International Journal of Health Planning and Management*, 12(S1), S109-S135. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1751\(199706\)12:1+<S109::AID-HPM468>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1+<S109::AID-HPM468>3.0.CO;2-G)
- Soumah, A. A., Diallo, M. S. K., Guichet, E., Maman, D., Thaurignac, G., Keita, A. K., Bouillin, J., Diallo, H., Pelloquin, R., Ayouba, A., Kpamou, C., Peeters, M., Delaporte, E., Etard, J.-F., & Toure, A. (2022). High and rapid increase in seroprevalence for SARS-CoV-2 in Conakry, Guinea : Results from three successive cross-sectional surveys (ANRS COV16-ARIACOV). *Open Forum Infectious Diseases*, 9(5), 1-5. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofac152>
- Sow, A., Dormael, M. V., Criel, B., & Spiegelaere, M. de. (2019). Intégration de la santé mentale dans les centres de santé communautaires en Guinée Conakry. *Sante Publique, Vol. 31(2)*, 305-313.
- Sow, S., Desclaux, A., & Taverne, B. (2016). Ebola en Guinée. Formes de la stigmatisation des acteurs de santé survivants. *Bulletin Soc Path Exo*, 109(4), 309-313.
- St-Denis, K., Luckerhoff, J., & Guillemette, F. (2015). Introduction : Les approches inductives en anthropologie. *Approches inductives : travail intellectuel et construction des connaissances*, 2(2), 1-14. <https://doi.org/10.7202/1032604ar>
- St. Louis, M. (2012). Global Health Surveillance. *CDC Morbidity and Mortality Weekly Report*, 61, 15-19.
- St Louis, M. E., Walke, H., Perry, H., Nsubuga, P., White, M. E., & Dowell, S. (2010). Surveillance in Low-Resource Settings : Challenges and Opportunities in the Current Context of Global Health. In L. M. Lee, S. B. Thacker, M. E. St Louis, & Teutsch, Steven M., *Principles and Practice of Public Health Surveillance* (3e Edition, p. 617-665). OUP-USA.
- Standley, C. J., Carlin, E. P., Sorrell, E. M., Barry, A. M., Bile, E., Diakite, A. S., Keita, M. S., Koivogui, L., Mane, S., Martel, L. D., & Katz, R. (2019). Assessing health systems in Guinea for prevention and control of priority zoonotic diseases : A One Health approach. *One Health*, 7, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2019.100093>
- Stone, E., Miller, L., Jasperse, J., Privette, G., Diez Beltran, J. C., Jambai, A., Kpaleyey, J., Makavore, A., Kamara, M. F., & Ratnayake, R. (2016). Community Event-Based Surveillance for Ebola Virus Disease in Sierra Leone : Implementation of a National-Level System During a Crisis. *PLoS Currents*, 8. <https://doi.org/10.1371/currents.outbreaks.d119c71125b5cce312b9700d744c56d8>
- Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on immunization. (2019). *Interim Recommendations on Vaccination against Ebola Virus Disease (EVD)*.
- Street, A., & Kelly, A. H. (2020, mars 6). Counting coronavirus : Delivering diagnostic certainty in a global emergency. *Somatosphere*. <http://somatosphere.net/forumpost/counting-coronavirus-diagnostic-certainty-global-emergency/>
- Subtil, F., Delaunay, C., Keita, A. K., Sow, M. S., Touré, A., Leroy, S., Msellati, P., Magassouba, N., Baize, S., Raoul, H., Ecochard, R., Barry, M., Delaporte, E., Etard, J.-F., & Postebogui Study Group. (2017). Dynamics of Ebola RNA Persistence in Semen : A Report From the Postebogui Cohort in Guinea. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 64(12), 1788-1790. <https://doi.org/10.1093/cid/cix210>
- Sudre, B., & Bompangue, D. (2009). *Epidémiologie du choléra et Evaluation du Système d'Alerte Précoce en République de Guinée. Rapport de mission* (p. 77). Université de Franche-Comté - CNRS - UNICEF.
- Sullivan, H. K., & Berkman, B. E. (2018). Incidental Findings in Low-Resource Settings. *Hastings Center Report*, 48(3), 20-28. <https://doi.org/10.1002/hast.851>

- Suret-Canale, J. (1959). La Guinée dans le système colonial. *Présence Africaine*, 29, 9-44.
- Sylla, K., Sow, M. S., Diallo, M. O. S., Sy, M. M., Sako, F. B., Traoré, F. A., Bah, I., Cissé, M. O., Sow, D. C., & Baldé, M. S. (2020). Paralysies flasques aigües dues à des poliovirus : Bilan de 11 années de surveillance en Guinée (2005-2015). *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 1-4.
- Sylla, T. Y., & Taverne, B. (2020). *Les survivantes : Paroles de femmes guéries de la maladie Ebola en Guinée*. Editions L'Harmattan, 258 p.
- Tambo, E., Chengho, C. F., Ugwu, C. E., Wurie, I., Jonhson, J. K., & Ngogang, J. Y. (2017). Rebuilding transformation strategies in post-Ebola epidemics in Africa. *Infectious Diseases of Poverty*, 6(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s40249-017-0278-2>
- Tamouza, A., OMS, & Ministère de la santé publique de Guinée. (1995). *Revue du programme national de lutte antituberculeuse de la République de Guinée*. 100 p.
- Tassin, J., & Roda, J.-M. (2021, mars 19). *Entre zoonoses et déforestation, des liens pas si évidents*. The Conversation. <http://theconversation.com/entre-zoonoses-et-deforestation-des-liens-pas-si-evidents-156977>
- Technical Contributors To The June WHO Meeting. (2019). A definition for community-based surveillance and a way forward : Results of the WHO global technical meeting, France, 26 to 28 June 2018. *Eurosurveillance*, 24(2), 4. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.2.1800681>
- Terral, P., & Gaille, M. (2021). Les sciences humaines et sociales face à la pandémie de COVID-19 : Une mobilisation extraordinaire. *Sante Publique*, 33(6), 823-827.
- Tessema, G. A., Kinfu, Y., Dachew, B. A., Tesema, A. G., Assefa, Y., Alene, K. A., Aregay, A. F., Ayalew, M. B., Bezabhe, W. M., Bali, A. G., Dadi, A. F., Duko, B., Erku, D., Gebrekidan, K., Gebremariam, K. T., Gebremichael, L. G., Gebreyohannes, E. A., Gelaw, Y. A., Gesesew, H. A., ... Tesfay, F. H. (2021). The COVID-19 pandemic and healthcare systems in Africa : A scoping review of preparedness, impact and response. *BMJ Global Health*, 6(12), 1-14. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007179>
- The Lancet. (2008). A renaissance in primary health care. *The Lancet*, 372(9642), 863. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61369-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61369-0)
- The Lancet. (2014). Ebola in west Africa : Gaining community trust and confidence. *The Lancet*, 383(9933), 1946. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60938-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60938-7)
- The Lancet. (2020). COVID-19 in Africa : No room for complacency. *The Lancet*, 395(10238), 1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31237-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31237-X)
- The Lancet Global Health. (2020). Decolonising COVID-19. *The Lancet Global Health*, 8(5), e612. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30134-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30134-0)
- Thompson, A. K., Faith, K., Gibson, J. L., & Upshur, R. E. (2006). Pandemic influenza preparedness : An ethical framework to guide decision-making. *BMC Medical Ethics*, 7(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-7-12>
- Tiffany, A., Moundekeno, F. P., Traoré, A., Haile, M., Sterk, E., Guilavogui, T., Serafini, M., Genton, B., & Grais, R. F. (2016). Community-Based Surveillance to Monitor Mortality in a Malaria-Endemic and Ebola-Epidemic Setting in Rural Guinea. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 95(6), 1389-1397. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.16-0376>
- Timmermann, C. (2020). Pandemic preparedness and cooperative justice. *Developing World Bioethics*, 1-10. <https://doi.org/10.1111/dewb.12289>
- Togba, S. J. (2005). *Développement d'une stratégie de préfinancement des soins de santé communautaire en zone rurale : Cas du village de Brouadou en République de Guinée, Mémoire de Master* (p. 151). Faculté de médecine, Université de Montréal. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/17697/Togba_Justine_soeur_2005_memoire.pdf?sequence=1
- Touré, A. (2014, décembre 1). Désormais la « force » sera utilisée dans le suivi des cas contacts des malades. *Horoya*.
- Touré, A. A., Camara, L. M., Magassouba, A. S., Doumbouya, A., Camara, G., Camara, A. Y., Loua, G., Cissé, D., Sylla, M., Bereté, A. O., & Beavogui, A. H. (2021). Psychosocial impacts of COVID-19

- in the Guinean population. An online cross-sectional survey. *PLoS One*, 16(2), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245751>
- Touré, S. (1969). *Charte sanitaire de Guinée*.
- Traoré, F. A., Sako, F. B., Sylla, D., Kader, D. S., Bangoura, M., Traoré, M., Keita, A., Sidibé, A., Keita, S., Barry, M., Cisse, M., & Touré, A. (2016). Epidémie de méningite en République de Guinée en 2013 : Émergence de *Nisseria meningitidis* W135. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 109(5), 364-367. <https://doi.org/10.1007/s13149-016-0515-4>
- Traoré, O. (2020, août 6). L'UNICEF dote la commune rurale de Sengbédou d'une unité de saponification. *GuinéeNews*. <https://www.guineenews.org/lunicef-dote-la-commune-rurale-de-sengbedou-dune-unite-de-saponification/>
- Tréguer, F. (2021). The Virus of Surveillance : How the COVID-19 pandemic is fuelling technologies of control. *Political Anthropological Research on International Social Sciences (PARISS)*. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-03141309>
- Turshen, M., & Gezmu, T. (2017). The WHO and the Ebola epidemic. In I. Abdullah & I. Rashid, *Understanding West Africa's Ebola epidemic : Towards a political economy* (p. 263-284). Zed Books.
- UNICEF. (2014, décembre 26). Pose de la première pierre d'un centre de transit communautaire à Pamelap. *Horoya*.
- United Nations Development Programme. (2022). *Human Development Report 2021/2022 : Uncertain times, Unsettled Lives. Shaping our Future in a Transforming World* (p. 305). United Nations Development Programme.
- Velásquez, G. (1991). Origine et évolution du concept du Médicament essentiel promu par l'OMS. *Revue Tiers Monde*, 32(127), 673-680.
- Venables, E. (2017). 'Atomic Bombs' in Monrovia, Liberia : The Identity and Stigmatisation of Ebola Survivors. *Anthropology in Action*, 24(2). <https://doi.org/10.3167/aia.2017.240205>
- Vogt, F., Fitzpatrick, G., Patten, G., van den Bergh, R., Stinson, K., Pandolfi, L., Squire, J., Decroo, T., Declerck, H., & Van Herp, M. (2015). Assessment of the MSF triage system, separating patients into different wards pending Ebola virus laboratory confirmation, Kailahun, Sierra Leone, July to September 2014. *Eurosurveillance*, 20(50), 1-9. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2015.20.50.30097>
- Wahid, S. S., Munar, W., Das, S., Gupta, M., & Darmstadt, G. L. (2020). 'Our village is dependent on us. That's why we can't leave our work'. Characterizing mechanisms of motivation to perform among Accredited Social Health Activists (ASHA) in Bihar. *Health Policy and Planning*, 35(1), 58-66. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz131>
- Walley, J., Lawn, J. E., Tinker, A., de Francisco, A., Chopra, M., Rudan, I., Bhutta, Z. A., & Black, R. E. (2008). Primary health care : Making Alma-Ata a reality. *The Lancet*, 372(9642), 1001-1007. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61409-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61409-9)
- Weiner, C. (2014). Anticipate and Communicate : Ethical Management of Incidental and Secondary Findings in the Clinical, Research, and Direct-to-Consumer Contexts (December 2013 Report of the Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues). *American Journal of Epidemiology*, 180(6), 562-564. <https://doi.org/10.1093/aje/kwu217>
- WHO. (2005). *Strengthening surveillance and response for epidemic-prone and vaccine-preventable diseases in selected African and Eastern Mediterranean countries. Report of the UNFIP Final Project Evaluation in Burkina Faso, Ghana, Guinea, Mali and southern Sudan* (p. 111). WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69336/WHO_CDS_CSR_LYO_2005_23_eng.pdf
- WHO. (2010). *Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals : A Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendations for Integration into National Health Systems* (p. 377). WHO - Global Health Workforce Alliance. <https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/chwreport/en/>
- WHO. (2014). *Contact tracing during an outbreak of Ebola Virus Disease* (p. 19). WHO Regional Office for Africa.

- WHO. (2015). *Ethics in Epidemics, Emergencies and Disasters Research, Surveillance and Patient Care : Training Manual*. (p. 276). WHO.
- WHO. (2016). *Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks* (p. 62). WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>
- WHO. (2017a). *A strategic framework for emergency preparedness* (p. 17). WHO.
- WHO. (2017b). *WHO guidelines on ethical issues in public health surveillance* (p. 56). WHO.
- WHO. (2017c). *WHO community engagement framework for quality, people-centred and resilient health services* (p. 56). WHO. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-HIS-SDS-2017.15>
- WHO. (2018a). *Managing epidemics : Key facts about major deadly diseases*. WHO.
- WHO. (2018b). *Global Conference on Primary Health Care : From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals [Astana Declaration]*. WHO. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
- WHO. (2020). *2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) : Strategic preparedness and response plan* (p. 23). WHO.
- WHO. (2021). *Health systems for health security : A framework for developing capacities for International Health Regulations, and components in health systems and other sectors that work in synergy to meet the demands imposed by health emergencies* (p. 43). WHO.
- WHO. (2022a). *Joint external evaluation tool : International Health Regulations (2005), third edition* (p. 132). WHO.
- WHO. (2022b, septembre 15). WHO responds to The Lancet COVID-19 Commission. WHO. <https://www.who.int/news/item/15-09-2022-who-responds-to-the-lancet-covid-19-commission>
- WHO, Regional office for Africa. (2014). *Integrated Diseases Surveillance and Response in the African Région. A guide for establishing community based surveillance* (p. 17). WHO. <http://www.afro.who.int/publications/community-based-surveillance>
- Wiah, O., Subah, M., Varpilah, B., Waters, A., Ly, J., Ballard, M., Price, M., & Panjabi, R. (2020, mars 27). Prevent, detect, respond : How community health workers can help in the fight against covid-19. *The BMJ Opinion*. <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/03/27/prevent-detect-respond-how-community-health-workers-can-help-fight-covid-19/>
- Wilkinson, A. (2017). Emerging Disease or Emerging Diagnosis? : Lassa Fever and Ebola in Sierra Leone. *Anthropological Quarterly*, 90(2), 369-397. <https://doi.org/10.1353/anq.2017.0023>
- Wilkinson, A., & Fairhead, J. (2017). Comparison of social resistance to Ebola response in Sierra Leone and Guinea suggests explanations lie in political configurations not culture. *Critical Public Health*, 27(1), 14-27. <https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1252034>
- Wilkinson, A., Parker, M., Martineau, F., & Leach, M. (2017). Engaging 'communities' : Anthropological insights from the West African Ebola epidemic. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 372(1721), 1-7. <https://doi.org/10.1098/rstb.2016.0305>
- Wilson, K., Brownstein, J. S., & Fidler, D. P. (2010). Strengthening the International Health Regulations : Lessons from the H1N1 pandemic. *Health Policy and Planning*, 25(6), 505-509. <https://doi.org/10.1093/heapol/czq026>
- Winter, A. K., & Hegde, S. T. (2020). The important role of serology for COVID-19 control. *The Lancet Infectious Diseases*, 1-2. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30322-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30322-4)
- Wójcik, O. P., Brownstein, J. S., Chunara, R., & Johansson, M. A. (2014). Public health for the people : Participatory infectious disease surveillance in the digital age. *Emerging Themes in Epidemiology*, 11(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1742-7622-11-7>
- Wolf, S. M., Lawrenz, F. P., Nelson, C. A., Kahn, J. P., Cho, M. K., Clayton, E. W., Fletcher, J. G., Georgieff, M. K., Hammerschmidt, D., Hudson, K., Illes, J., Kapur, V., Keane, M. A., Koenig, B. A., LeRoy, B. S., McFarland, E. G., Paradise, J., Parker, L. S., Terry, S. F., ... Wilfond, B. S. (2008). Managing Incidental Findings in Human Subjects Research : Analysis and Recommendations. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 36(2), 219-248. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2008.00266.x>

Zylberman, P. (2016). L'avenir, « cible mouvante ». Les Etats-Unis, le risque NRBC et la méthode des scénarios. In S. Morand & M. Figuié, *Emergence de maladies infectieuses. Risques et enjeux de société* (p. 63-78). Quae.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figures

Figure 1: Conakry. Dispensaire dans l'enceinte de l'hôpital Ballay, 13 février 1951, Anonyme,	48
Figure 2: Pages de garde du Manuel « Comment éduquer les matrones », Ig.H.Deen et M.V.Deen, 1930, Archives nationales de Guinée, 9 juin 2021, © Barranca	61
Figure 3: L'usine de transformation de quinine de Sérédou, aujourd'hui désaffectée. 26 avril 2021 © Barranca.....	70
Figure 4 : Ancien panneau de sensibilisation sur la MVE affiché à l'entrée de l'hôpital préfectoral de Macenta. Les symboles, bien qu'ils restent visibles ont été rayés, 9 mars 2020, Macenta, © Barranca	97
Figure 5: Carte des communes couvertes par la politique nationale de santé communautaire et répartition des partenaires, Mai 2022	102
Figure 6: L'institutionnalisation progressive de la santé communautaire en Guinée	106
Figure 7 : Chronologie de la mise en place de la Surveillance à base communautaire (SBC) en Guinée	114
Figure 8: Pancarte d'un projet d'appui à la surveillance mené après l'épidémie d'Ebola, avec le soutien de l'USAID et d'IMC. Enceinte de la Direction préfectorale de la santé de Macenta, 12 mars 2020, © Barranca.....	115
Figure 9 : Carte de la préfecture de Macenta et des lieux d'enquête.....	117
Figure 10 : Piste menant au village (gauche) et pressoir dans lequel les noix de palme sont broyées afin de récolter leur huile (droite), Palia, 18 mars 2020, © Barranca	118
Figure 11 : Extraits de la boîte à images de Siba pour les sensibilisations, Palia, 20 mars 2020, © Barranca	120
Figure 12 : Siba devant l'entrée de son bureau (gauche), et pièce centrale (droite), Palia, 17 mars 2020,	126
Figure 13 : Réserve adjacente au bureau de Siba (gauche), et carton de médicaments périmés (droite), Palia, 17 mars 2020, © Barranca.....	126
Figure 14 : Affiche valorisant le rôle du centre de santé et des RECO dans l'enregistrement des nouveaux-nés à l'Etat-civil, Centre de santé de Sengbedou, 10 mars 2020, ©Barranca	129
Figure 15 : Centre d'encadrement communautaire (CEC) de Sengbedou-centre, 10 mars 2020, © Barranca.....	130
Figure 16 : Capture d'écran du site internet de l'ONG Terre des Hommes, 14 janvier 2022.	135
Figure 17 : Rue extérieure (gauche) et devanture du centre de santé de Bowa, Macenta, 25 mars 2020,	137
Figure 18 : Carte sanitaire du centre de santé de Bowa (représenté par le rectangle vert) affichée dans la salle de réunion du centre, 25 mars 2020, © Barranca	138
Figure 19 : Affiche employée par Kankou pour les sensibilisations sur le Covid-19, 1 mai 2021, Macenta,	142
Figure 20 : Etat extérieur du premier bâtiment (gauche) et table d'accouchement (droite), Centre de santé de Bowa, 25 mars 2020, Barranca	147
Figure 21 : Devanture de la « maternité villageoise » (gauche) et table d'accouchement (droite), Poste de santé de Sangolomai, 18 mars 2020, © Barranca.....	147
Figure 22 : Devanture du deuxième bâtiment (gauche) et salle de soins (droite), Poste de santé de Sangolomai, 18 mars 2020, © Barranca	148

Figure 23 : Apports des agents communautaires dans la surveillance pour les semaines 21 et 23 de l'année 2019, issus des présentations épidémiologiques hebdomadaires de l'ANSS (en date des 30 mai 2019 et 13 juin 2019)	155
Figure 24 : Registres des notifications de maladies et évènements sous surveillance par les postes de santé durant la dernière semaine de 2019 et les trois premières semaines de 2020,	158
Figure 25 : Les formations et expériences du RECO de Palia sur la surveillance des maladies	162
Figure 26 : Définitions communautaires des maladies et évènements sous surveillance révisées en 2018, DPS de Macenta, 25 mars 2020, © Barranca	163
Figure 27 : Les difficultés rencontrées par le RECO de Palia lors d'une tentative de notification et leurs niveaux d'intervention	167
Figure 28 : Bouteille de solution javellisée pendue à la « portière » d'un tricycle (gauche) et lot de masques artisanaux (droite), 3 et 8 avril 2020, Conakry, © Barranca	170
Figure 29 : Carte des localités concernées par l'épidémie d'Ebola de 2021, « 2021 Guinea, N'Zérékoré Prefecture » © CDC.....	174
Figure 30 : Fresque à l'entrée du centre de santé de Bowa invitant au respect des mesures d'hygiène (« Pour ma santé j'accepte de me laver les mains »), 25 mars 2020, Macenta, © Barranca	178
Figure 31 : Affiche de sensibilisation réalisée par Kankou au tout début de l'épidémie de Covid-19, 2 mai 2021, Macenta, © Barranca	182
Figure 32 : Capture d'écran d'une publication représentant un agent communautaire sur la page Facebook de l'ANSS, 13 avril 2021	185
Figure 33 : Répartition des rôles relatifs à la réalisation de la SBC entre l'ANSS et la DNSCMT	189
Figure 34 : Les difficultés pouvant contrevenir à l'exercice de la SBC	195
Figure 35 : RECO en séance de sensibilisation sur Ebola, 10 avril 2021, Gouécké, © Moriba Maomy.	201
Figure 36 : Affiche de sensibilisation sur Ebola, 12 avril 2021, Gouécké, © Barranca	202
Figure 37 : Point de contrôle sanitaire à l'entrée de Gouécké, Guinée7, « Ebola en Guinée : L'épicentre isolé par les autorités », 17 fév. 2021, © Guinée7	204
Figure 38 : Eléments relatifs à la précarité administrative et financière des acteurs communautaires de la riposte	210
Figure 39 : Publications de l'ANSS et d'UNICEF Guinée sur Twitter (16 et 23 février 2021) qui démontrent l'importance des ressources allouées à la riposte.....	211
Figure 40 : Photographie de sensibilisation réalisée par Kankou lors de la première épidémie d'Ebola, dans laquelle il se représente lui-même en train de se laver les mains, 2 mai 2021, Macenta, ©Barranca	222
Figure 41 : Capture d'écran du Bulletin des activités des partenaires de la riposte à la maladie à virus Ebola en Guinée (Coordination des partenaires de la riposte, 2021 : 22)	225
Figure 42 : Mise en scène de la procédure des Enterrements dignes et sécurisés lors d'une séance de sensibilisation des leaders communautaires, 6 avril 2021, Maison des jeunes de Gouécké, ©Barranca	228
Figure 43 : Défis mentionnés par l'OIM dans le Bulletin d'activités des partenaires de la riposte à la maladie à virus Ebola en Guinée (Coordination des partenaires de la riposte, 2021 : 15)	234
Figure 44 : Ansoumane prenant la température d'une femme cas contact à l'aide d'un Thermoflash, 24 février 2021, Conakry, © Barranca	246
Figure 45 : Exemple de fiche servant au suivi des cas contacts, 19 avril 2021, N'Zérékoré, © Barranca	255
Figure 46 : Localisation de l'Ecole de soins de santé communautaire et de la Direction régionale de la santé à N'Zérékoré (capture d'écran © Google Earth)	257

Figure 47 : Capture d'écran d'une publication de l'ANSS sur Facebook à propos des sensibilisations sur les lieux de dépistage, 6 août 2020.....	288
Figure 48 : Plaquette d'informations élaborée par les équipes d'ARIACOV-COVEPIGUI à destination des participants (version de novembre 2020).....	307

Encadrés

Encadré 1 : Récit de la survenue d'une épidémie de nature inconnue à la frontière Guinéo-ivoirienne en 1915	55
Encadré 2 : Extraits choisis du journal de terrain pour illustrer l'ambivalence des discours au début de l'épidémie de Covid-19 (mars-avril 2020).....	169
Encadré 3 : Exemple de l'utilisation de la Politique de santé communautaire comme argument politique lors d'une réunion à Sangolomai (18 mars 2020).....	191

Tableaux

Tableau 1 : Récapitulatif des enquêtes menées, des méthodes employées et des sites d'étude	31
Tableau 2: Compétences des ASC et RECO, d'après le Guide de mise en œuvre de la santé communautaire, 2019 (p.18-19).	104
Tableau 3: Nombre et pourcentage de communes couvertes par la Politique nationale de santé communautaire, Mai 2022	105
Tableau 4 : Evolution des indicateurs des centres de santé de sept Communes de convergence entre les premiers semestres 2018 et 2019, d'après le « Rapport de supervision effectuée dans 25 Communes de convergence », (PNACC et DNSCMT, 2019 : 19-23)	144
Tableau 5 : Comparaison des définitions de cas proposées par Siba aux définitions de cas officielles de la DPS pour certaines MPE.....	164
Tableau 6 : Le nombre et la nature des maladies et évènements sous surveillance selon les différents documents consultés	190
Tableau 7 : Les primes mensuelles perçues par les différents types d'acteurs communautaires.....	205
Tableau 8 : Profils des agents de suivi des cas contacts de MVE rencontrés à Conakry, Gouécké et N'Zérékoré	243
Tableau 9 : Récapitulatif des positions et arguments des interlocuteurs à propos de l'annonce de leur statut sérologique aux personnes faussement infectées par la MVE	298
Tableau 10 : Récapitulatif des positions et arguments des interlocuteurs à propos de l'annonce de leur statut sérologique aux personnes faussement indemnes de la MVE.....	302

GLOSSAIRE

Agent communautaire : Il y a en Guinée divers types d'agents communautaires, selon qu'ils ont un statut officiel aux yeux de l'Etat (c'est le cas des Relais communautaires, RECO) ou non. Lorsque ces agents occupent des fonctions non reconnues par l'Etat, ils peuvent être désignés comme « Agent communautaire (AC) », ou encore comme « RECO » ou « Mobilisateurs sociaux » (MoSo). Lorsque le terme « agent communautaire » est écrit en toutes lettres il fait référence à cette catégorie d'acteurs (toutes spécificités confondues), mais aux seuls « AC » lorsqu'il est écrit en abrégé.

Cas contact : Personne ayant été en contact avec un cas confirmé, suspect ou probable d'une pathologie contagieuse selon des modalités qui varient d'une maladie à l'autre. Nous parlons dans ce travail de « cas contact de MVE » ou de « cas contact de Covid-19 » en référence aux expressions couramment employées, et par volonté de simplification (la formulation correcte devrait néanmoins être « cas contact de cas confirmé porteur de la MVE »).

Covid-19 : Maladie infectieuse causée par le virus SARS-Cov-2. Nous l'emploierons en tant que nom masculin conformément à l'usage courant, et à la définition du Larousse (qui précise que la forme masculine comme féminine est acceptée).

Ebola : Virus causant la maladie dite à virus Ebola (MVE). Nous ferons référence ici aux épidémies d'Ebola ou de MVE, conformément là aussi au langage courant.

Forestier/Forestière : La région dite « forestière » de la Guinée est la région administrative de N'Zérékoré, située au Sud-Est du pays. Les populations de cette région sont couramment désignées comme « forestiers ».

Pandémie : Pour l'OMS, il s'agit d'une « épidémie qui survient dans le monde entier, ou sur une très vaste étendue, traversant des frontières internationales et affectant généralement un grand nombre de personnes » (OMS, 2019a : vii).

Pays du Sud : Se dit des pays de l'hémisphère Sud, région qui comptabilise la plupart des pays dits à « revenus limités ou intermédiaires », ou encore « aux ressources limitées ». Cette catégorie est parfois critiquée, puisqu'elle englobe des pays aux situations très diversifiées.

Riposte : Le terme de riposte désigne le dispositif de lutte déployé pour lutter contre les épidémies (qui regroupe un ensemble d'acteurs mettant en place des interventions au moyen de ressources matérielles et financières). Ce terme est parfois employé avec une majuscule (Somparé, 2020), mais nous l'emploierons ici avec une minuscule. Son usage est parfois décrié en raison de son origine militaire, mais il s'agit d'un terme encore très employé dans le milieu institutionnel en Guinée. Nous parlerons également de « réponse » aux épidémies.

Certains concepts et expressions (telle que « communauté ») sont également définis dans le premier chapitre (dans la section « Quelques notions clés »).

