



**La gestion résiliente des crises sanitaires dans les États  
fragiles : étude de la crise d’Ebola en Guinée**

**Thèse**

**Stéphanie Maltais**

**Doctorat en développement international**

Philosophiae doctor (Ph.D.)

École de développement international et mondialisation

**La gestion résiliente des crises sanitaires dans les États  
fragiles : étude de la crise d’Ebola en Guinée**

**Thèse**

**Stéphanie Maltais**

**Sous la direction de :**

**Sanni Yaya, PhD, directeur de recherche**

**Sophie Brière, PhD, codirectrice de recherche**

## **Résumé**

Les crises sanitaires touchent tous les pays du monde, mais l'impact est plus grand sur les États fragiles (Flahault, 2009) en raison de l'inefficacité des institutions, d'un manque de résilience ou encore des économies précaires (OCDE, 2016). Le cas d'Ebola en Guinée, est un exemple des lacunes dans les préalables de la résilience ayant mené à des difficultés dans la gestion de la crise (Boozary et al., 2014 ; Kekulé, 2015; Kruk et al., 2015). Depuis que la crise est terminée, des acteurs du terrain ont affirmé qu'il importe qu'un État fragile, comme la Guinée, puisse renforcer la gestion des crises et clarifier le rôle de tous les acteurs et partenaires impliqués afin de mieux coordonner la réponse (Diakitè, 2016). La recherche qualitative s'appuie sur un cas empirique pour proposer un modèle de gestion résiliente des crises sanitaires pour les États fragiles. L'étude de cas cible les acteurs internationaux, nationaux et locaux, ayant participé à la gestion d'Ebola en Guinée, et analyse leurs méthodes d'intervention par rapport aux variables de la résilience sanitaire (conscience, diversité, auto-régulation, intégration et adaptabilité) proposées par Kruk et al. (2015). L'analyse triangulée des données a été réalisée grâce à 41 entretiens semi-dirigés réalisés, 36 événements observés, et une analyse documentaire approfondie. Depuis l'épidémie d'Ebola en Guinée, les acteurs sont conscients des insuffisances et des besoins à combler en vue d'avoir un système résilient. Avant l'épidémie, il y avait des faiblesses dans toutes les dimensions de la gestion des crises en Guinée. Depuis, l'État a mis en place divers mécanismes de renforcement du système de santé et du système de gestion des crises. Étant donné les déficiences en termes de résilience avant Ebola, il faut s'attendre à ce que la Guinée prenne encore beaucoup de temps avant de mettre en place un système résilient. Elle est encore trop dépendante des partenaires techniques et financiers. Par contre, il est possible de dire qu'elle dispose désormais de certains mécanismes, qu'on peut lier aux variables de la résilience sanitaire, qui permettraient de mieux organiser la réponse face aux crises. Grâce à l'étude empirique de la façon dont la Guinée a géré Ebola entre 2014 et 2016, nous avons développé un modèle théorique de gestion résiliente des crises sanitaires adapté aux États fragiles qui prend en compte la complexité inhérente aux contextes.

## **Abstract**

Health crises affect all countries around the world, but the impact is greater on fragile states (Flahault, 2009) due to inefficient institutions, lack of resilience or precarious economies (OCDE, 2016). The case of Ebola in Guinea is an example of the gaps in the precursors of resilience that have led to difficulties in the management of the crisis (Boozary et al., 2014, Kekulé 2015, Kruk et al., 2015). Since the crisis ended, some actors on the field have said that it is important for a fragile state, such as Guinea, to strengthen the crisis management and thereby clarify the role of all the stakeholders involved to better coordinate the response (Diakité, 2016). This qualitative research starts from an empirical case to propose a model of resilient management of health crises in fragile states. The unique case study targets international, national and local actors involved in the management of Ebola in Guinea, and analyzes their intervention methods regarding the health resilience variables (awareness, diversity, self-regulating, integration, and adaptation) proposed by Kruk et al. (2015). The triangulated analysis of the data was carried out through 41 interviews, 36 non-participants observed events, and a documentary analysis. Since the Ebola outbreak in Guinea, actors are aware of the gaps and the needs to be filled in order to have a resilient system. Before Ebola, there were weaknesses in all dimensions of crisis management in Guinea. Since then, the state has put in place various mechanisms to strengthen the health system and the crisis management system. Given the shortcomings in resilience before Ebola, it is to be expected that Guinea will still take a long time to put in place a resilient system. It is still too dependent on the technical and financial partners. On the other hand, it is possible to say that it now has certain mechanisms that can be linked to the health resilience variables, which would make it possible to better organize the response to crises. Through the empirical case study of how Guinea has managed Ebola between 2014 and 2016, we developed a theoretical model of resilient management of health crises adapted to fragile states that considers the complexity of contexts.

## **Table des matières**

Résumé .....	iii
Abstract .....	iv
Liste des tableaux .....	ix
Liste des figures .....	x
Liste des abréviations et acronymes .....	xi
Remerciements.....	xiii
Introduction .....	1
Chapitre 1 : Cadre théorique de la recherche .....	7
1.1 Des États fragiles aux prises avec des problèmes de gestion et de coordination lors des crises sanitaires.....	8
1.1.1 La bonne gouvernance des crises humanitaires et sanitaires .....	9
1.1.1.1 Gestion adaptative.....	9
1.1.1.2 Cadres juridiques et institutionnels adéquats.....	11
1.1.1.3 Apprendre de l'expérience.....	13
1.1.2 Coordination de la réponse aux crises sanitaires.....	13
1.1.2.1 Coordination entre les politiques globales et nationales .....	14
1.1.2.2 Coordination entre les organisations impliquées.....	17
1.1.3 Rôles et responsabilités des acteurs de la gestion des crises sanitaires.....	19
1.1.4 Appropriation nationale de la gestion des crises et <i>leadership</i> .....	25
1.1.5 Faiblesse de la documentation et des pratiques de gestion des crises sanitaires en Guinée.....	28
1.2 Des États fragiles aux prises avec des déficits de résilience face aux crises sanitaires ....	29
1.2.1 Fragilité de certains États, dont la Guinée .....	30
1.2.2 Préparation face aux crises sanitaires comme Ebola .....	34
1.2.2.1 Prévoir l'imprévisible.....	34
1.2.2.2 Renforcer la résilience.....	35
1.2.3 Contextualiser la réponse aux crises face à la complexité du système sanitaire .....	40
1.2.3.1 La complexité au cœur de la santé .....	40
1.2.3.2 Une recette magique pour gérer la complexité? .....	42
1.2.4 Exemple empirique d'Ebola en Guinée .....	44
1.2.4.1 Système de santé guinéen.....	45
1.2.4.2 Les ravages d'Ebola en Guinée .....	48

<b>1.2.5 Insuffisances théoriques sur la résilience sanitaire dans des contextes fragiles et importance de documenter l'expérience guinéenne .....</b>	<b>50</b>
<b>Chapitre 2 : Modèles de gestion résiliente des crises et objectifs de recherche .....</b>	<b>53</b>
<b>2.1 Gouvernance collaborative et résilience inter-organisationnelle .....</b>	<b>53</b>
<b>2.2 Gestion adaptative dans les systèmes complexes .....</b>	<b>55</b>
<b>2.3 Résilience organisationnelle et structurelle .....</b>	<b>56</b>
<b>2.4 L'apogée de la résilience .....</b>	<b>58</b>
<b>2.5 Résilience sanitaire dans les États fragiles .....</b>	<b>58</b>
<b>2.6 Objectifs et question de recherche .....</b>	<b>61</b>
<b>2.7 Insuffisances théoriques quant aux modèles de résilience sanitaire dans des contextes fragiles.....</b>	<b>62</b>
<b>Chapitre 3 : Méthodologie de la recherche .....</b>	<b>63</b>
<b>3.1 Étude descriptive qualitative .....</b>	<b>63</b>
<b>3.2 Théorie ancrée .....</b>	<b>64</b>
<b>3.3 Étude de cas unique.....</b>	<b>65</b>
<b>3.4 Méthodes de collecte de données .....</b>	<b>66</b>
<b>3.4.1 Entretiens semi-dirigés.....</b>	<b>67</b>
<b>3.4.2 Observation directe non participante.....</b>	<b>72</b>
<b>3.4.3 Analyse documentaire .....</b>	<b>77</b>
<b>3.5 Modes de compilation et d'analyse des données .....</b>	<b>79</b>
<b>3.5.1 Traitement des données et analyse ancrée .....</b>	<b>79</b>
<b>3.5.2 Triangulation des données .....</b>	<b>80</b>
<b>3.6 Quelques limites méthodologiques de la recherche .....</b>	<b>80</b>
<b>3.7 Considérations éthiques .....</b>	<b>81</b>
<b>3.8 Au-delà des limites méthodologiques.....</b>	<b>81</b>
<b>Chapitre 4 : Présentation des résultats.....</b>	<b>83</b>
<b>4.1 La matrice d'analyse des données : le pointage accordé à chacune des caractéristiques de la résilience sanitaire .....</b>	<b>83</b>
<b>4.2 L'importance des caractéristiques de la résilience sanitaires issues de l'analyse triangulée des données .....</b>	<b>88</b>
<b>4.3 Déclinaison des résultats par caractéristique de la résilience.....</b>	<b>91</b>
<b>4.3.1 Conscience : connaître le contexte et le système de réponse aux crises .....</b>	<b>92</b>
<b>4.3.2 Diversité : habileté à affronter une pléthore de défis sanitaires.....</b>	<b>96</b>
<b>4.3.3 Auto-régulation : stabiliser le système sanitaire .....</b>	<b>111</b>

4.3.4 Intégration : travailler avec une multitude d'acteurs provenant d'horizons variés .....	118
4.3.5 Adaptabilité : apprendre de l'expérience et transiter vers la résilience .....	142
4.3.6 Résilience sanitaire : réagir promptement aux crises .....	148
4.3.7 Rôles et responsabilités des acteurs en gestion des crises sanitaires en Guinée..	163
4.4 Synthèse des résultats.....	168
4.4.1 Définition des rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans la gestion des crises sanitaires .....	168
4.4.2 Méthodes d'intervention lors des crises sanitaires, basées sur le concept de résilience .....	170
<b>Chapitre 5 : Bâtir la résilience sur les vestiges de la période d'Ebola : acteurs et méthodes d'intervention.....</b>	<b>174</b>
5.1 Fragilité du système de santé et répercussions sur la réponse à l'épidémie.....	175
5.1.1 (Mé)connaissance des forces et faiblesses du système .....	176
5.1.2 Minces ressources financières.....	179
5.1.3 Ressources matérielles et techniques de base pour offrir des services de qualité.....	182
5.1.4 Faible quantité et qualité des ressources humaines.....	185
5.2 Fragilité du système de réponse aux crises sanitaires : d'un paradigme classique à un modèle plus réactif.....	191
5.2.1 Développement de procédures écrites en amont des crises.....	192
5.2.2 Adapter les procédures et interventions au contexte.....	194
5.3 Fragilité dans la coordination des acteurs lors des crises en santé .....	202
5.3.1 Types d'acteurs impliqués lors des crises sanitaires dans les États fragiles.....	203
5.3.2 Définir les rôles et responsabilités d'une multitude d'acteurs.....	205
5.3.3 Respecter ses rôles et responsabilités au risque d'être évincé .....	208
5.3.4 Cartographier les acteurs et créer un regroupement sectoriel de la santé.....	210
5.3.5 Structure de gestion opérationnelle et apolitique requise.....	215
5.3.6 Sous-estimation et sous-utilisation de la Croix-Rouge nationale .....	217
5.3.7 Guerre de drapeaux : un frein à la gestion des crises sanitaires .....	219
5.4 Proposition d'un modèle tridimensionnel de la gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles : au-delà d'une panacée.....	221
<b>Conclusion et implication pour la recherche .....</b>	<b>231</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>239</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>256</b>
Annexe 1 : Hiérarchie de la gestion des risques et interventions lors des crises.....	257

<b>Annexe 2 : Système de santé pyramidal en Guinée .....</b>	<b>258</b>
<b>Annexe 3 : Structure générale du ministère de la Santé guinéen.....</b>	<b>259</b>
<b>Annexe 4 : Nombre de cas rapportés d’Ebola dans les trois principaux pays affectés ...</b>	<b>260</b>
<b>Annexe 5 : Nombre de décès et de cas suspects et confirmés d’Ebola par pays .....</b>	<b>261</b>
<b>Annexe 6 : Graphique cumulatif des cas rapportés et des décès liés à Ebola en Guinée</b>	<b>262</b>
<b>Annexe 7 : Ensemble des décès d’Ebola par district sanitaire en Guinée.....</b>	<b>263</b>
<b>Annexe 8 : Nombre de cas d’Ebola par préfecture et par commune en Guinée.....</b>	<b>264</b>
<b>Annexe 9 : Modèle de résilience de Kapucu et Sadiq (2016) .....</b>	<b>265</b>
<b>Annexe 10 : Modèle de Bujones, Jaskiewicz, Linakis et McGirr, 2013 .....</b>	<b>266</b>
<b>Annexe 11 : Réseau de concepts sur l’approche résiliente face aux crises sanitaires.....</b>	<b>267</b>
<b>Annexe 12 : Démarche de la recherche .....</b>	<b>268</b>
<b>Annexe 13 : Grille d’entretiens semi-dirigés.....</b>	<b>269</b>
<b>Annexe 14 : Grille d’observation non participante .....</b>	<b>272</b>
<b>Annexe 15 : Liste des codes et des catégories.....</b>	<b>275</b>
<b>Annexe 16 : Certificat d’approbation éthique de l’Université d’Ottawa .....</b>	<b>276</b>
<b>Annexe 17 : Tableau des résultats sur les procédures écrites de gestion des crises sanitaires en Guinée .....</b>	<b>278</b>
<b>Annexe 18 : Tableau des résultats sur les ressources matérielles, techniques, technologiques et/ou logistiques en Guinée .....</b>	<b>281</b>
<b>Annexe 19 : Organigramme de la Cellule nationale de coordination et de lutte contre Ebola.....</b>	<b>284</b>
<b>Annexe 20 : Organigramme de l’ANSS.....</b>	<b>289</b>
<b>Annexe 21 : Horaire des réunions organisées pendant l’épidémie d’Ebola en Guinée... </b>	<b>290</b>
<b>Annexe 22 : Tableau des rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans la lutte contre Ebola en Guinée.....</b>	<b>291</b>

## Liste des tableaux

Tableau 1: Modèle de la résilience sanitaire adapté de Kruk et al. (2015); Ling et al. (2017).....	59
Tableau 2: Tableau des entretiens réalisés dans le cadre de la thèse.....	69
Tableau 3: Ensemble des rencontres formelles observées.....	74
Tableau 4: Ensemble des documents obtenus lors des recherches terrain.....	78
Tableau 5: Matrice d'analyse de données – Pointage accordé à la triangulation des données.....	87
Tableau 6: Somme des pointages associés à chacune des caractéristiques de la résilience sanitaire.....	89
Tableau 7: Avis sur la qualité des relations et de la coordination entre les parties prenantes pendant et après l'épidémie d'Ebola (2014-2016) en Guinée, selon le niveau d'appartenance institutionnelle des personnes interrogées.....	127
Tableau 8: Arguments utilisés pour décrire la qualité moyenne ou difficile des relations entre les partenaires pendant l'épidémie d'Ebola (2014-2016) en Guinée, selon le niveau d'appartenance institutionnelle des personnes interrogées.....	135
Tableau 9: Améliorations notées depuis l'épidémie d'Ebola (2014-2016) et en quoi le pays est mieux préparé à faire face à une autre potentielle épidémie d'envergure, selon le niveau d'appartenance institutionnelle des personnes interrogées.....	143
Tableau 10: Avis des répondant.e.s concernant la possibilité de gérer une autre crise sanitaire d'envergure de façon autonome, c'est-à-dire sans les partenaires techniques et financiers internationaux.....	151
Tableau 11: Compilation des rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans la gestion des crises sanitaires en Guinée.....	165
Tableau 12: Analyse contextuelle élaborée.....	223
Tableau 13: Analyse factorielle intra-organisationnelle élaborée.....	224
Tableau 14: Analyse factorielle inter-organisationnelle élaborée.....	225
Tableau 15: Analyse de la résilience élaborée.....	226
Tableau 16: Analyse de la résilience sanitaire en Guinée avant et après Ebola.....	227
Tableau 17: Structure générale du Ministère de la Santé (Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Direction nationale de la Santé publique, & Division prévention et lutte contre la maladie, 2011, p.20).....	259
Tableau 18: Pays ayant connu un risque élevé de transmission (Centers for Disease Control and Prevention, 2016).....	261
Tableau 19: Nombre de cas d'Ebola par préfecture et par commune et nombre de décès en Guinée, entre le 1er janvier 2014 et le 29 mars 2015 (Rico et al., 2016).....	264
Tableau 20: Grille d'observation non participante.....	272
Tableau 21: Existait-il des procédures (plans, guides, protocoles...) sur la gestion des crises sanitaires en Guinée avant l'épidémie d'Ebola (2014-2016), selon le niveau d'appartenance institutionnelle des personnes interrogées.....	278
Tableau 22: Présence de ressources matérielles, techniques, technologiques et/ou logistiques en Guinée avant l'épidémie d'Ebola (2014-2016), selon le niveau d'appartenance institutionnelle des personnes interrogées.....	281
Tableau 23: Compilation des rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans la lutte contre Ebola en Guinée et dans le renforcement du système de réponse aux crises sanitaires post-Ebola.....	291

## **Liste des figures**

Figure 1: Cartographie des rôles et responsabilités des acteurs de la gestion des crises sanitaires	20
Figure 2: Modèle d'analyse de la résilience (Bujones et al, 2013) .....	58
Figure 3: Composantes du modèle utilisé pour la recherche (adapté de Kruk et al., 2015; Ling et al., 2017).....	61
Figure 4: Budget général de la santé en République de Guinée pour la période de 2010 à 2016, en milliards de francs guinéens, sans le financement extérieur .....	100
Figure 5: Proportion du secteur de la santé dans le budget général de la République de Guinée, entre 2010 et 2016, sans le financement extérieur.....	101
Figure 6: Cartographie adaptée des rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans la gestion des crises sanitaires selon les résultats obtenus .....	169
Figure 7: Méthodes d'intervention basées sur l'importance des caractéristiques de la résilience	172
Figure 8: Modèle tridimensionnel de gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles (adapté de Bujones, Jaskiewicz, Linakis, & McGirr, 2013; Comfort, 2002, 2016; Kapucu, 2005; Kapucu & Sadiq, 2016; Kruk, Myers, Varpilah, & Dahn, 2015; La Porte, 2006; Manyena & Gordon, 2015; Therrien, 2010; Therrien et al., 2017) .....	222
Figure 9: Hiérarchie de la gestion des risques et interventions lors des crises (Serre et al., 2013, p.50).....	257
Figure 10: Différents niveaux de la pyramide sanitaire en Guinée (Yattara, 2017).....	258
Figure 11: Système pyramidal des laboratoires en Guinée (Koivogui, 2017).....	258
Figure 12: Total des cas rapportés dans les trois principaux pays touchés par Ebola (Centers for Disease Control and Prevention, 2016) .....	260
Figure 13: Graphique cumulatif des cas rapportés et des décès liés à l'Ebola en Guinée (Centers for Disease Control and Prevention, 2016) .....	262
Figure 14: Ensemble des décès d'Ebola par district sanitaire entre 2014 et 2016 (Keita, 2017b) .....	263
Figure 15: Modèle de résilience de Kapucu & Sadiq (2016) .....	265
Figure 16: Analyse factorielle (Bujones, Jaskiewicz, Linakis, & McGirr, 2013) .....	266
Figure 17: Réseau de concepts d'une approche résiliente face aux crises sanitaires .....	267
Figure 18: Démarche de la recherche (adapté de Aubin-Auger, Mercier, Baumann, Lehr-Drylewicz, & Imbert, 2008) .....	268
Figure 19: Organigramme de la Cellule nationale de coordination et de lutte contre Ebola (Source: ANSS).....	284
Figure 20: Organigramme de l'ANSS (Source: ANSS, 2017).....	289
Figure 21: Horaire des réunions organisées pendant l'épidémie d'Ebola en Guinée .....	290

## **Liste des abréviations et acronymes**

<b>ALIMA</b>	The Alliance for International Medical Action
<b>ANSS</b>	Agence Nationale de Sécurité Sanitaire
<b>CCSS</b>	Comité de Coordination du Secteur de la Santé
<b>CDC</b>	Centers for Disease Control and Prevention
<b>CICR</b>	Comité International de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
<b>CIDR</b>	Centre International de Développement et de Recherche
<b>COU</b>	Centre d'Opération d'Urgence
<b>CRG</b>	Croix-Rouge Guinéenne
<b>CRS</b>	Catholic Relief Service
<b>CTE</b>	Centre de Traitement d'Ebola
<b>CTEPI</b>	Centre de Traitement des maladies à potentiel épidémique
<b>CVV</b>	Comité de Veille Villageois
<b>DPS</b>	Direction Préfectorale de la Santé
<b>DRS</b>	Direction Régionale de la Santé
<b>DSVCo</b>	Direction de la Santé de la Ville de Conakry
<b>EPARE</b>	Équipes Préfectorales polyvalentes d'Alerte et de Riposte aux Épidémies
<b>ERARE</b>	Équipe Régionales polyvalentes d'Alerte et de Riposte aux Épidémies
<b>FAO</b>	Food and Agriculture Organization of the United Nations
<b>FETP</b>	Formation en épidémiologie de terrain
<b>FICR</b>	Fédération internationale de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge
<b>GAVI</b>	Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation
<b>HCR</b>	Haut-Commissariat pour les réfugiés
<b>HKI</b>	Hellen Keller International
<b>IMC</b>	International Medical Corps
<b>INSP</b>	Institut National de Santé Publique
<b>MSF</b>	Médecins Sans Frontières

<b>OCDE</b>	Organisation de Coopération de Développement Économique
<b>OCHA</b>	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
<b>OIM</b>	Organisation Internationale pour les Migrations
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONUSIDA</b>	Programme des Nations unies sur le VIH/SIDA
<b>PAM</b>	Programme Alimentaire Mondial
<b>PCI</b>	Prévention et Contrôle des Infections
<b>PEV</b>	Programme Élargi de Vaccination
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>REDISSE</b>	Projet Régional d'Amélioration des Systèmes de Surveillance des Maladies en Afrique de l'Ouest
<b>RDC</b>	République Démocratique du Congo
<b>RSI</b>	Règlement Sanitaire International
<b>RTI</b>	International: Research Triangle Institute
<b>SARS</b>	Severe Acute Respiratory Syndrome
<b>SA-CEINT</b>	Surveillance Active en Ceinture
<b>SBC</b>	Surveillance à Base Communautaire
<b>SENAH</b>	Service National d'Action Humanitaire
<b>SITREP</b>	Situation Report
<b>SMIR</b>	Surveillance intégrée des maladies et riposte
<b>S/O</b>	Sans Objet
<b>UMSGF</b>	Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière
<b>UNFPA</b>	United Nations Population Fund
<b>UNHAS</b>	United Nations Humanitarian Air Service
<b>UNICEF</b>	United Nations International Children's Fund
<b>UNMEER</b>	United Nations Mission for Ebola Emergency Response
<b>USAID</b>	Agence des États-Unis pour le Développement International

## **Remerciements**

J'aimerais adresser mes remerciements :

- À mon directeur et ma codirectrice de thèse, Sanni Yaya et Sophie Brière, pour leurs judicieux conseils, leur disponibilité et leur appui tout au long de mon processus de recherche que ce soit pour leurs suggestions ou encore leurs critiques constructives.
- Aux membres de mon comité de thèse, Nadia Abu-Zahra, Eric Champagne, Maman Joyce Dogba (évaluatrice externe) et Lauchlan T. Munro pour la lecture de cette thèse et leurs commentaires. Merci à Roland Pongou pour la présidence de ma soutenance de thèse. Merci à Rachel Thibault, membre de mon comité de projet de thèse, pour ses suggestions avant d'entreprendre mes recherches terrain.
- Aux autorités guinéennes, au personnel de l'INSP et de l'ANSS pour leur accueil chaleureux et leur disponibilité lors de mon passage au pays.
- Aux acteurs internationaux, nationaux et locaux qui ont accepté de me rencontrer pour discuter des éléments relatifs à ma recherche, et de me laisser les observer dans leur travail.
- À Abdourahmane Diallo, Boubacar Diallo, Mohamed L. Doumbouya, Mariame B. Kanté, Lamine Koivogui et Patrick Mavungu pour leur amabilité; et toutes les autres personnes formidables qui ont fourni un appui dans le cadre de mon séjour en Guinée. Une pensée pour Ibra que je suis contente d'avoir croisé sur mon chemin. Repose en paix.
- Au *Centre de recherche pour le développement international* du Canada, et à *Les Offices Jeunesse internationaux du Québec* pour l'octroi de bourses de recherche qui ont permis la cueillette de données en Guinée.
- Au *Comité d'éthique de la recherche* de l'Université d'Ottawa pour avoir approuvé la présente recherche.
- À mes ancien.ne.s professeur.e.s à l'Université d'Ottawa, à l'Université Laval, et à l'Université du Québec à Chicoutimi qui m'ont aidé à bâtir mes connaissances. Un merci spécial à Gilbert Larochelle qui a reconnu, dès le début de mon parcours universitaire, mon potentiel pour les études supérieures.
- À ma collègue Isabelle Auclair de l'Université Laval pour ses conseils méthodologiques et ses encouragements.
- À mon conjoint Slim Rebai pour son support moral dans les moments plus difficiles, mais aussi pour ses manifestations de fierté tout au long de mon cheminement.
- À mon fils Jayden qui m'a donné le dernier coup de pouce (ou coup de pied!) qu'il me fallait pour terminer cette thèse avant son arrivée dans ce monde.

- À ma mère Johanne Maltais pour son appui sans faille dans toutes les sphères de ma vie; à mon père Michel Maltais, qui m'a transmis la rigueur intellectuelle ainsi que la passion pour la lecture et la science; à mes grands-parents Évangéline Richard et Jean Maltais pour leurs encouragements incessants; à ma sœur Audrey-Anne pour sa présence même à distance, et ses idées de titres; à mes frères Jean-Michel et François et leurs familles respectives, pour m'avoir parfois permis de décrocher.
- À mes grandes amies, Justine Guay Langevin et Lisa Houde, qui ont suivi de près ce projet de recherche et m'ont souvent partagé leur reconnaissance pour mon travail.
- À mes collègues d'études doctorales Laura Martinez, Domitille Mellet, Gédéon Djissa et Wilfried Nonguierma sans qui le processus doctoral n'aurait pas été aussi agréable pendant les premières années.

Vous êtes des parties prenantes de ce travail de longue haleine.

Merci à tous et à toutes. Inou wali.

## **Introduction**

On dit de plus en plus souvent « c'est complexe » pour éviter d'expliquer. Ici il faut faire un véritable renversement et montrer que la complexité est un défi que l'esprit doit et peut relever – Edgar Morin (Morin, Ciurana, & Motta, 2003, p.12)

Les besoins humanitaires sont en constante augmentation dans le monde entier en raison, notamment, des changements climatiques, des migrations de population souvent causées par des conflits, et de l'urbanisation rapide (OMS, 2015c). Les crises sanitaires sont particulièrement fréquentes dans certaines régions du monde. L'OMS (2018) reconnaît que les épidémies et les urgences sanitaires ont des effets dévastateurs sur le continent africain, et que cela a été fortement démontré par l'épidémie d'Ebola<sup>1</sup> survenue entre 2014 et 2016 en Afrique de l'Ouest. Ce continent est vulnérable aux flambées épidémiques avec, en moyenne, jusqu'à une quarantaine d'événements à surveiller en simultanée (OMS, 2018). À titre d'exemple, pendant qu'Ebola ravageait l'Afrique de l'Ouest en 2014, il y a eu cinquante-huit événements alarmants pour la santé publique rapportés en Afrique; et 95% de ces alertes, soit 55 sur 58, étaient dues à des maladies infectieuses comme : le choléra (31%), Ebola (13%), la dengue (13%), la méningite (11%), la polio (7 %), la fièvre hémorragique Lassa (5%) et la rougeole (5%) (Baldé et al., 2016). Dans cette sous-région de l'Afrique, trois pays sont particulièrement connus pour les épidémies de choléra chaque trois à cinq ans, et il s'agit de la Guinée, la Sierra Leone et le Libéria (Azman, Legros, Lessler, Luquero, & Moore, 2015). La Guinée est aussi touchée par des maladies endémiques dont la fièvre Lassa (Baldé et al., 2016) et la malaria (Plucinski et al., 2015). Chacune des maladies qui sévit dans cette sous-région se traduit habituellement par un nombre significatif de décès. Notons que la crise d'Ebola a causé quelque 11 310 décès dans les trois principaux pays touchés, dont 2544 en Guinée (CDC, 2016a; Keita, 2017a).

Ceci dit, en matière de crises sanitaires, il y a plusieurs concepts dont il faut tenir compte. Pour Zylberman (2012, p.48), la crise sanitaire comprend « une crise épidémiologique, médicale et aussi, indissociablement, une crise politique et une crise du gouvernement ». Toujours selon le même auteur (2012, p.38), « une épidémie, ce n'est pas

---

<sup>1</sup> Notons que dans le cadre de cette thèse, dans le souci d'alléger le texte, nous parlerons d'Ebola pour faire référence à la maladie à virus Ebola.

seulement les ravages et les souffrances causés par la propagation d'une infection, c'est encore la désorganisation brutale qui s'ensuit, l'abaissement de l'État, le délitement des autorités, des structures sociales et des mentalités ». La nécessité d'intervenir rapidement et efficacement n'est pas à prouver. En dépit des risques de propagation des virus et de la mortalité, les effets des crises sanitaires se font sentir sur d'autres secteurs comme l'économie, la démographie, l'environnement, les institutions, le pouvoir et la politique (Gronke, 2015; Therrien, Normandin, & Denis, 2017). De son côté, Buissonnière (2012) ajoute que différents facteurs viennent s'ajouter dont les impacts socio-économiques et politiques des épidémies, l'insécurité internationale ou les menaces transnationales comme les pandémies et le bioterrorisme.

Par exemple, l'ampleur qu'a pu avoir la crise d'Ebola en Afrique de l'Ouest s'explique non seulement par la fragilité des systèmes de santé, mais aussi par d'autres causes comme la pauvreté des États, les politiques publiques en place, les inégalités au sein des États, la matrice du pouvoir ou encore l'historique des États (Gronke, 2015). La crise dans cette sous-région a atteint des proportions épidémiques en raison d'une série de facteurs, dont la nature du virus qui le rend rapidement transmissible et mortel, l'absence d'un traitement ou d'un vaccin, mais aussi par le fait que le virus a atteint les zones urbaines et s'est répandu à grande vitesse dans les pays les plus pauvres où le personnel et les installations sanitaires étaient insuffisants à la base (Donovan, 2014; Stein, 2015). Les principaux pays touchés par l'épidémie ont subi des conséquences socio-économiques durables liées à cette crise sanitaire (Kekulé, 2015; OCDE, 2016). En fait, les épidémies peuvent déstabiliser non seulement les économies, mais aussi les industries, le commerce et le tourisme des pays qui ne sont pas bien préparés (Flahault, 2009). Pour l'année 2015, la Banque mondiale estime les pertes en termes de PIB à 2,2 milliards de dollars en raison de l'épidémie d'Ebola dans les trois principaux pays affectés (CDC, 2019). En Guinée, l'épidémie d'Ebola a été particulière non seulement en raison de sa propagation, mais aussi de ses impacts socio-économiques, politiques et diplomatiques (Baldé et al., 2016).

De nombreux problèmes de coordination, de *leadership* et de gestion peuvent être notés lors de crises d'envergure. Quelques bonnes pratiques dans la gestion des crises sanitaires sont défendues par différent.e.s auteur.e.s, dont une bonne préparation (Bovis, 2009; Elargoubi et al., 2017; Fortin, Bi, & Soulimane, 2017), la coordination de la réponse

(Chandes & Paché, 2006; Comfort, 2007; Kapucu, 2005, 2006, 2008; La Porte, 2006, 2006; Therrien, 2010; Therrien et al., 2017; Waugh & Streib, 2006), la gouvernance et le *leadership* national fort (Benton et al., 2014; Chan, 2015; Fortin et al., 2017; Kieny, Evans, Schmits, & Kadandale, 2014; Kruk, Freedman, Anglin, & Waldman, 2010; Shoman, Karafillakis, & Rawaf, 2017; WHO, 2007, 2009, 2012; Yamey, 2011). Il convient de dire que ces pratiques peuvent parfois être difficiles à implanter dans certains contextes fragiles et complexes, où des faiblesses sont notées en période de relative « paix », c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas de crises. La complexité, telle que présentée par des auteur.e.s, dont Cambien (2008); Morin (1976, 2005); Pascale (1999); Rickles, Hawe, & Shiell (2007), nécessite de considérer l'ensemble du contexte, autrement dit l'environnement et les perturbations qui y surviennent lors des crises. Les interventions des différents acteurs lors de ces crises doivent donc être fortement adaptées au contexte (Comfort, 2002, 2007; Kapucu & Sadiq, 2016).

Outre l'importance de considérer la complexité lors des crises, le renforcement de la résilience est un concept de plus en plus utilisé et défendu dans les domaines du développement international, de l'action humanitaire et de l'étude des crises. La résilience réfère à la capacité d'une entité à absorber et à se remettre d'un choc (une perturbation), et à demeurer relativement stable et en contrôle dans un environnement turbulent (Adger, 2003; Holling, 1973; Kapucu & Sadiq, 2016; OCHA, 2008; Therrien, 2010). Pour Almedom (2008), la résilience est une construction multidimensionnelle qui signifie, grossièrement, la capacité d'une entité (individu ; famille ; communauté ; système ; institution ; etc.) à anticiper et à répondre à des événements catastrophiques, ou encore l'adversité, tout en préservant des fonctions relativement normales. Les organisations internationales proposent toutes sortes de bonnes pratiques pour gérer les crises sanitaires, mais force est de constater qu'elles ne sont pas nécessairement adaptées aux contextes particuliers des États fragiles. Au-delà du simple fait de rapporter des observations sur le cas exploité, la thèse permettra de renforcer la compréhension de la problématique, de développer les connaissances sur le sujet, spécifiquement pour le contexte guinéen.

L'OMS (2018) fait un lien étroit entre le faible degré de résilience de la région africaine et « les effets fréquents dévastateurs des épidémies et des catastrophes » sur le

territoire. Selon Boozary et al. (2014); Kekulé (2015); Kruk et al. (2015), le cas d’Ebola en Guinée a été un exemple des lacunes dans les préalables de la résilience ayant mené à des difficultés pour bien gérer la complexité de la crise. Non seulement il y avait un manque flagrant de ressources de toutes sortes en amont de l’épidémie, mais nombreux ont été les défis à gérer pendant cette période. Depuis la fin de la crise en 2016, des acteurs nationaux dont Diakité (2016), ont affirmé l’importance que la Guinée puisse renforcer la gestion des crises sanitaires sur son territoire, mais également de clarifier le rôle de toutes les parties prenantes impliquées dans la gestion des crises en santé. A posteriori de la crise, des avancées peuvent être notées dans les trois principaux pays affectés par l’épidémie d’Ebola entre 2014 et 2016. Pour l’OMS (2018), la Guinée, la Sierra Leone et le Libéria ont connu une hausse de leur degré de résilience qui est désormais légèrement supérieure à la moyenne régionale, probablement due aux enseignements tirés de l’importante épidémie d’Ebola et des investissements financiers conséquents qui ont résulté de la crise.

Dans ce contexte, la présente thèse porte sur la gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles avec une étude de cas sur Ebola en Guinée. Notre recherche a pour but de répondre à la question suivante : quels sont les rôles et responsabilités des acteurs internationaux, nationaux et locaux, et leurs méthodes d’intervention basées sur le concept de résilience, mises de l’avant dans la gestion d’une crise sanitaire au sein d’un État fragile? L’étude veut cibler les principaux acteurs qui ont été impliqués dans la gestion de la crise d’Ebola en Guinée et définir leurs rôles et responsabilités respectifs; analyser les principales méthodes d’interventions d’une crise sanitaire en fonction des variables de la résilience sanitaire; dégager ce qui constitue ou non une gestion résiliente d’une crise; et proposer un modèle de gestion résiliente des crises sanitaires adapté au contexte d’un État fragile.

Le sujet de la recherche, touchant à divers thèmes, dont ceux de la santé et la gestion des crises, demande une approche originale pour mieux comprendre la complexité du phénomène. C’est ainsi qu’une étude descriptive qualitative, à travers une étude de cas empirique, a été priorisée. Notre recherche cible les acteurs internationaux, nationaux et locaux impliqués dans la gestion d’Ebola et dans le relèvement post-crise en Guinée. Les données ont été principalement collectées en Guinée entre mars et août 2017 à travers trois

méthodes de collecte de données dont des entretiens semi-dirigés, de l'observation non participante, ainsi qu'une analyse documentaire approfondie.

La thèse se divise en cinq chapitres traitant respectivement de la problématique de recherche; du cadre théorique; de la méthodologie; des résultats; et, d'une discussion de ces résultats. De façon plus approfondie, le premier chapitre contextualisera l'objet de la recherche en traitant des deux principales composantes du problème abordé, soit les difficultés de gestion et de coordination, et le manque de résilience lors des crises sanitaires dans les États fragiles.

Le deuxième chapitre arborera plus en profondeur le cadre théorique de la recherche et présentera quelques modèles de résilience existants, ainsi que les objectifs de la recherche. Parmi ces modèles, nous présenterons les approches de la gouvernance collaborative et de la résilience inter-organisationnelle, la gestion adaptative dans les systèmes complexes, la résilience organisationnelle et structurelle, ainsi que la résilience sanitaire. C'est dans ce chapitre que seront présentées les variables de la recherche et notamment les caractéristiques de la résilience présentées par Kruk et al. (2015), qui serviront de base à notre processus de recherche.

Le troisième chapitre, pour sa part, exposera la démarche méthodologique utilisée. Nous expliquerons l'étude descriptive qualitative, la théorie ancrée ainsi que le choix de l'étude de cas unique. Les trois méthodes de collecte de données seront décrites et justifiées. Nous aborderons également la triangulation des données qui a servi à l'analyse des résultats. Nous exposerons aussi quelques limites méthodologiques de notre recherche et des considérations éthiques.

Dans le quatrième chapitre, ce sera l'occasion de prendre connaissance des résultats de notre processus de recherche. En premier lieu, nous présenterons la matrice d'analyse des données. Ensuite, nous déclinons les résultats par caractéristique de la résilience (conscience, diversité, autorégulation, intégration et adaptabilité). Des citations clés des participants à notre recherche seront utilisées pour venir appuyer les résultats.

Le cinquième chapitre sera séparé en trois sous-sections qui traiteront respectivement de la fragilité du système de santé; de la fragilité du système de réponse

aux crises sanitaires; et de la fragilité de la coordination des acteurs impliqués dans la riposte face aux crises sanitaires selon les résultats obtenus pour chacune des caractéristiques de la résilience. Ce chapitre se terminera avec la proposition d'un modèle intégré de gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles qui pourra servir de base théorique lors d'autres crises sanitaires et dans des contextes différents. Selon notre cas d'étude et nos résultats, nous proposerons quelques recommandations spécifiques pour une gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles. Ces dernières seront intégrées aux divers tableaux explicatifs de notre modèle théorique.

Pour conclure à la suite de notre interprétation des résultats, nous donnerons quelques pistes de recherche éventuelles pour alimenter la littérature scientifique dans ce domaine et reviendrons sur certains aspects démontrant notre contribution à l'avancement des connaissances dans le cadre de cette thèse.

## **Chapitre 1 : Cadre théorique de la recherche**

Cette thèse porte sur la gestion des crises sanitaires dans les États fragiles. Les crises ont un caractère exceptionnel, et sont des situations qui menacent le fonctionnement, les objectifs ou les valeurs d'une organisation qui nécessitent d'adopter de nouvelles pratiques (Adrot & Garreau, 2010). Il n'existe pas de consensus sur la définition d'un État fragile. Par contre, on retrouve des éléments similaires dans les définitions comme le fait qu'il s'agit de pays qui souffrent d'insécurité et d'instabilité politique et sociale (OCDE, 2010) et d'une faiblesse des institutions (OCDE, 2016). Il y a aussi le manque de capacité et de volonté à remplir les fonctions essentielles de l'État comme la sécurité, l'intégrité des frontières non respectée, la difficile fourniture de services publics, les possibilités économiques limitées et la protection des droits fondamentaux qui n'est pas toujours respectée (Arandel, Brinkerhoff, & Bell, 2015). Les États peuvent aussi souffrir d'un manque d'autorité et de légitimité du gouvernement (Newbrander, Waldman, & Shepherd-Banigan, 2011). L'OCDE (2018, p.94) définit la fragilité comme « la conjonction de l'exposition à des risques et à la capacité insuffisante de l'État, d'un système ou d'une communauté à gérer, absorber ou atténuer ces risques ». L'objectif de cette thèse n'est pas de remettre en cause la classification des États fragiles, mais plutôt de discuter de la résilience face aux crises sanitaires de certains États, actuellement considérés comme fragiles dans la littérature.

Le premier chapitre expose la problématique de recherche dans toute sa complexité. La problématique est scindée en deux grandes composantes que sont les difficultés de gestion et le manque de résilience lors des crises sanitaires dans les États fragiles. Le cas d'Ebola en Guinée est utilisé pour fournir des données empiriques sur la question de recherche qui concerne le rôle et les responsabilités des acteurs lors d'une crise sanitaire, ainsi que les variables de la résilience sanitaire. Cette thèse est le résultat d'une série de questionnements personnels, mais surtout théoriques, à la suite des critiques émises sur la gestion de la crise d'Ebola en Afrique de l'Ouest entre 2014 et 2016. Ces critiques sont parues dans les médias, mais aussi dans des publications d'organisations internationales (ONG et Nations unies). Certain.e.s ont accusé la faiblesse des systèmes de santé nationaux ou la méfiance internationale envers les gouvernements touchés pour justifier la mauvaise

gestion de la crise (Diakité, 2016; Elargoubi et al., 2017; Grünewald & Burlat, 2017; OMS, 2015b; Somparé, 2017; Système des Nations unies en Guinée, 2016; etc.) ; tandis que d'autres comme Ade et al. (2016) ont critiqué les lacunes dans la coordination entre les acteurs qui sont intervenus pour justifier les problèmes dans la gestion de l'épidémie. Ces critiques seront énoncées dans les différentes sections.

Dans les sections qui suivent, la problématique sera déclinée d'abord sur le fait que les États fragiles sont aux prises avec des problèmes de gestion et de coordination lors des crises sanitaires. Dans cette dimension, la méconnaissance des rôles et responsabilités des acteurs ou le non-respect de ces derniers seront abordés<sup>2</sup>, en plus des problèmes de coordination entre les politiques globale et nationale, et entre les nombreuses parties prenantes. L'appropriation nationale de la gestion des crises et de l'aide internationale sera aussi remise en doute pour expliquer les déficits dans la gestion des crises. La deuxième grande section de ce chapitre abordera les États fragiles qui sont affectés par des déficits de résilience face aux crises sanitaires. Une attention sera portée à la fragilité des États, mais aussi à celle des systèmes de santé, dans le cas spécifique de la Guinée. À ce sujet, le manque de préparation avant les crises sanitaires, ainsi que les insuffisances dans toutes les composantes de la résilience seront discutés.

## **1.1 Des États fragiles aux prises avec des problèmes de gestion et de coordination lors des crises sanitaires**

Cette section introduit quelques concepts de base sur la gestion et la coordination de la réponse face aux crises sanitaires. Après avoir présenté les principales pratiques existantes à l'échelle internationale, il sera question des problèmes notés dans ces dimensions dans les États fragiles, et spécifiquement lors de la crise d'Ebola en Guinée. Des auteur.e.s ont formulé des textes d'opinion et des commentaires dans des revues scientifiques sur, notamment, la fragilité des systèmes de santé touchés par Ebola (Boozary et al., 2014) et des recommandations politiques pour relever les défis d'Ebola dans un monde interconnecté (Gimm & Nichols, 2015). De leur côté, Dubois, Wake, Sturridge, &

---

<sup>2</sup> Seulement quelques auteur.e.s (Baldé, 2015; Grünewald & Burlat, 2017) ont rapporté les rôles et responsabilités de certains acteurs lors d'Ebola en Guinée.

Bennet (2015) ont préparé un document de travail sur la réponse à Ebola en Afrique de l'Ouest, qui comprend des spécifications sur les systèmes de santé de chacun des trois principaux pays touchés, la vitesse de réaction à la crise, les mécanismes de réponse, les stratégies et la coordination des acteurs, l'engagement communautaire, et les aspects politiques, incluant l'argent et le pouvoir, et sécuritaires (militarisation, sécurité sanitaire et santé humanitaire). Pour leur part, les scientifiques Elargoubi et al. (2017) discutent des causes de l'ampleur et des leçons sur la gestion de l'épidémie en Afrique de l'Ouest. Parmi les causes de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, Elargoubi et al. (2017) rapportent le manque de préparation; le système de santé inadéquat; les attributs de la population affectée, dont le faible indice de développement humain; le délai dans le temps de réponse de la communauté internationale; etc. En se basant sur des écrits scientifiques et professionnels, la problématique de cette sous-section sera séparée en quelques sous-thèmes principaux qui sont : la bonne gouvernance des crises humanitaires et sanitaires ; la coordination de la réponse ; les rôles et responsabilités des acteurs impliqués ; et, l'appropriation nationale de la gestion des crises qui est déficiente et qui s'explique, entre autres, par le manque de *leadership*.

### **1.1.1 La bonne gouvernance des crises humanitaires et sanitaires**

Cette section vise à présenter quelques bonnes pratiques de gouvernance des crises humanitaires et sanitaires défendues dans la littérature, dont la gestion adaptée, la présence de cadres juridiques et institutionnels adéquats, et l'apprentissage de l'expérience.

#### **1.1.1.1 Gestion adaptative**

Les crises humanitaires d'envergure sont gérées collectivement au niveau de trois enceintes : la première est le terrain où se situent les besoins en termes humanitaires ; la deuxième est le système international où les États décident volontairement de respecter les principes humanitaires ; la troisième constitue le système national politique, dans lequel les politiques et pratiques diffèrent d'un État à l'autre (Eberwein, 2005). Du point de vue des crises sanitaires, ces trois mêmes enceintes se retrouvent au cœur de la réponse. Dans le cas d'Ebola en Guinée, les cas suspects et les cas confirmés se trouvaient dans un espace géographique changeant en fonction du déplacement de l'épidémie. La Guinée devait travailler en collaboration avec non seulement les pays frontaliers, mais aussi la

communauté internationale en raison de la Déclaration, par l’OMS, de l’urgence de santé publique à portée internationale (OMS, 2015a). Puis, l’urgence devait d’autant plus se gérer dans un système national politique qui a des façons de faire spécifiques.

La bonne gouvernance d’une crise sanitaire dépend de la capacité de l’État à « créer, développer et gérer des organisations complexes et spécialisées (système de soins et système de santé, agence, comités d’experts), de sa capacité à assurer la permanence de leur fonctionnement et la mobilisation de leurs ressources, enfin de son pouvoir de contrôle de l’usage de la contrainte dans la réponse » (Zylberman, 2012, p.49). En plus de l’importance des ressources financières, l’amélioration des conditions sanitaires dans les pays en développement dépend grandement « de la volonté politique, de stratégies coordonnées, inscrites dans la durée, mobilisant les différents acteurs nationaux et étrangers, publics et privés, aux différents niveaux de la pyramide sanitaire – et non seulement à celui des soins de base » (Mathonnat, 2008, p.943). Selon Gilson & Schneider (2010), l’engagement politique des instances internationales et nationales est un élément clé pour mieux gérer les interventions sanitaires. Afin de prévenir les épidémies, une bonne gouvernance aux échelles nationale et internationale est indispensable dans les approches suggérées à l’échelle internationale. Par contre, Frenk & Moon (2013) affirment qu’il y a une mauvaise compréhension du terme *gouvernance* dans le sens où la bonne gouvernance dépasse les mécanismes formels des gouvernements en ciblant aussi toutes les façons dont les sociétés organisent et gèrent collectivement tout ce qui touche à la santé. Dans le cadre de la présente recherche, la gouvernance sera définie comme « l’ensemble des règles et des processus collectifs formalisés ou non, par lequel les acteurs concernés participent à la décision et à la mise en œuvre des actions publiques » (Lacroix & St-Arnaud, 2012).

Certains éléments sont communs à tous les États dans la gestion de crises sanitaires comme l’évaluation de la crise ou encore la communication et l’information (Genest, 2013), mais chaque pays adapte des stratégies et politiques selon le contexte spécifique. La volonté politique, le style de gestion, l’habileté politique, la flexibilité dans les processus de décisions, l’intégration des réactions du public et plusieurs autres éléments diffèrent d’un contexte à l’autre<sup>3</sup> (Gilbert & Raphaël, 2011). De là l’importance de bien

---

<sup>3</sup> À titre d’exemple, dans le cas d’Ebola, l’approche intégrée a été expérimentée dans les principaux pays touchés, mais de façon différente. La Sierra Leone préférait axer sur les approches fondées sur les districts

contextualiser l'analyse des crises. Il y a parfois une tendance à vouloir utiliser une approche unique ou globale dans la gestion des crises (Martineau, 2016). D'ailleurs, Elargoubi et al. (2017) disent qu'il est difficile pour des pays comme ceux touchés par l'épidémie d'Ebola entre 2014 à 2016, de répondre aux standards aussi élevés que ce qui se fait dans d'autres pays. En fait, dans les États fragiles, c'est pratiquement impossible sans un appui considérable des bailleurs de fonds.

Les crises sanitaires peuvent permettre de déceler des faiblesses dans le processus politique<sup>4</sup>, dans les politiques en tant que telles<sup>5</sup>, et dans la réactivité face aux crises<sup>6</sup> (Carney & Weber, 2015). Selon ces deux auteurs, le point commun qui résulte souvent des échecs liés aux crises sanitaires concerne la mise en place d'une action intelligente et concertée face au processus et aux politiques de gestion de la crise. Dans la gestion des crises sanitaires, l'utilisation d'une approche centrée sur la gestion verticale des risques (par exemple maladie par maladie ou traitement par traitement) est inadéquate puisqu'elle ne permet pas l'intégration des facteurs environnementaux et socio-économiques liés à la pauvreté des populations touchées par une épidémie (Boidin, 2015). Une approche transversale est mieux placée, toujours selon Boidin (2015), pour comprendre la complexité de la question sanitaire qui touche les conditions de vie, l'environnement ou encore l'accès aux services de santé.

### **1.1.1.2 Cadres juridiques et institutionnels adéquats**

La gestion des crises comprend différents cadres juridiques et institutionnels, implantés par l'État et permettant de bien faire fonctionner le système en cas de crise. Parmi ceux-ci, il est possible de mentionner un cadre juridique pour la gestion nationale d'urgences multisectorielles, un cadre juridique de la gestion des urgences du secteur sanitaire, un cadre institutionnel national pour la gestion en cas d'urgence multisectorielle,

---

par le renforcement des systèmes de santé infranationaux et la création de centres régionaux où les professionnels pouvaient offrir des soins et de la formation. Pour sa part, la Guinée a préféré travailler sur l'élaboration d'un plan de santé national pour développer cette approche intégrée et pour servir de guide sur les rôles et responsabilités des acteurs (Kieny & Dovlo, 2015a).

<sup>4</sup> C'est-à-dire dans les événements liés à la crise, dans l'exécution des tâches ou dans les actions entreprises (Carney & Weber, 2015).

<sup>5</sup> Elles peuvent démontrer l'absence de certaines politiques, la mauvaise diffusion de ces dernières ou encore la mise en œuvre de manière inégale à l'intérieur d'un État (Carney & Weber, 2015).

<sup>6</sup> On peut penser à la mauvaise coordination, au manque de ressources, aux insuffisances des réponses stratégiques, à l'inefficacité ou autre. (Carney & Weber, 2015).

un cadre institutionnel de la gestion des urgences du secteur sanitaire et des composantes du programme d'urgence de gestion de la santé (WHO, 2012). Kieny & Dovlo (2015) disent que les plans nationaux<sup>7</sup> constituent une feuille de route essentielle pour non seulement définir les rôles et responsabilités des acteurs impliqués, mais aussi mesurer les progrès accomplis tout au long de la crise. Il est donc pertinent de se questionner sur l'existence de ces cadres ou plans nationaux dans les États fragiles.

Le gouvernement guinéen a publié des plans nationaux de développement sanitaires (Ministère de la Santé, 2003, 2015b) qui ne sont pas des plans de préparation ou de gestion des crises sanitaires. Il existe un *Plan stratégique national intégré de lutte contre les maladies tropicales négligées* en Guinée pour la période de 2011 à 2015 (Ministère de la Santé, Direction nationale de la Santé publique, & Division prévention et lutte contre la maladie, 2011). Cependant, ce plan ne concerne que quelques maladies spécifiques et ne propose pas de spécifications sur les rôles et responsabilités des acteurs qui pourraient être impliqués dans la réponse à une crise. La Guinée possède un *Plan de contingence multirisque*, datant de 2012. Il s'agit d'un plan commun entre les organes des Nations unies, les organisations internationales et nationales, et les autorités guinéennes (Communauté Humanitaire & Groupe de travail des urgences, 2012). Ce plan propose un ensemble de mesures et stratégies pour la préparation à tout type de crise, et la mise en œuvre des actions humanitaires. Les crises liées aux épidémies de choléra et des maladies diarrhéiques, ainsi qu'à la fièvre jaune, la rougeole et la méningite y sont brièvement mentionnées. Un tableau succinct présentant des scénarios et probabilités d'occurrence s'y retrouve, mais ne pousse pas la réflexion sur les rôles et responsabilités des acteurs engagés dans la réponse. Dans la composition du regroupement sectoriel de la santé proposé dans ce document, on mentionne l'ensemble des organisations participantes<sup>8</sup> ainsi que quelques procédures et activités à mettre en œuvre lors des épidémies. Cependant, cette section est incomplète et insuffisante. Enfin, il semblerait qu'il existe un *Plan National de Gestion des Urgences* -

---

<sup>7</sup> Les plans nationaux de préparation aux pandémies existent dans les États développés. Par exemple, lors de la pandémie de H1N1 en 2009-2010, le Canada a eu l'occasion de déclencher et coordonner son plan national anti-pandémique avec celui d'autres pays membres de l'OMS (Genest, 2013).

<sup>8</sup> Ces organisations qui composent le regroupement sectoriel de la santé en Guinée sont l'OMS, l'UNICEF, CRS, les DPS, ONUSIDA, la Croix-Rouge guinéenne (CRG), le CIDR/UMSGF, le HCR, l'OIM, UNFPA, le PAM, HKI, Terre des hommes, MSF Suisse, MSF Belgique, le ministère de la Santé, service de santé de l'Armée, SENAH. De plus, le CICR et MSF International ont des statuts d'observateurs.

*Épidémies et catastrophes (2009-2011)*, mais ce plan demeure introuvable dans la littérature et n'est mentionné que dans le rapport d'évaluation conjointe du RSI (OMS, 2017b).

### **1.1.1.3 Apprendre de l'expérience**

Dans un autre ordre d'idées, pour mieux élaborer un plan de gestion d'une crise, Anttila (2014) dit qu'il faut une bonne capacité organisationnelle capable de reconnaître les échecs du passé, mais aussi les succès liés à l'expérience pour diriger les actions. Ainsi, le fait de faire ressortir les leçons à retenir d'une épidémie comme Ebola fait partie intégrante de ce processus<sup>9</sup>. Cela nécessite une capacité d'apprentissage individuelle, mais la transformation de ces connaissances à l'échelle institutionnelle pour renforcer la gouvernance. De nombreux éditoriaux et textes de commentaires dans des revues scientifiques ont rapporté les leçons à retenir de la crise d'Ebola en Afrique de l'Ouest, sans nécessairement cibler l'un des trois principaux pays touchés (Ayukekbong, 2016; Carney & Weber, 2015; Chan, 2015; Donovan, 2014; Heron, 2016; Kieny & Dovlo, 2015a; Koch, 2016; Kruk et al., 2015). Quelques articles parus entre 2014 et 2018 discutent des leçons à retenir de l'épidémie d'Ebola, dont les contributions de Ayukekbong, 2016; Chan, 2015; Diakité, 2016; Donovan, 2014; et Somparé, 2017. Par contre, ces articles ne poussent pas la réflexion sur certaines problématiques, et particulièrement celle du manque de résilience face aux crises sanitaires en Guinée. En définitive, les Guinéens n'ont pas beaucoup publié sur les leçons apprises de la crise d'Ebola dans leur pays.

### **1.1.2 Coordination de la réponse aux crises sanitaires**

La section sur la coordination de la réponse sera divisée en deux parties distinctes. La première concerne la coordination nécessaire entre les politiques globales et nationales. La seconde expose la coordination entre toutes les parties prenantes impliquées lors d'une crise sanitaire d'envergure.

---

<sup>9</sup> Un article scientifique de Meyer et al. (2017) est intéressant sur les leçons pour améliorer la résilience des systèmes de santé dans les réponses domestiques aux crises. Mais, cet article explore la préparation à la réponse dans quatre villes des États-Unis qui sont Atlanta, Dallas, New York et Omaha. La méthodologie n'explore pas les villes ouest-africaines, mais l'article demeure pertinent pour discuter des façons de faire, établissements de santé et installations requis pour améliorer la réponse et la résilience dans l'avenir.

### 1.1.2.1 Coordination entre les politiques globales et nationales

Il existe parfois une déconnexion entre les façons de faire à l'échelle mondiale et les décisions issues de l'échelle nationale (Boidin, 2015). Souvent critiquée, la coordination de l'aide en santé globale est complexifiée par un nombre croissant d'acteurs et d'accords de gouvernance. En fait, la coordination et l'harmonisation de l'aide sont des enjeux fortement étudiés dans la littérature contemporaine afin d'améliorer les pratiques dans le monde du développement (Barry & Boidin, 2012; Hatcher, 2003; Ng & Ruger, 2011; OCDE, 2012; Ruger, 2012; Szlezák et al., 2010). Les gouvernements coordonnent leur réponse aux défis de santé globale à travers une variété de mécanismes tous aussi différents les uns des autres (Frenk & Moon, 2013). La santé, à l'échelle globale, est en plus influencée par des décisions prises par des entités politiques diverses, comme celles qui régissent le commerce international, les migrations ou l'environnement (Frenk & Moon, 2013). Les États n'arrivent pas toujours à s'entendre sur leur responsabilité respective, leurs devoirs et obligations, ainsi que les mécanismes à mettre en place pour mieux gérer les problématiques de santé à l'échelle globale. Il y a, selon Ng & Ruger (2011) un manque de coordination, une confusion dans les normes et activités attendues, des déficiences dans les plans nationaux des pays bénéficiaires de l'aide internationale, un manque d'engagement à long terme des donateurs, et parfois une aide liée<sup>10</sup>.

Balabanova et al. (2010) soutiennent que pour améliorer la santé globale, il faut considérer certaines problématiques, dont la coordination, les capacités et la responsabilité. Stapleton, Schröder-Bäck, Laaser, Meershoek, & Popa (2014) affirment qu'une meilleure coordination entre les politiques globales et nationales est requise pour mieux gérer les besoins globaux et les besoins individuels lors des crises. Selon Gilson & Schneider (2010), pour être efficaces dans la gestion des risques de crises, les organisations internationales ne doivent pas agir de manière coercitive en imposant des façons de faire, mais plutôt adopter une optique d'appui aux changements effectués. De là la nécessité de bien définir les rôles et responsabilités des parties prenantes. La coordination de l'aide entre les acteurs internationaux et nationaux repose essentiellement sur des politiques, stratégies et plans nationaux de santé efficaces (OCDE, 2012). Comme vu dans la section précédente,

---

<sup>10</sup> L'aide liée réfère au fait que des donateurs pourraient, par exemple, exiger en contrepartie de l'aide, des achats de marchandises médicales dans le pays donateur.

l'absence de plans spécifiques constitue l'une des lacunes dans les États fragiles comme la Guinée.

D'autre part, la coordination des activités à toutes les échelles d'intervention (internationale, nationale et locale) est requise. Afin de renforcer la stabilité et la gouvernance dans les États affectés, les politiques et programmes doivent dépasser les interventions à l'échelle nationale pour aussi se concentrer sur le local (Arandel et al., 2015; Martineau, 2016). Selon ces auteurs, la décentralisation constitue un point de départ du renforcement de l'État par l'amélioration de la prestation de services aux populations<sup>11</sup>, du renforcement des capacités de gestion des crises, de l'accroissement de la légitimité de l'État et même d'une meilleure représentation dans les régions éloignées. Cette dernière semble primordiale dans un pays comme la Guinée, où les différentes régions peuvent être parfois difficilement accessibles, surtout pendant la période des pluies. Les Directions préfectorales de la santé (DPS) font partie du regroupement sectoriel de la santé en Guinée selon le *Plan de contingence multirisque* (Communauté Humanitaire & Groupe de travail des urgences, 2012). Cependant, il n'y a pas d'informations concrètes sur leur implication lors de la gestion des épidémies comme Ebola en Guinée. Les alliances entre les différents acteurs sont considérées comme essentielles pour consolider l'influence et l'engagement politique. À cet égard, on peut faire des liens avec l'importance du décloisonnement du secteur de la santé pour développer des partenariats et des échanges entre des acteurs de divers secteurs d'activités (Boidin, 2015). Une approche multisectorielle comprend une analyse structurelle de la problématique pour mieux comprendre les interactions entre les différents niveaux de pouvoir et les liens entre les systèmes et structures (Gronke, 2015). Des liens avec l'approche *One Health* peuvent émerger de cette volonté de décloisonner le secteur de la santé.

En constatant les maladies à potentiel épidémique survenues dans les dernières années dans diverses zones du monde, des chercheurs et chercheuses comme Cunningham, Scoones, & Wood (2017) ont reconnu l'importance des interactions entre les acteurs de la

---

<sup>11</sup> La prestation de services de santé se fait relativement bien pendant la période d'urgence, une fois que le processus en enclenché. Cependant, c'est souvent au cours de la transition vers la période de relèvement et de développement que le système est plus difficile. À cet égard, on mentionne la programmation des activités et les investissements d'argent qui se font surtout dans les zones urbaines où il existe déjà des infrastructures de santé; et, en contrepartie, le délaissement des zones rurales qui demeurent sans service ou avec des services plus précaires (Kruk, Freedman, Anglin, & Waldman, 2010).

santé humaine et ceux de la santé animale. En 2015, l'OMS a désigné quinze maladies à haut risque épidémique parmi lesquelles dix étaient des maladies zoonotiques, donc ayant un vecteur de transmission animal (Lebov et al., 2017). Il est prouvé que la majorité des maladies infectieuses émergentes sont d'origine animale et, qu'à l'opposé, la majorité des affections à l'environnement sont d'origine humaine (Cunningham et al., 2017). Par conséquent, en santé publique et globale, l'intersectionnalité entre les sphères humaine, animale et environnementale, devient un cheval de bataille où plusieurs décideurs et bailleurs de fonds décident d'investir temps et argent. Cependant, il ne semble pas y avoir d'articles scientifiques disponibles sur l'application de cette approche dans les pays en développement, notamment dans le cas d'Ebola en Afrique de l'Ouest<sup>12</sup>.

Ainsi, l'approche *One Health* considère le lien intrinsèque entre la santé humaine, animale et environnementale, ainsi que la nécessité de leur intégration dans les interventions en santé publique (Cunningham et al., 2017; Kingsley & Taylor, 2017; Lebov et al., 2017; Zinsstag, Schelling, Waltner-Toews, & Tanner, 2011). La santé est un concept multidimensionnel. Il existe un lien étroit entre les écosystèmes, les maladies et la pauvreté (Cunningham et al., 2017). Même si le programme politique et celui de la recherche dans le domaine du concept de *One Health* datent du début des années 2000 avec la crise de la grippe aviaire, l'intégration et l'application concrète de l'approche restent à ses premiers balbutiements dans de nombreux pays où les ressources sont limitées pour la recherche et la réponse aux risques de maladies (Cunningham et al., 2017). Pour leur part, Kingsley & Taylor (2017) parlent des défis de l'institutionnalisation de l'approche et de la collaboration entre les différentes sphères. Il faut se questionner sur la possibilité d'intégrer cette approche dans des États fragiles comme la Guinée pour faciliter la gestion des maladies à risques épidémiques.

Finalement, dans la littérature professionnelle issue des ONG dont Médecins Sans Frontières (MSF), on a réclamé une plus grande intervention, une meilleure coordination et une hausse de la capacité opérationnelle face à Ebola (Médecins sans frontières, 2015a; Nierle & Jochum, 2014). À la lumière des écrits scientifiques et professionnels sur le cas

---

<sup>12</sup> Les articles scientifiques sur l'approche One Health et Ebola (Allela et al., 2005; Breman et al., 1999; Gire et al., 2014; Lahm, Kombila, Swanepoel, & Barnes, 2007; Leroy et al., 2009, 2005) concernent essentiellement les aspects épidémiologiques de transmission du virus de l'animal à l'humain.

spécifique d’Ebola, la coordination entre les acteurs était indispensable, mais a été fermement critiquée. Par contre, il n’y a pas une recherche académique spécifique qui semble avoir été effectuée sur le sujet en Guinée. La coopération internationale, les adaptations institutionnelles et l’harmonisation des politiques de gestion de crise entre les différentes organisations, à toutes les échelles, étaient requises afin de réduire la propagation transfrontalière de l’épidémie (Gronke, 2015). L’auteur affirme d’ailleurs que des efforts étaient essentiels pour la synchronisation des actions et décisions de l’État avec la réponse infranationale, c’est-à-dire préfectorale et plus locale.

### **1.1.2.2 Coordination entre les organisations impliquées**

Dans une perspective complémentaire, la coordination de la réponse requiert la coordination entre les différentes parties prenantes impliquées dans la gestion d’une crise sanitaire. Depuis le début du 20<sup>e</sup> siècle, la gestion des urgences s’est, la plupart du temps, faite de manière collaborative, et ce, même dans les États dits développés. Kapucu & Sadiq (2016) disent qu’il est impossible de s’attaquer aux urgences d’aujourd’hui, spécialement de nature complexe, sans établir des partenariats formels et/ou informels entre les acteurs publics et privés, ainsi qu’à toutes les échelles de gouvernance. Il y a des limites à ce que le gouvernement peut gérer de façon autonome; l’implication d’autres acteurs, tels que le secteur privé, les organisations de la société civile, les autres États, etc. est souvent de mise pour appuyer les interventions (Kapucu & Sadiq, 2016). La gestion se doit d’être multiscale, intersectorielle, interdisciplinaire et entre diverses juridictions (Kapucu & Sadiq, 2016).

Serre, Barroca, & Laganier (2013) ont écrit sur la gestion des risques de catastrophe et la gestion de la résilience en contexte urbain. Ces derniers proposent une hiérarchie à respecter lors des interventions en cas de crise (disponible en annexe 1). Leur modèle repose essentiellement sur les parties prenantes nationales et locales, alors il n’inclut pas les partenaires internationaux lors des crises d’envergure dans les pays en développement. L’État (ministères) doit être au sommet de la pyramide, suivi par les régions, les départements/préfectures<sup>13</sup>, les zones urbaines, et les municipalités/communautés représentées par leurs maires et mairesses. À chacune de ces échelles, il devrait y avoir des

---

<sup>13</sup> Une préfecture est une division administrative territoriale en Guinée.

documents ou plans d'action pour la gestion des urgences, ainsi que des plans de prévention des risques.

Au-delà de la coordination à l'interne pour les organisations présentes sur le territoire, il faut aussi penser, dans certains cas, à la venue de partenaires étrangers. En fait, la coordination des crises sanitaires se fait de plus en plus dans un contexte de gouvernance globale en raison du pouvoir accordé à l'OMS par le RSI<sup>14</sup> de 2005, mais les États restent les acteurs les plus importants vu qu'ils ont le monopole des politiques sanitaires et des plans de gestion de crise sur leur territoire respectif (Genest, 2013) et négocient sur la scène internationale (Ng & Ruger, 2011). Les acteurs engagés dans le domaine des crises sanitaires sont non seulement étatiques, mais ils comprennent aussi la société civile, les acteurs du marché comme les compagnies pharmaceutiques et les compagnies aériennes commerciales, et les acteurs des communications comme les médias de masse ou les médias sociaux (Gronke, 2015). En conséquence, il existe une forte interdépendance avec les organisations à l'échelle globale, dont les institutions internationales, les ONG et le secteur privé (Genest, 2013).

Comfort (2016) a mis en lumière les difficultés dans la coordination des réponses aux crises à différentes échelles soit communautaire, municipale, préfectorale/provinciale, nationale et internationale. Pour l'auteure, il s'agit d'une tâche ardue vu l'interdépendance des organisations, qui nécessite une excellente interaction entre les systèmes d'informations techniques et le système de réponse opérationnel. L'échec dans la réponse aux crises réside souvent dans les problèmes de communication, de coordination des actions et de contrôle, à travers toutes les échelles de gestion (Comfort, 2007). La coordination entre les acteurs peut être autant plus difficile aux vues de l'hétérogénéité des partenaires (internationaux, nationaux et locaux) en termes de grosseur de l'organisation,

---

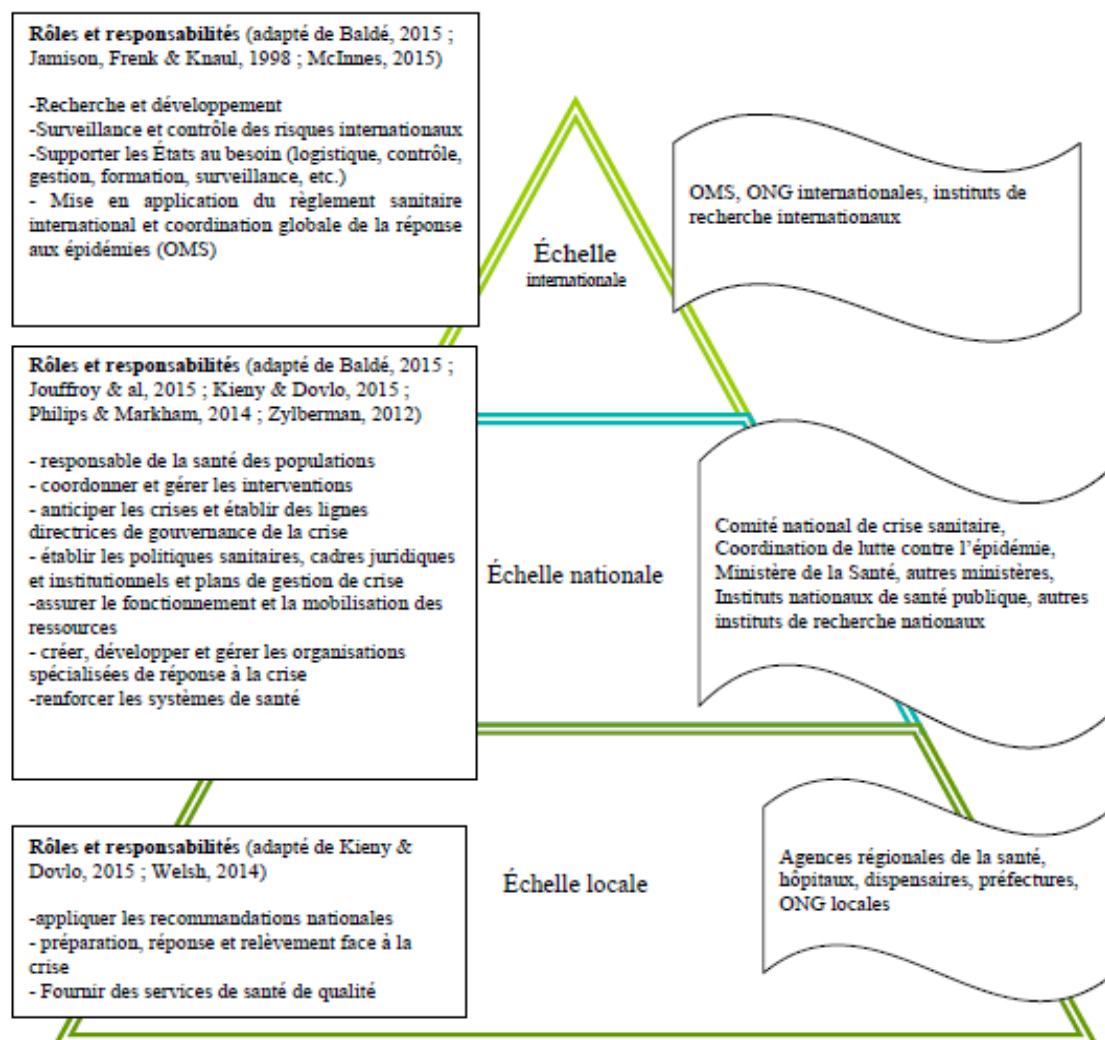
<sup>14</sup> Le RSI a voulu réagir aux conséquences de la mondialisation en intégrant des politiques et pratiques en matière de santé publique (OMS, 2006). Le but du RSI est de « prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux » (OMS, 2006, p.vii). Parmi les innovations découlant du RSI, soulignons notamment l'obligation pour les États d'avoir les capacités minimales essentielles en santé publique; l'obligation pour les États de notifier les cas suspects d'événements ou de maladies pouvant devenir une urgence de santé publique de portée internationale; et, la création de points focaux nationaux RSI et de points de contact RSI à l'OMS pour les communications entre les États et l'OMS (OMS, 2006).

d'expérience, de connaissances, de juridictions, de ressources, etc. (Comfort, 2007). Il faut ajouter que l'hétérogénéité peut se traduire par la diversité de missions, d'objectifs et de buts de ces organisations (Therrien, 2010). Le manque de coordination vient aussi des responsabilités opérationnelles et des exigences légales propres aux organisations (La Porte, 2006). Balabanova et al. (2010) renchérissent en affirmant qu'il existe aussi des différences par rapport aux avantages compétitifs des organisations qui sont basés sur leurs compétences, capacités et champs d'expertise. En analysant le cas d'Ebola en Guinée, il sera intéressant de questionner les relations entre les différents partenaires à toutes les échelles d'intervention puisque peu d'écrits recensent l'état de ces relations sauf les articles de Baldé (2015), Diakité (2016) et Poncin (2016).

### **1.1.3 Rôles et responsabilités des acteurs de la gestion des crises sanitaires**

Il semble important, à la lecture des critiques émises pendant l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, de mieux comprendre les rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans la gestion des crises en santé. En se basant sur la littérature existante avant d'entreprendre les recherches terrain, il a été possible de faire une cartographie théorique des acteurs présents lors d'une crise sanitaire d'envergure. Elle comprend les principaux acteurs internationaux, nationaux et locaux ainsi que leurs rôles et responsabilités respectifs. La figure 1 qui suit présente cette cartographie.

Figure 1: Cartographie des rôles et responsabilités des acteurs de la gestion des crises sanitaires



En ce qui a trait aux rôles et responsabilités, les États et les institutions locales sont responsables de la sécurité de leurs populations (Christoplos, Mitchell, & Liljelund, 2001). Dans le domaine de la santé, tous les États jouent un rôle clé vu qu'ils sont responsables de la santé de leur population et doivent mettre en place les structures adéquates pour offrir des soins sur leur territoire (Baldé, 2015). Pour Mathonnat (2008, p.945), « dans l'esprit du consensus de Monterrey (2002), l'État doit en premier lieu maximiser la mobilisation de ses ressources internes avant de chercher à solliciter l'aide étrangère, même si les deux ont en fait vocation à s'opérer simultanément ».

À l'échelle internationale, les acteurs présents sont notamment les Nations unies et ses différents organes spécialisés, dont OCHA<sup>15</sup> pour l'humanitaire, et l'OMS pour la santé, ou encore les institutions internationales comme le Fonds monétaire international ou la Banque mondiale qui peuvent fournir des ressources financières et un appui dans la mise en œuvre de projets. Certaines entités dont l'OMS et, dans une certaine mesure la Banque mondiale, ont un rôle normatif du point de vue des politiques de développement et des activités implantées en plus de leur rôle d'assistance technique (Balabanova et al., 2010). D'autres organes des Nations unies sont impliqués dans le domaine de la santé, comme UNICEF qui se spécialise notamment dans l'accès aux services de santé communautaires et dans la restauration des services de santé publique lors des urgences. L'OMS est reconnue comme l'organisation qui a la direction ou le leadership de la santé globale (Balabanova et al., 2010). Elle a pour mandat de diriger et fixer les normes qui sont les bases des politiques de santé nationales et internationales en plus d'être l'organisation où se négocient les accords internationaux entre les pays membres (Buissonnière, 2012). Les fonctions centrales des organismes internationaux qui agissent dans le domaine de la santé sont la promotion des biens publics internationaux notamment en matière de recherche et développement ; la surveillance et le contrôle des risques internationaux, dont les risques environnementaux et les pathogènes ; et, le dépassement de la souveraineté des États (Jamison, Frenk, & Knaul, 1998). Par exemple, les acteurs traditionnellement impliqués lors des épidémies d'Ebola survenues dans le passé sont l'OMS et MSF (Mobula et al., 2018). Le rôle de l'OMS est d'abord de prévenir l'émergence des foyers d'Ebola en assurant une surveillance; et ensuite, de soutenir les pays à risques en les aidant à développer des plans de réponse à la crise (McInnes, 2015). L'OMS s'occupe de la coordination globale de la réponse (Baldé, 2015). Elle offre un soutien aux États et aux parties prenantes pour la gestion des cas, l'engagement communautaire, les services techniques, le contrôle de l'infection, la logistique, la formation et l'assistance pour les pratiques funéraires adéquates (McInnes, 2015). Lors de la période post-Ebola, l'OMS est fortement impliquée pour « réactiver de manière sûre les installations sanitaires et planifier le relèvement du système de santé, en collaborant avec les autorités sanitaires nationales, les organisations non gouvernementales, les experts techniques et d'autres partenaires afin

---

<sup>15</sup> Le rôle d'OCHA pendant l'épidémie d'Ebola en Guinée n'est pas beaucoup documenté dans la littérature.

d'appuyer les premiers efforts de relèvement en vue de la mise sur pied de systèmes de santé à long terme » (OMS, 2015a).

Cependant, Frenk & Moon (2013) déplorent le fait que l'OMS n'arrive pas à offrir une réponse consensuelle et efficiente dans bien des crises sanitaires<sup>16</sup>. Des éditoriaux, textes d'opinion et travaux de groupe ont mené à critiquer le leadership en santé globale pendant la crise (Gostin & Friedman, 2014; Nierle & Jochum, 2014; Philips & Markham, 2014; Stratton, 2014). Traditionnellement, dans les précédentes épidémies d'Ebola qui sont survenues notamment en République démocratique du Congo (RDC), les acteurs internationaux présents étaient l'OMS, le Centers for Disease Control and Prevention (CDC) d'Atlanta et MSF (Ayukekbong, 2016). Lors de l'épidémie en Afrique de l'Ouest, les gouvernements de pays développés et les organisations internationales ont tenu pour acquis que ces mêmes acteurs assumeraient, comme à l'habitude, la gestion de la crise. Par contre, ces acteurs, particulièrement l'OMS, ont été lents à réagir devant l'ampleur de la crise et le nombre de personnes affectées; et une action plus globale a été requise (Ayukekbong, 2016; McInnes, 2015; Médecins sans frontières, 2015a; Nierle & Jochum, 2014). Un article scientifique de Katsuma (2017) présente un questionnement sur la réaction lente de l'OMS et la décision d'établir une mission spéciale des Nations unies pour réagir à l'épidémie, l'UNMEER<sup>17</sup>. Nunes (2016) abonde dans la même sens en mentionnant la négligence de la communauté internationale est en partie due au fait qu'elle voyait Ebola comme un problème « africain » et non celui d'une urgence à portée internationale. Selon le scientifique Katsuma (2017), il en a résulté une préférence à agir sur le court terme dans la gestion de la réponse plutôt que de trouver des solutions structurelles à long terme (Nunes, 2016, p.542). De son côté, le scientifique Kekulé (2015), a fait un essai sur les causes de l'échec de la communauté internationale dans la réponse à la crise et propose des mesures pour renforcer la résilience, la détection rapide des cas et la réponse face aux futures épidémies.

---

<sup>16</sup> Brouillet (2013) mentionne un affaiblissement du leadership des acteurs traditionnels – dont l'OMS – au profit de nouveaux venus du secteur privé (Buissonnière, 2012). Dans les dernières années, l'OMS fait effectivement face à une diminution de son influence et de son leadership en matière de contrôle des épidémies comme cela a été constaté en 2010 lors de l'épidémie de choléra en Haïti (Buissonnière, 2012).

<sup>17</sup> Deloffre (2016), a aussi examiné la gouvernance et le pouvoir exceptionnel de l'UNMEER d'attribuer des responsabilités aux parties prenantes, de financer des activités et de superviser l'intervention globale.

Les différentes entités œuvrant en santé globale vont financer le renforcement des systèmes de santé en général ou décider d'axer leurs interventions sur des maladies spécifiques. Il existe des institutions de santé globale<sup>18</sup> qui ont pour objectif d'aider des pays en développement à renforcer leur système de santé grâce à un financement, un apport en ressources et une assistance technique (Balabanova et al., 2010). Dans le domaine de la santé globale et des risques issus des maladies à potentiel épidémiques, le CDC d'Atlanta, l'une des composantes opérationnelles du ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, est un acteur incontournable<sup>19</sup>. Un autre acteur essentiel est le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge à travers la FICR, le CICR et, surtout les Sociétés nationales de la Croix-Rouge qui agissent comme des acteurs privés, mais qui ont le statut particulier d'auxiliaire des pouvoirs publics en matière de secours d'urgence (FICR & CICR, 2003). (Baldé, 2015) affirme que le rôle de la Croix-Rouge a été relativement limité pendant Ebola par son manque d'expérience dans les problématiques de santé publique et ce, même si elle a un rôle historique reconnu dans la gestion des désastres en général et un profond enracinement dans les communautés. L'organisation a eu, selon cet auteur, du mal à se positionner en tant qu'acteur dans les débuts de l'épidémie. Il rapporte également qu'il y a un manque de clarté quant aux rôles respectifs des différentes entités du mouvement (FICR, CICR, sociétés nationales) qui a perturbé l'efficacité des interventions en Guinée. Dans le cas d'Ebola, comme mentionné précédemment, à part cet article de Baldé (2015), peu d'écrits mentionnent le rôle spécifique de ces autres acteurs en Guinée avant et pendant l'épidémie.

Depuis les années 2000, il y a une montée en puissance des acteurs privés<sup>20</sup> dans le domaine de la santé par leur nombre et leur influence (Buissonnière, 2012). Il existe des

---

<sup>18</sup> Parmi celles-ci, notons les initiatives de santé globale, telles que l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI) qui est un partenariat public-privé, ou encore le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

<sup>19</sup> Même si sa mission est de protéger les États-Unis des menaces de santé et de sécurité, il intervient dans les pays en développement depuis des décennies pour éviter que les risques sanitaires se propagent (CDC, 2018).

<sup>20</sup> Parmi les autres acteurs privés, les entreprises, les multinationales et les laboratoires pharmaceutiques sont fortement impliqués en développement international dans le domaine de la santé. Pour ce qui est des fondations, on peut penser, par exemple, à la Fondation Bill et Melinda Gates qui est un gros joueur en raison de son influence politique et de son important apport financier<sup>20</sup> (Barry & Yaya, 2015; Buissonnière, 2012). Les acteurs privés sont désormais reconnus comme des acteurs importants dans la gestion des risques

ONG internationales de grande importance qui œuvrent dans de nombreux pays grâce à un budget conséquent<sup>21</sup>. En Guinée, MSF travaillait déjà dans la région de Guéckédou, « avant que l’OMS ne décrète l’état d’urgence, et est donc apparue comme le premier intervenant apte à coordonner l’organisation des soins, avant de s’imposer comme le passeur légitime de savoirs et de technologies pour tous les acteurs qui rejoindront, par la suite, le dispositif de réponse à l’épidémie » (Gomez-Temesio & Le Marcis, 2017, p.69). Au début de la crise d’Ebola en Guinée, MSF s’est donné pour objectifs d’alerter les autorités nationales et internationales sur l’évolution de l’épidémie et d’orienter les stratégies nationales d’intervention (Poncin, 2016). L’organisation est intervenue principalement dans la prise en charge clinique et paraclinique des cas d’Ebola en Guinée, par la gestion de centre de traitement d’Ebola (CTE) et, dans une moindre mesure, dans le suivi des contacts et dans la mobilisation et sensibilisation des communautés (Baldé, 2015). Le rôle des ONG, bien que peu exhaustif dans la littérature sur la gestion des crises sanitaires, car souvent divergeant d’une organisation à l’autre, reste tout de même important dans les États fragiles puisque les ONG disposent de ressources financières et techniques. Cependant, les relations entre les ONG et les pouvoirs publics des États affectés peuvent être source de tensions comme en témoigne le texte de Poncin (2016) en réponse à Diakité (2016). Baldé (2015, p.4) a également rapporté les « nombreuses crises relationnelles et institutionnelles (qui) se sont produites entre MSF et les autorités sanitaires de la Guinée ».

Même si théoriquement les rôles et responsabilités semblent relativement clairs, une fois sur le terrain d’une crise sanitaire, les chevauchements d’activités (Barry & Boidin, 2012), et les mésententes sont pratiques courantes entre les différentes organisations. Les acteurs évoluant dans le domaine du développement international et de l’action humanitaire sont nombreux et font face à divers défis. En 2005, l’examen des interventions humanitaires a permis d’identifier des problématiques quant à la coordination des réponses

---

sanitaires, notamment grâce à la fourniture de ressources viables pour mieux gérer les catastrophes (Christoplos, Mitchell, & Liljelund, 2001).

<sup>21</sup> Les ONG jouent un rôle dans la prévention des désastres, la préparation face aux catastrophes et l’atténuation des risques vis-à-vis ces événements soudains (Christoplos et al., 2001). Ces dernières peuvent œuvrer autant en humanitaire qu’en développement et sont souvent fortement engagées dans des activités de plaidoyer (Christoplos et al., 2001). Les auteurs rappellent qu’elles seront souvent les premières à critiquer le manque de préparation lorsqu’une crise arrive.

face aux crises sanitaires. En réponse à cela, le Comité permanent inter-organisations<sup>22</sup> a implanté une réforme de l'humanitaire en adoptant une approche par groupes thématiques pour assurer une meilleure coordination et une plus grande efficacité face aux crises (OMS, 2017a). Il subsiste tout de même une fragmentation du domaine humanitaire qui constitue un obstacle lors des interventions sur le terrain. Pour cause, les acteurs présents sont des entités autonomes qui sont dotées de structures distinctes et de lignes directrices qui leur sont propres (ALNAP, 2015). La présence de ces nombreux acteurs, dans un délai très court puisque les interventions humanitaires ne sont pas toujours prévisibles, peut entraîner des difficultés de coordination et une inefficacité de l'aide (ALNAP, 2015). Certains pays ont déjà implanté des groupements sectoriels en prévision des crises<sup>23</sup>. Cependant, la littérature n'est pas très exhaustive sur le fonctionnement de ce groupe sectoriel santé en Guinée. Outre le *Plan de contingence multirisque* de la Guinée qui l'aborde brièvement, nul ne fait état des activités de ce groupe sectoriel. En somme, aux vues de l'importance que peuvent avoir toutes les parties prenantes impliquées lors d'une crise dans un État fragile, il est important de mieux cerner les rôles et responsabilités de chacune de ces parties prenantes pour faciliter la gestion, mais surtout la coordination des crises.

#### **1.1.4 Appropriation nationale de la gestion des crises et *leadership***

Dans la littérature sur la santé globale, on peut constater la remise en question de l'appropriation nationale<sup>24</sup> de l'aide internationale et de la gestion des crises dans les États fragiles, le difficile alignement de l'aide internationale avec les objectifs nationaux, et la présence d'approches fragmentées autant à l'échelle mondiale que nationale (Barry & Boidin, 2012; Buissonnière, 2012; OMS, 2006). Selon Kieny et al.(2014), l'assistance

---

<sup>22</sup> Le comité permanent inter-organisations représente le « principal mécanisme de coordination interinstitutionnelle en matière d'assistance humanitaire » (OMS, 2017a, p.3); il s'agit d'un forum qui regroupe la plupart des partenaires qui sont impliqués dans l'action humanitaire, qu'ils soient affiliés ou non aux Nations Unies. L'OMS fait partie de ce comité qui possède des principes de coordination clairs.

<sup>23</sup> Les membres du regroupement sectoriel de la santé en Guinée sont énoncés dans la note de bas de page 8.

<sup>24</sup> Cette notion d'appropriation est d'ailleurs l'un des piliers de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide de 2005, qui est constamment remise en question en raison des relations de pouvoir existantes, de la difficulté à sortir du discours théorique, et de l'ambiguïté du concept (Saliba-Couture, 2011). Le Cadre d'action de Hyogo trouve ses bases dans les directives pour la prévention des catastrophes élaborées dans la *Stratégie de Yokohama pour un monde plus sûr* datant de 1994 (ONU, 2005). Les stratégies de Yokohama demeurent pertinentes dans le cadre de Hyogo, mais à celles-ci s'ajoute l'importance de l'appropriation de l'État, pour qu'il soit responsable de son développement durable et devienne plus résilient.

internationale doit être coordonnée et sous l'égide des autorités nationales afin de suivre les principes de l'efficacité de l'aide, tels qu'énoncés dans la Déclaration de Paris. En ce qui a trait à l'appropriation nationale, on peut réfléchir au *leadership* des autorités nationales dans la gestion et la coordination des crises, mais on peut aussi mentionner les contributions du niveau national dans le financement du secteur de la santé et les politiques publiques de santé. En fait, selon (Hanson, Ranson, Oliveira-Cruz, & Mills, 2003), l'augmentation des ressources financières n'est pas suffisante pour favoriser la santé globale puisqu'il existe des contraintes qui ne sont pas financières et qui sont plutôt sociales, environnementales, politiques ou autres.

Certaines capacités clés de la gestion doivent être en place avant le lancement d'une réponse à la crise sanitaire, comme le *leadership* et la coordination, le soutien technique, la logistique, la gestion des ressources humaines et les communications (Chan, 2015). Tout cela se fait grâce à un *leadership* fort, une implication des parties prenantes locales et des acteurs étatiques et non étatiques (Yamey, 2011). Il faut des politiques et stratégies managériales pour mieux couvrir les soins offerts aux populations (Garrett, 2007; Gilson & Schneider, 2010). De leur côté, Hanson, Ranson, Oliveira-Cruz, & Mills (2003) renchérisent en parlant des contraintes comme le manque de ressources dans les pays pauvres, le problème de la demande, les faibles politiques en santé et au niveau intersectoriel, la mauvaise offre de services ainsi que la gouvernance déficiente. L'ensemble de ces contraintes perturbe l'accroissement de la couverture sanitaire<sup>25</sup>.

L'aide internationale en santé ne doit pas éclipser l'importance des investissements nationaux en santé<sup>26</sup>. Même s'ils favorisent une qualité suffisante des soins, les investissements nationaux en santé ne sont pas les seuls garants de l'amélioration de la santé dans les pays. Pour cause, il existe d'autres déterminants de santé, notamment sociaux

---

<sup>25</sup> La couverture des services de santé essentiels est définie comme la couverture moyenne des services essentiels basée sur des interventions dans les secteurs de la reproduction, la santé maternelle, la santé des nouveau-nés et des enfants, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles et capacité et l'accès des services, parmi la population en général et parmi les plus défavorisées (WHO, 2018). En Guinée, l'indice de couverture de santé universelle était chiffré à 35 en 2015 comparativement à 36 pour la Sierra Leone, 34 pour le Libéria et 41 pour le Sénégal (World Health Organization, 2018, p.37).

<sup>26</sup> Certain.e.s chercheurs et chercheuses, dont Brouillet (2013); Liang & Mirelman (2014); Schieber, Fleisher, & Gottret (2006), s'interrogent sur les risques de dépendance face aux sources externes de financement de la santé. Dans certains cas, ils affirment que l'aide étrangère peut entraîner les pays bénéficiaires à réaffecter les ressources normalement attribuées à la santé, pour l'envoyer dans d'autres secteurs d'activités. De là, il peut résulter un manque d'investissement national dans la santé.

(Boidin, 2015) dont il faut tenir compte, et qui ne sont pas classés dans la rubrique des investissements en santé des budgets nationaux. Par exemple, on peut penser à l'assainissement, l'accès à l'eau potable ou encore la formation des professionnel.le.s de la santé (ONU & Commission de l'Union africaine, 2011). En 2001, les dirigeants africains se sont rencontrés à Abuja, au Nigéria, pour discuter de l'importance de la santé pour leur développement et se donner les moyens de réaliser les OMD liés au domaine de la santé. Dès lors, les États participants se sont engagés à augmenter les investissements en santé dans leurs pays respectifs. Ils se sont entendus pour allouer au moins 15% de leurs budgets nationaux à la santé. Force est de constater que cet engagement a été peu respecté par les États africains. Dix ans après Abuja, seulement six des 53 pays membres de l'Union africaine respectaient leur engagement (ONU & Commission de l'Union africaine, 2011)<sup>27</sup>.

Dans plusieurs pays, dont la Guinée, les investissements en santé par habitant étaient, en 2009, inférieurs à 33 dollars américains, ce qui est sous le seuil critique des 40 dollars américains recommandés par l'OMS (ONU & Commission de l'Union africaine, 2011; WHO, 2011). En consultant la base de données en santé publique de l'OMS, il est possible de noter que les dépenses de santé en pourcentage de produit intérieur brut en Guinée étaient à 4,3% en 2009, et à 4,5% en 2015 (OMS, 2017d). Selon Kieny, Evans, Schmits, & Kadandale (2014), avant l'épidémie de 2014 en Afrique de l'Ouest, les dépenses en santé des gouvernements affectés étaient faibles. D'un autre côté, bien que l'aide internationale dans la dernière décennie ait augmenté dans des domaines ciblés en Guinée, comme pour la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, elle est demeurée relativement faible pour supporter le développement global du système de santé (Kieny et al., 2014). Il faut donc se demander si ce manque d'investissements au niveau national a des répercussions sur la gestion des crises et la résilience des systèmes de santé dans les États fragiles. Est-ce que les acteurs du terrain sont sensibles à ces problèmes d'investissements en santé dans leur pays? Y a-t-il eu une évolution des investissements avant, pendant et après l'épidémie d'Ebola en Guinée? Ces questions sont intimement liées au concept de résilience et aux capacités de gestion des crises sanitaires dans les États fragiles.

---

<sup>27</sup> Ces six pays étaient le Rwanda, le Botswana, le Niger, le Malawi, la Zambie et le Burkina Faso (ONU & Commission de l'Union africaine, 2011).

### 1.1.5 Faiblesse de la documentation et des pratiques de gestion des crises sanitaires en Guinée

Pour conclure la première section de la problématique, des lacunes dans la littérature ont été ciblées quant à la gestion et la coordination de la crise d’Ebola en Guinée. Peu d’articles scientifiques discutent essentiellement de la gestion de la crise d’Ebola en Guinée. L’article scientifique de Somparé (2017) expose les politiques et pratiques dans la gestion de l’épidémie d’Ebola pour la ville de Conakry. Il montre les lacunes du système de santé guinéen, les difficultés rencontrées<sup>28</sup> par les communautés urbaines dans la gestion de l’épidémie. Diakité (2016) a publié un article sur la réponse de la Guinée, mais il ne s’agit pas d’une publication dite scientifique, mais plutôt d’un avis personnel et de l’expérience d’un fonctionnaire guinéen pendant la réponse à l’épidémie. L’article de Baldé (2015), bien que pertinent, discute des dynamiques organisationnelles pour seulement quatre acteurs impliqués pendant la crise. La littérature n’expose pas suffisamment les rôles et responsabilités d’un grand nombre d’acteurs pendant la crise en Guinée.

Il existe des pratiques de gestion de crises défendues à l’échelle internationale comme la bonne gouvernance et la gestion adaptative; la présence de cadres juridiques et institutionnels solides; des rôles et responsabilités des acteurs connus et respectés; un apprentissage constant à travers l’expérience; la coordination entre les politiques internationales et nationales, et entre les acteurs impliqués; et enfin, l’appropriation nationale et le *leadership* lors des crises. Dans tous ces domaines de la gestion de crises sanitaires, des faiblesses ont été notées par rapport aux États fragiles et particulièrement par rapport à la Guinée. On peut noter les lacunes existantes qui mènent à des problèmes comme le chevauchement des activités sur le terrain de crise ou encore des mésententes entre les partenaires. La prochaine section discutera d’une autre composante interreliée de la problématique, soit celle du manque de résilience face aux crises sanitaires.

---

<sup>28</sup> Parmi ces difficultés, l’auteur note le fait que les malades naviguaient entre le système public de santé (les hôpitaux), les cliniques privées et les tradipraticien.ne.s (Somparé, 2017, p.194). Il explore aussi les difficultés dans le suivi des personnes ayant été en contact avec des malades d’Ebola dans la ville de Conakry. Il déplore que plusieurs cliniques privées aient ignoré les messages et mesures de santé publique implantées par la coordination de la lutte contre Ebola, au niveau national.

## **1.2 Des États fragiles aux prises avec des déficits de résilience face aux crises sanitaires**

Dans la littérature, on parle depuis plus d'une vingtaine d'années de l'importance du continuum - pas nécessairement linéaire - entre l'intervention d'urgence et le développement à long terme, notamment dans le but de rendre plus durables les actions humanitaires (Audet, 2015; Buchanan-Smith & Maxwell, 1994; Christoplos et al., 2001; Lai et al., 2015; Seaman, 1994; Sollis, 1994). Il faut convenir que toutes les urgences sanitaires nécessitent une réponse immédiate. Par contre, le fait d'intégrer une approche résiliente en amont des crises permet de mieux coordonner la réponse du secteur sanitaire (Lai et al, 2015). Le fait de penser au relèvement, dès la crise, offre la possibilité de mettre en place des stratégies qui visent la durabilité des interventions humanitaires et une complémentarité entre les acteurs, les institutions, les activités et les objectifs.

Tel que mentionné précédemment dans certaines dimensions de la gestion des crises, de nombreux défis et enjeux se posent dans le cas des crises humanitaires et des nouvelles urgences complexes chroniques<sup>29</sup>, souvent présentes dans les États fragiles. Le premier constat à faire est que lors de crises humanitaires dans les pays en développement, les institutions sont en général déjà faibles (OCDE, 2016). Par exemple, plusieurs systèmes de santé dans les pays en développement sont incapables de faire face aux défis contemporains comme les migrations de population ou la dégradation environnementale qui peuvent causer l'émergence ou le retour d'infections ou d'épidémies chroniques (Balabanova et al., 2010). Les besoins dans ces États sont si importants qu'il peut être parfois difficile pour un pays de savoir faire face aux besoins urgents tout en mettant en place les aspects essentiels d'un développement à long terme des systèmes de santé locaux (Newbrander et al., 2011). Il peut y avoir une confusion entre le renforcement des systèmes de santé sur le long terme et les besoins urgents en termes humanitaires (Philips & Markham, 2014). Cette deuxième partie de la problématique sera divisée en sous-section traitants de la fragilité des États comme la Guinée; de la préparation face aux crises

---

<sup>29</sup> « À l'inverse des catastrophes naturelles soudaines, qui ont tendance à connaître des périodes limitées de crise aiguë et de relèvement, les urgences complexes chroniques [sont] caractérisées par des conflits de longue haleine, une mauvaise gouvernance et une pauvreté extrême » (ALNAP, 2015, p.34).

sanitaires; de la résilience; de l'importance de contextualiser les réponses en fonction des contextes; et du cas spécifique de la Guinée comme choix d'étude de cas.

### **1.2.1 Fragilité de certains États, dont la Guinée**

Certains pays sont plus vulnérables aux risques sanitaires que d'autres en raison de leur emplacement géographique ou encore de leur niveau de développement. Il existe des inégalités dans la distribution des risques de santé et des ressources (Frenk, Gómez-Dantés, & Moon, 2014; Frenk & Moon, 2013; Garrett, 2007). Dans cette lignée, il faut dire que l'impact des crises sanitaires est plus important sur les États fragiles. Benton et al. (2014) estiment que 1,5 milliard de personnes vivent dans cette catégorie d'États. Ces pays renferment, selon l'OCDE (2016), 43% des personnes qui vivent sous la barre des 1,25 dollar par jour. En 2015, une cinquantaine de pays étaient classés sur la liste des États et économies fragiles (OCDE, 2016), mais n'avaient pas tous le même degré de fragilité. La fragilité des États est considérée dans une approche qui prend en compte cinq dimensions dont la non-violence, l'accès à la justice pour tous, les institutions efficaces, les fondements économiques, et la résilience (OCDE, 2016).

Le concept d'État fragile demeure fortement critiqué dans la littérature. D'ailleurs, des États qualifiés de fragiles contestent cette appellation. Par exemple, il existe depuis 2010 un regroupement d'États, le G7+, qui considère que la classification des États fragiles est vue à travers les lunettes des pays développés et non celle des pays en développement. Les pays membres du G7+, comme la Guinée, ont pour priorité les cinq objectifs de construction et de maintien de la paix et de l'État, soit la résolution des conflits, la sécurité des personnes, l'accès à la justice, les fondements économiques et la fourniture de services<sup>30</sup>. Il faut noter que ces priorités ressemblent fortement aux cinq dimensions de la

---

<sup>30</sup> Le G7+ a été légèrement impliqué dans la lutte contre Ebola en Afrique de l'Ouest. La littérature mentionne une assistance financière de deux millions de dollars US, en 2014, de la part du Timor-Leste aux trois principaux pays affectés par l'épidémie (United Nations Office for South-South Cooperation & G7+, 2017). Selon la même source, ce soutien budgétaire direct avait pour objectif de renforcer le système de santé. Plus précisément, cet argent aurait permis, selon Rocha de Siqueira (2019), de payer du matériel médical, de la nourriture pour des ménages en quarantaine, des équipements de protection individuelle, mais aussi le salaire de professionnels de la santé et de la formation. Il s'agit d'un exemple de solidarité au sein des pays membres, mais aussi un exemple de coopération Sud-Sud. Le G7+ aurait également fait du plaidoyer au niveau mondial pendant la période critique de l'épidémie quand il y avait des besoins criants.

fragilité des États mentionnées ci-dessus. Bref, comme affirmé précédemment, l'objectif de cette thèse n'est pas de remettre en cause ou de contester la classification des États fragiles, mais nous avons tout de même considéré important de mentionner l'absence de consensus autour de cette classification et spécialement les critiques émises par les pays en développement se retrouvant sur la liste des États fragiles.

Ceci étant dit, dans les États fragiles où le secteur de la santé fait souvent face à des lacunes importantes, un renforcement du secteur peut aider à rétablir la légitimité du gouvernement, mais aussi contribuer à la construction de l'État au sens plus large (Benton et al., 2014 ; Kruk, Freedman, Anglin, & Waldman, 2010). Tous les États sont vulnérables aux épidémies et aux problématiques de santé publique. Par contre, ce sont les populations les plus vulnérables, dans les États fragiles, qui sont et seront les plus durement touchées par les épidémies (Flahault, 2009). Selon Newbrander et al. (2011), la fragilité des systèmes de santé est composée de six éléments dont les lacunes dans la prestation des services, la mauvaise gestion des ressources, le manque de financement, le manque de données critiques, les problèmes de responsabilité ou encore les troubles associés à la sécurité nationale<sup>31</sup>. Certains de ces éléments constituent des lacunes présentées dans la section précédente sur la gestion des crises sanitaires dans les États fragiles. Pour compléter sur les systèmes de santé, Kruk et al. (2010) ciblent cinq défis des systèmes de santé, qu'ils associent spécifiquement aux États fragiles dont : la forte morbidité, la mauvaise gouvernance et les déficiences du leadership; l'inégalité dans l'accès aux soins de santé; la rareté des ressources; et les mauvais systèmes d'information<sup>32</sup>. Certains de ces éléments ont été mentionnés dans la littérature scientifique et professionnelle sur la crise d'Ebola en Afrique de l'Ouest comme dans les publications de Ayukekbong (2016); Chan (2015); Diakité (2016); Elargoubi et al. (2017); OCDE (2016); Somparé (2017).

---

<sup>31</sup> Il est possible de constater que les éléments compris dans la fragilité des systèmes de santé peuvent être liés à ceux de la fragilité de l'État. Les aspects sécuritaires, économiques et institutionnels se retrouvent dans les deux cas. Par exemple, un État fragile où l'insécurité et la violence sont omniprésentes risque de présenter une fragilité du système de santé qui peut aussi menacer la sécurité nationale.

<sup>32</sup> Encore une fois, il est possible de faire des liens dans le sens où les défis des systèmes de santé sont largement liés aux éléments de fragilité de l'État et des systèmes de santé. Par exemple, un État dans lequel règne un déficit des institutions et du système judiciaire risque d'avoir des problèmes de gouvernance et un manque de *leadership* ce qui peut causer des lacunes dans la prestation des services et dans la gestion des ressources d'un système de santé par exemple.

Les pays qui ont été touchés par Ebola sont parmi les plus pauvres au monde et ont des systèmes de santé qui ont été affaiblis par des problèmes politiques ou des guerres civiles (Niang, 2014). La Guinée, premier pays touché par l'épidémie d'Ebola en 2014 (Kekulé, 2015), est un État qui a été inscrit sur la liste des États et économies fragiles pour les périodes de 2007-2010 et 2013-2015 (OCDE, 2016). Ce pays est dans la catégorie des États fragiles, entre autres, en raison de son historique de divisions ethniques, d'extrême pauvreté, de faible gouvernance et d'instabilité par rapport aux frontières qualifiées de poreuses, avec des pays qui font face à des guerres civiles et/ou des mouvements séparatistes (Arandel et al., 2015; Calnan, Gadsby, Kondé, Diallo, & Rossman, 2017). De surcroît, la Guinée a fait face à plusieurs crises politiques depuis son indépendance en 1958; notamment en 2010 et 2013 lors des élections présidentielles et législatives (Baldé, 2015). Ce pays est classé fragile dans les cinq dimensions de la fragilité d'un État, soit les fondements économiques, la justice, les institutions, la résilience et la violence<sup>33</sup> (OCDE, 2016). Plus récemment, The Fund for Peace (2019) a publié son index de fragilité pour 178 États. Pour l'année 2019, la Guinée se retrouve au 11<sup>e</sup> rang des États les plus fragiles sur la planète avec un score de 99,4 sur 120, ce qui rapproche le pays d'un état d'alerte maximal<sup>34</sup>. Dans les cinq dernières années, l'index rapporte un déclin de 3,3 points pour le pays. Selon l'OCDE (2018), la Guinée n'est pas dans un contexte de fragilité extrême comme peuvent l'être la Somalie, le Soudan du Sud et la République centrafricaine, mais demeure fragile à certains égards dont celui de la sécurité. Toujours selon l'OCDE (2018), la Guinée a connu des progrès dans les dernières années quant aux dimensions politique, sociétale, environnementale et économique. Malgré tous les éléments de fragilité présentés ci-dessus, soulignons que la Guinée est reconnue pour avoir un potentiel énorme pour se développer. Par exemple, elle dispose d'un potentiel minier<sup>35</sup>, agricole et hydroélectrique

---

<sup>33</sup> À titre comparatif, les autres pays qui sont classés fragiles dans les cinq dimensions sont la République centrafricaine, le Tchad, la RDC, Haïti ou encore le Soudan. Soulignons que la Sierra Leone est classée *fragile* dans trois des cinq dimensions de la fragilité, soit les institutions, la résilience et les fondements économiques; tandis que le Libéria l'est dans trois dimensions, mais celles de la justice, des institutions et de la résilience (OCDE, 2016).

<sup>34</sup> Selon The Fund for Peace (2019), la Sierra Leone se retrouve au 39<sup>e</sup> rang et la Libéria au 30<sup>e</sup> des États les plus fragiles pour la même période.

<sup>35</sup> La plupart des grandes compagnies minières mondiales comme Rio Tinto ou Alcoa sont sur le territoire. Selon une publication du gouvernement guinéen (République de Guinée, 2018), ces ressources naturelles auraient tendance à accentuer les problèmes de gouvernance dans le pays et favoriseraient un développement à deux vitesses dans le pays, soit celui des zones minières (comme Boké) et le reste du pays. Cela

exceptionnel (République de Guinée, 2018). Force est de constater qu' « en dépit de ces avantages offerts par la nature, la Guinée demeure l'un des pays d'Afrique subsaharienne présentant les plus bas indicateurs en matière de développement économique, social et humain. Le pays est ainsi régulièrement classé parmi les pays les plus pauvres en termes de développement humain » (République de Guinée, 2018).

Selon Newbrander et al. (2011), il est beaucoup plus difficile de combattre une épidémie de grande ampleur quand les systèmes de santé sont fragiles. À la base, dans les États fragiles, les acteurs humanitaires impliqués ont souvent du mal à avoir des approches cohérentes par rapport aux besoins des populations, à intervenir rapidement et de façon flexible tout en respectant les principes humanitaires (ALNAP, 2015). Dans plusieurs pays africains fragiles, on déplore « l'absence chronique de professionnels formés en promotion de la santé, ce qui permettrait de disposer de compétences en ce qui concerne l'application de réelles politiques publiques pertinentes et contextualisées » (Houéto & Sambieni, 2016). Par exemple, dans le cas d'Ebola en Afrique de l'Ouest, il y avait un manque de personnel médical formé sur le diagnostic et le traitement des cas ; des infrastructures médicales désuètes ; une insuffisance de matériel médical de base et d'équipements de protection ; une faiblesse de la surveillance épidémiologique ; et, un manque de confiance envers les institutions publiques ce qui a fait que certains individus ont ignoré les messages de prévention et de sensibilisation des autorités publiques (OCDE, 2016). D'un autre côté, même avant cette épidémie, la Guinée connaissait des problèmes de coordination entre les différents acteurs intervenant dans le secteur de la santé (OMS, 2009b). Selon Patterson (2015), pour des raisons principalement historiques, la Guinée souffrait davantage du sous-développement de ses infrastructures sanitaires. L'auteur a comparé la Guinée à la Sierra Leone et au Libéria, puis a noté que ces deux derniers pays avaient des infrastructures quelque peu plus solides et mieux réparties en zones urbaines et rurales, avant l'épidémie d'Ebola. En Guinée, Patterson (2015) parle d'une pénurie de personnel et de matériel qui remonte à des décennies et qui se traduit par des statistiques alarmantes, par exemple quant au nombre de médecins par habitant.

---

provoquerait une concentration des investissements dans les zones d'exploitation minière et, par conséquent, des disparités régionales et des inégalités dans l'accès à l'électricité, à l'eau, etc.

L'ampleur de l'épidémie d'Ebola dans cette sous-région du monde démontre « l'extrême vulnérabilité des États fragiles face aux chocs, et fait ressortir l'importance d'un effort régulier d'investissement dans les services de santé de base, les dispositifs d'intervention en cas de catastrophe et les systèmes d'administration publique » (OCDE, 2016, p.36). Les crises sanitaires peuvent devenir hors de contrôle et dans des pays présentant certaines faiblesses institutionnelles (Philips & Markham, 2014). C'est ce constat qui est au cœur de la problématique de recherche. Le fait d'analyser la vulnérabilité des États fragiles face aux crises ramène à tenter de comprendre si la résilience et une meilleure préparation aux crises améliorent la capacité de réponse, et tendent à favoriser la confiance des populations envers les institutions publiques.

## **1.2.2 Préparation face aux crises sanitaires comme Ebola**

La préparation aux crises sanitaires passe par différents aspects. Même s'il n'est pas possible de tout prévoir, il est tout de même important d'avoir des politiques publiques en place ainsi que des ressources minimales pour pouvoir répondre aux épidémies. De plus, le renforcement de tous les aspects de la résilience constitue la clé d'une bonne préparation dans le but de faire face aux défis des maladies à potentiel épidémique.

### **1.2.2.1 Prévoir l'imprévisible**

Il est impossible de prédire la venue d'une crise sanitaire, les besoins, l'ampleur ou le nombre de victimes, mais la préparation et la création de plans de gestion des urgences permettent de mieux anticiper et d'établir certaines lignes directrices dans la gouvernance de la crise (Jouffroy et al., 2015). De plus, des auteur.e.s comme Quinn et al. (2017) rappellent que la prévention des maladies est plus avantageuse du point de vue de l'efficacité que les traitements médicaux. Ces mêmes auteur.e.s affirment que les États fragiles ont un besoin urgent de prévention alors que l'aide internationale a tendance à cibler les interventions d'urgence dans ces États plutôt que sur les actions de santé primaire, considérées de routine – comme la vaccination.

Dans le cas d'une crise sanitaire globale qui dépasse les capacités d'un hôpital voire d'un pays, il faut avoir des politiques publiques et des acteurs de santé prêts à gérer la chaîne de secours (Jouffroy et al., 2015). En fait, Pillonel (2010) déclare que « les crises

sanitaires récentes engendrées par des agents pathogènes émergents [...] ont montré la nécessité d'anticiper et d'organiser la détection précoce de tels risques et la préparation de la réponse ». Chez les scientifiques, on critique le fait que les pays en développement ne s'intéressent pas nécessairement aux problématiques sanitaires d'importance en amont et, par conséquent, n'arrivent pas offrir une réponse rapide face aux crises sanitaires (Houéto & Sambieni, 2016; Kruk et al., 2010). Il y a donc la nécessité d'aborder de façon plus durable l'action dans le secteur en investissant dans la préparation et la résilience face aux crises.

Selon Elargoubi et al. (2017, p.5), une demande claire a été formulée après l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest pour renforcer la préparation de tous les pays pour rapidement détecter et répondre au virus Ebola. De plus, ces auteur.e.s mettent l'emphase sur l'importance de bien préparer la coordination transfrontalière, aux différents points d'entrée, notamment aéroportuaires, pour la surveillance des maladies à potentiel épidémique. La préparation doit aussi toucher aux infrastructures de soins afin d'y intégrer des unités d'isolation; le développement de laboratoires pour faire des diagnostics; et, l'institutionnalisation de procédures de contrôle des infections (Elargoubi et al., 2017). La préparation est l'une des composantes de la résilience qui sera étudiée dans le cadre l'étude de cas.

### **1.2.2.2 Renforcer la résilience**

D'origine physique, le concept de résilience a été transféré à d'autres domaines à travers le temps. Dauphiné & Provitolo (2007) affirment que « la résilience physique mesure la capacité d'un objet à retrouver son état initial après un choc ou une pression continue... ». Plus tard, dans le domaine de l'écologie, Holling a démontré qu'un écosystème résilient était en mesure d'absorber les effets d'une perturbation sans pour autant changer de structure au niveau qualitatif (Dauphiné & Provitolo, 2007; Holling, 1973, 1996). Dans cette perspective, la résilience consiste donc en la capacité à absorber le choc et à maintenir son intégrité en se renouvelant grâce à la flexibilité, l'adaptabilité ou la « transformabilité ». Il est donc possible de ne pas revenir à l'état initial avant le choc, mais plutôt de se transformer. Il n'existe pas encore de théorie universelle et formelle pour expliquer la résilience, mais la genèse permet de noter qu'il existe deux visions de celle-ci, soit la vision de la résilience physique et la vision plus écologiste. Dauphiné & Provitolo

(2007) soulignent trois facteurs positifs qui permettent d'accroître la résilience soit la diversité, l'auto-organisation et l'apprentissage. Nous verrons plus loin que ces facteurs feront partie des variables utilisées dans le cadre de notre recherche. Toujours selon ces auteurs, la résilience suppose alors des approches non seulement défensives face à l'adversité comme la précaution et la gestion des risques, mais également des approches proactives et novatrices (ingéniosité, créativité) pour permettre au système de se renouveler ou se régénérer. Dans cette thèse, nous adoptons davantage la perspective écologiste de la résilience plutôt que celle en physique.

Parmi les définitions les plus communes, on retrouve celle de la résilience qui vise un bien-être persistant et équitable à long terme; qui implique des actions de précaution par rapport aux risques et à l'utilisation des ressources; ainsi qu'une diminution de la vulnérabilité et la promotion de l'intégrité écologique (Adger, 2003). La résilience s'évalue sur le plan des capacités, du degré d'auto-organisation, d'apprentissage et d'adaptation du système (Adger, 2003). « Selon les différentes disciplines, la résilience consisterait essentiellement, et de façon résumée, en la capacité d'une personne ou d'un système à se remettre d'un choc et à demeurer relativement stable malgré un environnement turbulent » (Therrien, 2010, p.155). La résilience individuelle – qui oriente fortement la résilience systémique et sociale – est la résistance et l'adaptation dans une optique de retrouver et de développer ses capacités pour se relever après un choc. Du point de vue systémique, la promotion de la résilience signifie l'implantation de changements dans le processus décisionnel et dans les nouvelles formes de gouvernance en promouvant des buts sociaux et une capacité d'adaptation (Adger, 2003). La résilience peut être communautaire, individuelle, institutionnelle, voire même organisationnelle (Kapucu & Sadiq, 2016). Il est opportun de présenter la définition de la résilience proposée par OCHA (2008, p.3); il s'agit de « la capacité d'un système, une communauté ou une société exposée aux risques de résister, d'absorber, d'accueillir et de corriger les effets d'un danger, en temps opportun et de manière efficace, notamment par la préservation et la restauration de ses structures essentielles et de ses fonctions de base ». On y ajoute d'ailleurs que « la résilience de la communauté en ce qui concerne les risques potentiels des événements est déterminée dans

la mesure où la collectivité a les ressources nécessaires et est capable de s'organiser elle-même avant et pendant les périodes de besoin » (OCHA, 2008, p.3)<sup>36</sup>.

Du point de vue des approches stratégiques de résilience proposées à l'échelle internationale, il faut se référer au Cadre d'action de Hyogo 2005-2015 : *Pour des Nations et des collectivités résilientes face aux catastrophes*<sup>37</sup>. Les cinq priorités d'action de ce cadre, qui promeuvent clairement la résilience (Wilson, 2015), sont : la réduction des risques de catastrophes; l'information sur les risques et l'alerte rapide; l'instauration d'une culture de sécurité et de résilience, la réduction des risques dans les secteurs clés; et, le renforcement de la planification des interventions en cas de crise ou catastrophe (OCHA, 2008). Dans ce cadre, on souligne l'importance de poursuivre le travail de prévention des catastrophes dans le contexte du développement durable et de la résilience, en renforçant les capacités nationales et locales de gestion et de réduction de ces risques. C'est lors de la *Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes*, en 2005, que cette approche a été proposée afin de réduire la vulnérabilité<sup>38</sup>, tout en promouvant le besoin de renforcer la résilience des collectivités face à une variété de catastrophes (ONU, 2005). Qui plus est, on affirme alors que la réduction des risques de catastrophes doit être vue dans une perspective globale et qu'elle soit appliquée autant dans les politiques, que dans les plans et programmes de développement durable, mais aussi lors des urgences (ONU, 2005). On y mentionne aussi l'importance de l'intégration d'une perspective sexo-spécifique et du fait de tenir compte des particularités cultures, de l'âge et des populations vulnérables, dans toutes les étapes de la gestion des crises, mais aussi dans la prévention des catastrophes.

---

<sup>36</sup> De son côté, Zyla (2017) rappelle que la résilience est la résultante de nombreuses composantes dont les capacités et la légitimité de l'État, les ressources disponibles et leur distribution, ainsi l'efficacité de l'ensemble des institutions. Par ailleurs, l'auteur affirme que l'État doit être en mesure de mitiger les risques, mais aussi de les planifier. Ainsi, en ayant des bases pour s'adapter aux menaces internes ou externes, cela permet à l'État, ou au système, de maintenir ses fonctions et ses structures en place.

<sup>37</sup> À partir de cette période, la résilience devient une « dimension incontournable des trajectoires de développement durable, irrigue la plupart des discours onusiens sur la réduction des risques de catastrophes » (Quenault, 2015, p.17). Wilson (2015) a aussi expliqué comment la résilience est devenue un incontournable depuis les stratégies de Yokohama, grâce à une connaissance des dangers possibles, ainsi que des informations sur les vulnérabilités et les capacités.

<sup>38</sup> À cette époque, il faut noter que le discours commence à changer pour cesser de porter l'attention sur la vulnérabilité des États face aux catastrophes. On encourage désormais l'utilisation des termes « adaptation » et « résilience » dans la gestion des catastrophes, ce qui donne une connotation plus positive au discours (Quenault, 2015). En fait, la résilience est souvent présentée comme un antonyme à la vulnérabilité (Adger, 2006; Serre, Barroca, & Laganier, 2013).

À cet égard, il arrive souvent que les auteur.e.s qui écrivent sur la résilience la lient et/ou l'opposent à la vulnérabilité (Adger, 2006; Bahadur, Ibrahim, & Tanner, 2010; Birkmann, 2007). Dans l'analyse de la gestion d'une crise sanitaire dans un État fragile, il est intéressant de mesurer ou de tenter d'observer le niveau de vulnérabilité avant la crise et celle après la crise pour comparer les capacités et caractéristiques existantes au préalable et le niveau de résilience du système. Le défi, dans les États fragiles, est que le niveau de vulnérabilité avant les crises est élevé et la résilience, quant à elle, est souvent faible.

Dans le cas de crises sanitaires, les systèmes de santé doivent être en mesure de s'accommoder aux perturbations sans toutefois perdre leur fonctionnalité (Ager, Fiddian-Qasmiyeh, & Ager, 2015; Almedom, 2008; Perrings, 2006). Un système de santé résilient est défini comme un étant capable d'absorber les chocs liés à une urgence sanitaire complexe tout en continuant à offrir les services sanitaires réguliers et en laissant les autres secteurs du pays pleinement fonctionnels (Kieny & Dovlo, 2015a). Par conséquent, même si des mesures sont prises pour répondre à une maladie à potentiel épidémique, les services de santé réguliers devraient être en mesure de poursuivre leurs activités (Kieny et al., 2014; Therrien et al., 2017). Le système a donc besoin d'une flexibilité dans la gestion et d'un flair stratégique (Gilson & Schneider, 2010). Dans le cas d'Ebola en Guinée, l'une des critiques énoncées a posteriori est le fait que les services de santé réguliers et les efforts de coordination en santé ont été mis en veille pendant l'épidémie. Ade et al. (2016) donnent l'exemple des activités de coordination du dialogue politique sur le *Plan national de développement sanitaire* du Comité de coordination du secteur de la santé (CCSS) guinéen qui ont été suspendues au profit de la Cellule nationale de lutte contre Ebola. Les services de santé réguliers ont aussi été suspendus puisque les populations étaient réticentes à consulter les infrastructures de santé (Somparé, 2017). Pour sa part, Diakité (2016, p.59) mentionne que la lutte contre l'épidémie d'Ebola a été privilégiée « au détriment d'autres problèmes de santé qui continuaient cependant à faire beaucoup plus de victimes qu'Ebola. Il faut dire que tous les financements étaient orientés vers la riposte à la [maladie à virus Ebola], une situation qui n'a fait qu'aggraver la situation financière du système de santé global ».

Le renforcement des systèmes de santé sur le long terme permet d'accroître la résilience et la capacité de réponse à une éventuelle autre crise sanitaire (Kieny & Dovlo,

2015a; Philips & Markham, 2014). Dans les États fragiles, ce renforcement constitue un impératif humanitaire afin de promouvoir la sécurité internationale et régionale (Benton et al., 2014 ; Boozary et al., 2014; Newbrander et al., 2011; Ng & Ruger, 2011). Afin de développer un système de santé résilient, une approche multisectorielle (Houéto & Sambiéni, 2016) et intégrée est privilégiée par les auteurs aux vues de l'interdépendance entre la santé et le paysage socio-économique des pays (Kieny & Dovlo, 2015a). Pour diminuer la fragilité des institutions et accroître la résilience, il faut mettre en place des institutions efficaces, responsables et transparentes ainsi que tenter de « réduire l'exposition et la vulnérabilité aux phénomènes extrêmes liés au climat et à d'autres catastrophes d'ordre économique, social et environnemental » (OCDE, 2016, p.46).

En somme, les systèmes de santé doivent pouvoir rebondir face à une crise sanitaire à travers diverses composantes dont le personnel, le matériel, les structures et espaces dédiés à la gestion des maladies à potentiel épidémique, les plans de gestion des pandémies et épidémies, les procédures organisationnelles, stratégies et outils (Therrien et al., 2017). La gestion adaptative est encouragée pour répondre aux urgences et favoriser la résilience (Holling, 1996). En étant conscient des risques possibles et en ayant développé des plans et stratégies au préalable, le système sera en mesure de poursuivre ses fonctions en temps de crise. Dans le cas d'Ebola en Afrique de l'Ouest, la gestion n'était pas résiliente dans le sens que le système présentait des lacunes en termes de ressources, de capacités, de surveillance, d'information et l'intervention rapide (Kieny & Dovlo, 2015a). Enfin, dans les dernières années, des publications diversifiées ont discuté de la résilience post-Ebola (Kieny & Dovlo, 2015a; Kieny et al., 2014; Kruk et al., 2015; Martineau, 2016; Ministère de la Santé, 2015a; WHO, 2016) et le gouvernement guinéen a même publié un *Plan de relance et de résilience post-Ebola* pour la période de 2015-2017 (Ministère de la Santé, 2015a). Par contre, ces documents et recherches méritent d'être approfondis par une étude complémentaire sur les aspects de la gestion et de la résilience. Pour faire le pont entre les lacunes de résilience et les difficultés à répondre aux crises sanitaires dans certains États, la section qui suit discutera des environnements complexes comme les États fragiles.

### **1.2.3 Contextualiser la réponse aux crises face à la complexité du système sanitaire**

En dépit de toutes les bonnes pratiques de préparation et de gestion des crises défendues dans la littérature académique et professionnelle, n'oublions pas la nécessité de contextualiser la réponse et les interventions lors des crises sanitaires. Les crises surviennent dans des contextes aussi différents les uns que les autres. Nous pouvons penser à la distinction d'une réponse en milieu rural versus le milieu urbain ou encore à celle d'un pays développé versus celle dans un État fragile. La présente section discutera de la complexité des contextes.

#### **1.2.3.1 La complexité au cœur de la santé**

Pour Edgar Morin (1976, 2005), tout système est complexe en raison des multiples relations entre les parties bien souvent très différentes les unes des autres, parfois même antagonistes. Dans le cas d'un système complexe, il n'est pas possible d'étudier un objet sans prendre en compte l'environnement, les perturbations, les fonctionnements et mécanismes (Cambien, 2008; Rickles et al., 2007). Selon l'OCDE (2018), pour lutter contre la fragilité des États, il faut prendre en considération cette dernière en choisissant des méthodes et approches différenciées selon les particularités des contextes fragiles, et ce en travaillant sur tous les aspects de la fragilité.

Il convient de conceptualiser la réponse humanitaire et la réponse aux risques d'épidémies comme un système complexe<sup>39</sup>. Les systèmes de santé sont aussi complexes<sup>40</sup>, et demandent une adaptabilité aux modifications constantes de l'environnement (Kruk et al., 2015). La gestion des crises sanitaires est elle aussi une activité complexe dans un système complexe (Therrien et al., 2017). Aux vues de la complexité des crises, le processus de gestion est itératif et demande des ajustements fréquents aux changements

---

<sup>39</sup> Sans axer spécifiquement sur les États fragiles, mais dans le domaine de la santé globale, le World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group (2009) mentionne la nature complexe des initiatives de santé globale et des systèmes de santé nationaux en raison des parties prenantes nombreuses et qui se renouvellent continuellement, de l'environnement changeant et des particularités des institutions politiques et économiques.

<sup>40</sup> Le secteur de la santé est plus complexe que les autres secteurs pour plusieurs raisons, comme les coûts récurrents qui nécessitent un financement public adéquat, les comportements individuels qui influencent les résultats sanitaires, le nombre impressionnant d'acteurs impliqués, etc. (Schieber et al., 2006). Dans le même sens, il faut dire que les systèmes de santé sont des structures socio-économiques complexes (Reich, Takemi, Roberts, & Hsiao, 2008) en raison du nombre de relations et d'interactions qui les composent.

(Comfort, 2007, 2016). Parmi les méthodes de gestion résilientes face aux urgences complexes, la gestion adaptative et l'apprentissage continu sont défendus (Kapucu & Sadiq, 2016). Les degrés d'adaptabilité dépendent d'un système à l'autre et d'un contexte à l'autre. Par exemple, on ne peut s'attendre à avoir la même réponse à une épidémie dans un pays où le système de santé est développé, comparativement à un État fragile où le système de santé connaît des faiblesses importantes. C'est d'ailleurs ce qu'Elargoubi et al. (2017) mentionnent dans leur article discutant des leçons sur les causes et la gestion d'Ebola. Effectivement, certains États dans des zones à risques n'arrivent pas à améliorer leur système de santé (infrastructures, diagnostic rapide, formation, technologie...) pour signaler une épidémie, mais aussi y répondre sans l'aide des pays développés. Selon Diakité (2016, p.58), « la situation sanitaire est déjà en soi révélatrice de la fragilité du système de santé » en Guinée. La réponse à Ebola n'a que mis davantage en exergue cette fragilité.

Dans le même sens que les approches de Comfort (2002; Kapucu (2012); Kapucu & Sadiq (2016); La Porte (2006), l'analyse des résultats se fera à travers les lunettes de la théorie de la complexité. Plusieurs systèmes sont complexes, mais non adaptatifs (Pascale, 1999). Tel qu'affirmé précédemment, la résilience face aux crises repose sur un certain degré d'adaptabilité. L'adaptabilité est d'ailleurs l'une des cinq caractéristiques de la résilience proposées par Kruk et al. (2015). Ainsi, la théorie de la complexité est pertinente pour étudier la résilience face aux crises sanitaires en Guinée.

Pour gérer une problématique sanitaire d'importance, les transferts de technologies ou d'informations médicales ne suffisent pas, il faut prévoir une adaptation de ces dernières aux réalités locales en impliquant le social, le politique et les institutions (Gilson & Schneider, 2010). La gestion des crises sanitaires demande une intervention inter-organisationnelle (Day, 2014) ainsi qu'une adaptation continue aux variabilités du système (Comfort, 2007; Therrien et al., 2017). Il y a aussi un niveau d'incertitudes plus important dû aux changements fréquents qui surviennent dans le contexte et au nombre élevé d'acteurs concernés. Les modèles de gestion des crises dans les États fragiles devraient donc laisser place à une adaptabilité au lieu d'être normatifs et fixes.

### 1.2.3.2 Une recette magique pour gérer la complexité?

Il n'existe pas de recette préconçue pour gérer la complexité (Gilson & Schneider, 2010; Poku & Whitman, 2011) et il n'est pas possible de transférer intégralement les méthodes de gestion de crise d'un endroit à l'autre (Andrews, 2013). Les stratégies doivent être adaptées aux différents pays et aux contextes à l'intérieur de ces pays (Yang, Farmer, & McGahan, 2010). Dans le domaine politique, il existe une nouvelle forme de gestion qui émerge grâce à la résilience (Welsh, 2014)<sup>41</sup>. Elle arrive en rupture avec le modernisme en intégrant des notions d'adaptation, d'imprévisibilité, de vulnérabilité dans les discours gouvernementaux (Welsh, 2014). Le concept est intégré dans les pratiques des gouvernements et spécialement dans la gouvernance des urgences en gérant de façon autonome et en tentant de sécuriser le système contre les chocs endogènes et exogènes. Par exemple, la responsabilité pour la préparation, la réponse et le relèvement face aux crises peut être accordée aux échelles locale et régionale afin de renforcer la résilience, tandis que le gouvernement central peut être considéré comme un facilitateur et un coordonnateur dans la gestion des crises (Welsh, 2014). La gestion résiliente vise à implanter des politiques, pratiques et programmes gouvernementaux relatifs à l'urgence sanitaire, au développement et à la sécurité ainsi que des approches qui mettent l'accent sur l'adaptation, la flexibilité et la continuité fonctionnelle (Welsh, 2014).

Il faut comprendre le dynamisme des systèmes pour assurer un développement plus durable et la résilience des populations. Certains scientifiques ont critiqué cette tendance à vouloir utiliser les approches préconçues pour répondre à Ebola en Guinée. C'est le cas de la recherche ethnographique de Gomez-Temesio & Le Marcis (2017, p.69). Ces auteurs ont donné l'exemple que le modèle du CTE utilisé pour répondre à la crise qui était une « évidence indiscutable au nom de l'urgence épidémiologique – justification du « droit d'ingérence » défendu par MSF depuis sa fondation (Fassin & Pandolfi 2010) – reléguant au second plan d'autres solutions plus locales, comme l'organisation de la quarantaine ou

---

<sup>41</sup> Cette forme de gouvernance a surtout été illustrée dans la littérature des pays développés – beaucoup plus abondante – particulièrement dans la planification des désastres par l'Union européenne ou dans les discours sur les changements climatiques et le développement durable des Nations unies (Welsh, 2014). Elle est d'ailleurs fortement utilisée dans la gouvernance au Royaume-Uni (Chandler, 2014a; Welsh, 2014). Du côté des pays en développement, elle est plutôt vulgarisée à travers des stratégies individuelles de résilience ou encore des stratégies ponctuelles de gouvernance lors de certaines crises comme aux Philippines en 2009 (Ager, Fiddian-Qasimiyeh, & Ager, 2015).

des soins à l'échelle domestique ». Le fait de mettre les populations guinéennes en quarantaine n'a pas été perçu comme la solution idéale aux vues des réticences communautaires et des épisodes de violence qui ont suivi. Ce n'est qu'un exemple parmi tant d'autres qui montre comment les pratiques utilisées en période d'urgence ne répondaient pas adéquatement à la complexité du contexte local.

Un commentaire de Graham et al. (2018) rapporte les leçons de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en y intégrant la conception des théories et méthodologies émergentes, comme l'ethnographie, dans la réponse aux épidémies. Bien que pertinent quant à l'explication de l'importance de tenir compte des contextes locaux changeants et complexes et de la nécessité d'adopter des approches flexibles, le texte ne va pas en profondeur dans l'analyse du cas de l'épidémie d'Ebola entre 2014 et 2016 en Afrique de l'Ouest. Les auteur.e.s affirment que les recherches tendent à négliger les facteurs sociaux préexistants, les aspects économiques et politiques, ainsi que l'historique de la vulnérabilité face à la maladie et sa transmission (Graham et al., 2018). Il semblerait que ce texte soit l'un des rares à discuter des approches flexibles et de l'adaptation par rapport au cas d'Ebola en Afrique de l'Ouest. Sans discuter spécifiquement de la gestion et la coordination de la crise comme telle, mais plutôt des approches ethnographiques et anthropologiques, les auteur.e.s rapportent que les méthodes de recherches émergentes peuvent permettre de mieux saisir les particularités du contexte pour offrir une réponse efficace. Un fait intéressant noté par les auteurs est que la compréhension des micro-pouvoirs locaux constitue un élément de succès dans la réponse à une épidémie comme Ebola.

Enfin, le scientifique Martineau (2016) a publié un texte pertinent au sujet de la résilience des systèmes de santé après l'épidémie d'Ebola entre 2014 et 2016. Selon lui, les nombreux projets de renforcement de la résilience axent davantage sur des approches globales plutôt que locales et cela ne serait pas aussi efficace. Il aborde la complexité inhérente aux crises sanitaires, telle que reconnue dans cette thèse, et la nécessité d'adopter une position différente centrée sur l'échelle locale. Il rapporte que les crises sanitaires produisent fréquemment une sorte de compétition entre les priorités de la santé et des acteurs qui ne sont pas dans le domaine de la santé. Il affirme d'ailleurs que les prescriptions et approches normatives et généralisables ne sont pas les bienvenues pour

construire la résilience des systèmes de santé. Martineau (2016, p.308) écrit plutôt que les programmes de renforcement post-Ebola requièrent un changement de pensée politique vers une approche locale, relationnelle, et orientée sur la pratique.

#### **1.2.4 Exemple empirique d’Ebola en Guinée**

Le cas spécifique retenu est celui de la crise d’Ebola en Guinée qui a eu lieu entre décembre 2013 et juin 2016<sup>42</sup>. L’épidémie d’Ebola en Afrique de l’Ouest fournit, selon Deloffre dans Gronke (2015), un exemple empirique d’une crise de la sécurité humaine et des problèmes fréquents dans les réponses internationales aux crises humanitaires. Auparavant, Ebola était vue comme « une maladie de l’Afrique profonde touchant les villages les plus reculés » (Somparé, 2017), mais le fait que la maladie se soit répandue si rapidement dans les capitales des trois principaux pays touchés, et ait eu des conséquences si dévastatrices, soulève des problématiques importantes de santé publique et de gestion des crises. Boozary et al. (2014) ; Kekulé (2015) ; Kruk et al. (2015), disent qu’Ebola est un exemple des lacunes dans les préalables de la résilience notamment en ce qui concerne la capacité de gouvernance des autorités locales, le personnel qualifié, les ressources médicales de base ainsi que de mobilisation des acteurs locaux. Dans ce cas précis et comme dans l’ensemble des réponses aux crises sanitaires, il ne faut pas juste se concentrer sur la construction ou le renforcement de systèmes de santé en vue de gérer le virus, mais aussi maintenir les soins de santé primaires habituels (Kieny & Dovlo, 2015a). Spécifiquement par rapport à Ebola, Calnan et al. (2017) ont, pour leur part, rapporté la faiblesse du système de santé en général en raison du manque de travailleurs de la santé qualifiés, d’infrastructures, de logistique; en plus de critiquer la faiblesse de la surveillance, de l’information sanitaire, de la gouvernance et du système d’approvisionnement en médicaments.

Cette épidémie a été sans précédent considérant son ampleur et son impact, c’est la crise la plus récente qui démontre l’importance non seulement des recherches médicales, mais également des recherches pour le développement de modèles qui permettent de cibler

---

<sup>42</sup> Les premiers cas d’une maladie, qualifiée d’inconnue à cette période, ont été notifiés en décembre 2013. Cependant, il a fallu attendre jusqu’en mars 2014 pour que l’épidémie d’Ebola soit déclarée par l’OMS (OMS, 2014).

les priorités sanitaires mondiales (Heymann et al., 2015). Depuis que la crise est terminée, Diakité (2016) a affirmé qu'il importe que la Guinée puisse renforcer la gestion des crises et, par le fait même, de clarifier le rôle de tous les acteurs impliqués dans la gestion des crises, afin de mieux coordonner la réponse. Cette volonté des acteurs locaux s'exprime aussi à travers le ministère de la Santé de Guinée qui a sorti, entre autres, le *Plan de relance et de résilience du système de santé 2015-2017*, en mai 2015. Ce document explique qu'aux vues des lacunes observées lors de la réponse à Ebola, « il est urgent d'entamer la relance du système de santé en vue de garantir l'accès durable des populations vulnérables aux soins essentiels de santé et contribuer au développement d'un capital humain en bonne santé, économiquement productif » (Ministère de la Santé, 2015a).

Dans une optique de durabilité, la réponse à une crise comme Ebola doit dépasser le fait de sauver des vies. La réponse doit être bien pensée en travaillant à l'amélioration de la réponse en rendant le système de santé plus résilient (Boozary et al., 2014). Depuis la fin de l'épidémie et le retrait d'un nombre important de partenaires internationaux, ce sont les autorités sanitaires nationales qui sont les maîtres d'œuvre des pratiques en vue d'améliorer le système de santé et d'utiliser les leçons apprises d'Ebola pour faire avancer les façons de faire (Somparé, 2017). De nombreux partenaires internationaux sont encore aujourd'hui sur place pour travailler avec les acteurs nationaux et locaux, afin de renforcer le système de santé en général, mais plus particulièrement à travers toutes les étapes de gestion des crises sanitaire. Le choix de la Guinée comme étude de cas permettra de fournir des évidences empiriques, peu documentées actuellement, sur les rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans une crise sanitaire globale, et sur la gestion résiliente de cette crise dans toutes ses composantes. Les prochaines sous-sections fourniront quelques informations sur la Guinée et des éléments de vulnérabilité.

#### **1.2.4.1 Système de santé guinéen**

La Guinée compte environ 12 396 000 habitants (World Health Organization, 2018) dont plus de deux millions se retrouvent dans la capitale (Bah et al., 2015). Le revenu national brut annuel est d'environ 970 dollars par habitant et les dépenses pour les soins de santé par habitant sont d'environ 67 dollars par année (Bah et al., 2015). De son côté, l'OMS les chiffrait plutôt à 25 dollars US en 2015 (World Health Organization, 2018, p.62).

Toujours selon l’OMS, la Guinée allouait seulement 2,7%<sup>43</sup> de son budget en 2015<sup>44</sup> (WHO, 2018), donc très loin de ce qui était proposé dans la Déclaration d’Abuja. Seulement 18,6% des citoyens utiliseraient les services de santé publique ce qui peut entraîner des difficultés à circonscrire les épidémies (Baldé, 2015). Selon l’OMS, la Guinée aurait 7246 personnes qui nécessiteraient des interventions contre les maladies tropicales négligées (World Health Organization, 2018, p.30)<sup>45</sup>. De son côté, Diakité (2016) qualifie le système sanitaire guinéen comme fragile comme en témoignent les données accablantes qu’il présente sur l’espérance de vie de 56 ans; le taux de mortalité maternelle à 724 pour 10 000 naissances; l’incidence et la prévalence des maladies transmissibles comme le paludisme (44%), la tuberculose pulmonaire à microscopie positive (178 TPM+ pour 100 000 habitants) et le VIH-SIDA (1,7%); la malnutrition chronique touchant plus de 30% des enfants et sous sa forme aiguë 10% d’entre eux; les maigres investissements nationaux en santé; etc.<sup>46</sup>

Dans la littérature, on peut lire que le financement de la santé en Guinée est fortement dépendant de l’aide extérieure qui se manifeste par investissements en termes d’infrastructures, d’équipements et de formations, mais les coûts récurrents des infrastructures construites et de l’approvisionnement en médicaments sont difficiles à couvrir pour le pays (OMS, 2009b). Dans la gestion d’une épidémie comme Ebola, l’absence de laboratoires pour confirmer les cas suspects accroît les risques de propagation du virus. Comme l’affirment Elargoubi et al. (2017), dans plusieurs pays, l’accès aux techniques de diagnostic demeure limité en raison des coûts, mais aussi du manque d’infrastructures. Pour ce qui est de la gestion des crises sanitaires en Guinée, elle se fait grâce à un appui de certains partenaires de développement, dont des agences des Nations unies, des ONG, des institutions de coopération bilatérales et multilatérales (OMS, 2009b).

---

<sup>43</sup> Diakité (2016) parle de 1,75% pour les données de 2012, donc il y a eu une légère augmentation entre 2012 et 2015.

<sup>44</sup> Ce pourcentage est similaire au Libéria qui avait aussi 2,7% en 2015, mais inférieur à la Sierra Leone qui accordait 7,9% à la santé. Dans les pays développés, on parlait de 22,6% pour les États-Unis et 19,1% pour le Canada (WHO, 2018).

<sup>45</sup> À titre comparatif, dans la sous-région, le Libéria en a 2920, la Sierra Leone 7652, la Guinée-Bissau 1577 et le Sénégal 11 636 (WHO, 2018).

<sup>46</sup> Le taux de mortalité maternelle est élevé en Guinée avec 679 décès par 100,000 naissances vivantes et la cible de l’OMS est d’en avoir moins de 70; tandis que la mortalité infantile est chiffrée à 89 décès par 1000 naissances vivantes et la cible de l’OMS est de passer sous la barre des 25 (WHO, 2018). L’incidence de la tuberculose est de 176 personnes atteintes par 100,000 personnes, tandis que la malaria touche 386,5 personnes sur 1000 personnes en Guinée (WHO, 2018).

Le système de santé guinéen est divisé en sous-secteurs public et privé. Du côté du public, il est « organisé de façon pyramidale et comprend de la base au sommet : le poste de santé, le centre de santé, l'hôpital préfectoral, l'hôpital régional et l'hôpital national » (OMS, 2009b). À la base de la pyramide, il y a des centres ou postes de santé qui offrent des soins primaires; ensuite, il y a un centre médical pour chaque commune, où une plus grande gamme de soins sont offerts; enfin, il existe, au sommet, deux centres hospitaliers universitaires<sup>47</sup> et un centre hospitalier sino-guinéen (Doumbouya, 2008; Somparé, 2017). Au niveau décentralisé, il existe sept hôpitaux régionaux<sup>48</sup> (Doumbouya, 2008) qui peuvent répondre aux référencement des préfectures et des districts et plusieurs hôpitaux préfectoraux<sup>49</sup>. En Guinée, la pyramide sanitaire se décline aussi dans les différents domaines comme la sécurité et la sûreté biologique (Koivogui, 2017). L'annexe 2 présente deux schémas de ce système pyramidal, soit celui des structures sanitaires en général et celui des laboratoires. Pour ce qui est du ministère de la Santé, il est structuré en trois niveaux : national, régional et préfectoral. À chacun de ces niveaux, il existe des structures administratives et des instances de coordination. Un tableau présentant la structure du ministère de la Santé est disponible à l'annexe 3.

Cette structure pyramidale en Guinée est pertinente puisqu'elle permet de décentraliser le système de santé, la surveillance des risques de maladies à potentiel épidémique, et de fournir des soins de santé à tous les niveaux. Cependant, il appert qu'il existait des déficits sur certaines composantes de santé avant Ebola, telles que la surveillance des risques d'épidémies, la prise en charge des cas, et dans la préparation de documents et de plans d'action pour l'urgence (Diakité, 2016). L'auteur, un fonctionnaire du ministère de la Santé guinéen, évoque les problèmes dans la décentralisation de la riposte face à Ebola sans expliquer précisément pourquoi.

---

<sup>47</sup> Les hôpitaux Ignace Deen et Donka.

<sup>48</sup> Il s'agit des hôpitaux régionaux de Boké, Kindia, Mamou, Faranah, Kankan, Labé et N'Zérékoré.

<sup>49</sup> Tel que répertoriés sur le site internet du ministère de la Santé de Guinée (Cellule de Communication du Ministère de la Santé, s. d.), ils sont présents dans les préfectures de Beyla, Boffa, Kouroussa, Dabola, Siguiri, Macenta, Kissidougou, Guekédou, Lola, Yomou, Pita, Koundara, Gaoual, Kerouane, Madiana, Dalaba, Forécariah, Fria, Kamsar, Mali Yemberein, Dubréka, Coyah, Sangaredi, Télémélé, Lélouma, Koubia, Dinguiraye et Tougue.

À chaque niveau de la pyramide, il y a un organe de gestion. Par exemple, au sein des communes, il existe une Direction communale de la santé (DCS) et à la ville de Conakry, il y a la Direction de la santé de la ville de Conakry (DSVCo). Les DCS, pendant Ebola, étaient composées d'employés des partenaires internationaux comme l'OMS, des employés des ONG travaillant dans la lutte contre Ebola (Somparé, 2017). Tous ces employés travaillaient dans diverses disciplines comme la médecine, les communications, la socio-anthropologie, la gestion, etc. À l'intérieur du pays, au niveau régional, les Directions régionales de la santé (DRS) existent; et il en est de même, au niveau encore plus décentralisé, avec les DPS. La littérature ne semble pas proposer d'écrits spécifiques sur les rôles et responsabilités à chacune des échelles.

Il existe une multitude d'acteurs impliqués dans la gestion et l'appui au système de santé en Guinée. Outre le ministère de la Santé, des organisations de la société civile, des partenaires de développement internationaux et d'autres ministères dont celui de l'Environnement sont engagés (Ade et al., 2016). Le secteur privé est, quant à lui, principalement composé de dispensaires ou cliniques qui se créent de manière anarchique (Somparé, 2017) et ne sont pas tous répertoriés à l'échelle du pays. Toujours selon Somparé (2017), l'OMS et les communes de Conakry ont tout de même fait un inventaire des cliniques privées de la capitale pendant l'épidémie. De son côté, le secteur informel et traditionnel est fortement développé dans le pays, mais il n'est pas contrôlé (OMS, 2009b; Somparé, 2017). En somme, la littérature nous montre que le système de santé est décentralisé au niveau de tout le pays, mais que les organes du système de santé sont méconnus, et les infrastructures sont parfois absentes, insuffisantes ou font face à des lacunes importantes comme un manque de ressources.

#### **1.2.4.2 Les ravages d'Ebola en Guinée**

Parmi les raisons qui ont poussé au choix de la Guinée, notons que, selon l'OCDE (2016), la Guinée constitue l'État le plus fragile parmi les trois principaux touchés par Ebola, mais aussi l'État qui a connu le moins de cas rapportés parmi les trois. La croissance de l'épidémie y a donc été moins fulgurante que dans les deux autres pays. Un diagramme comparatif est présenté à l'annexe 4. La littérature ne mentionne pas spécifiquement les raisons qui expliquent cette différence. Une chose est certaine, du point de vue de la

littérature sur la gestion de la crise d’Ebola en Guinée, il ne semble pas y avoir de précisions à ce sujet.

Selon le Centers for Disease Control and Prevention (2016) et les autorités nationales guinéennes (Keita, 2017b), la propagation du virus a provoqué 11 310 décès dans les trois principaux pays touchés, dont 2544 en Guinée sur un total de 3 358 cas confirmés. Le tableau à l’annexe 5 présente le nombre de cas confirmés et le nombre de décès par pays et dans l’ensemble. Même si la Guinée a rapporté moins de cas suspects que la Sierra Leone et le Libéria, il importe de consulter le nombre total de décès par pays. Effectivement, un fait à noter est la proportion de décès par rapport au nombre de cas atteints (suspects, probables et confirmés), ce qu’on appelle le taux de létalité. Selon les nombres présentés dans le tableau à l’annexe 4, le taux de létalité face à Ebola en Guinée a été de 75,76%, contrairement à la Sierra Leone où il a été d’environ 45,44%. Vu le fort taux de létalité (Diakité, 2016), les chances de survie face au virus étaient moindres dans ce pays. Selon Migliani et al. (2016), la létalité a atteint un plateau, à deux décès sur trois personnes infectées, à partir de septembre 2014 sans varier jusqu’à la fin de l’épidémie. Ce taux de létalité est aussi l’un des éléments qui a encouragé cette étude de cas spécifique. Le tableau à l’annexe 5 présente ce rapport entre les cas rapportés et les décès notifiés. Finalement, le diagramme disponible à l’annexe 6 expose les courbes de cas rapportés et de décès confirmés pour la Guinée.

En outre, un autre fait important est le nombre d’agents de santé infectés par le virus en Guinée, soit 211, et le décès de 115 d’entre eux (Keita, 2017b). Le décès de nombreux personnels de santé peut démontrer des faiblesses quant aux ressources humaines, mais aussi quant à la disponibilité et la qualité des infrastructures (zones d’isolation par exemple), et des ressources matérielles (comme les équipements de protection individuelle que les agents de santé doivent porter en présence de cas suspects).

Ce sont les préfectures de Guéckédou, Macenta et Kissidougou qui ont été les premières touchées par le virus (Rico et al., 2016). Selon Rico et al. (2016) ce sont 32 des 34 préfectures de la Guinée qui ont connu des cas d’Ebola après mars 2014. Migliani et al. (2016, p.230) parlent plutôt de « 27 préfectures sur 34 avec plus ou moins d’intensité ». La carte de l’Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSS), à l’annexe 7, présente l’ensemble

des décès d'Ebola par district sanitaire entre 2014 et 2016 (Keita, 2017b). La capitale de la Guinée, Conakry, ainsi que quatre préfectures environnantes (Coyah, Dubreka, Forécariah et Kindia) ont été les plus affectées par l'épidémie (ONU, 2015; Rico et al., 2016).

Un total de 1355 cas, soit environ 40% des cas de l'ensemble de la Guinée, ont été dénombrés dans cette sous-région (Rico et al., 2016). C'est Forécariah qui aurait connu la plus haute incidence, soit quatre fois plus grande que Conakry (Rico et al., 2016). La Guinée forestière n'est pas en laisse, de nombreux cas ont été rapportés dans les préfectures de Macenta, Guéckédou, N'Zérékoré et Kérouané, comme en témoigne la carte de l'ANSS à l'annexe 7 et le tableau de l'annexe 8.

Le pourcentage de décès liés aux cas rapportés se situait entre 40% à Conakry et 60% à Kindia (Rico et al., 2016). Au Libéria, Hankivsky dans Gronke (2015) dit que 75% des décès liés à la maladie étaient des femmes, possiblement lié aux rôles traditionnels des femmes qui sont celles qui offrent des soins formels et informels. Cependant, en ce qui concerne la Guinée, Rico et al. (2016) affirment que les hommes ont été davantage touchés que les femmes, même si l'incidence selon le genre variait d'une préfecture à l'autre. Pour leur part, Migliani et al. (2016, p.231) disent plutôt que le virus d'Ebola a « infecté dans les mêmes proportions les femmes que les hommes », mais que les femmes les plus âgées ont été significativement plus touchées que les plus jeunes dans les décès communautaires n'ayant pas été soignés dans les structures spécialisées contre Ebola. De plus, il semblerait que la létalité ne variait pas selon le sexe, mais plutôt selon l'âge (moins de 5 ans et plus de 70 ans) des individus touchés (Migliani et al., 2016). L'incidence sur les femmes a été plus élevée dans seulement trois préfectures guinéennes, soit Coyah, Forécariah et Kindia ainsi que dans la commune de Kaloum, l'une des cinq communes de Conakry (Rico et al., 2016).

### **1.2.5 Insuffisances théoriques sur la résilience sanitaire dans des contextes fragiles et importance de documenter l'expérience guinéenne**

Le premier chapitre se voulait une présentation de certains concepts de base sur la gestion des crises en santé globale, et lacunes spécifiques au contexte des États fragiles et

en Guinée. Parmi les informations rapportées, rappelons les investissements en santé qui sont à la hausse, spécialement depuis le début de ce siècle, mais ils demeurent insuffisants à l'échelle nationale dans la majorité des États africains, dont la Guinée. Le concept de santé globale prend de plus en plus d'importance à l'échelle mondiale et la gouvernance globale des risques sanitaires est rudement mise à l'épreuve avec les épidémies et pandémies qui sévissent depuis quelques décennies. Le Règlement Sanitaire International (RSI) de 2005 tente de mieux préparer les États aux risques encourus lors des urgences sanitaires<sup>50</sup>. Des innovations, telles que l'approche *One Health*, sont aussi développées pour mieux intervenir aux vues de la complexité et de la multi dimensionnalité des crises sanitaires, mais ne sont pas nécessairement implantables facilement dans les États fragiles. La gestion des crises se fait grâce à des parties prenantes variées, publiques ou privées, qui ont des rôles et responsabilités supposément clairs, mais qui, parfois, ont du mal à définir ou maintenir leur place une fois sur le terrain.

Par conséquent, il paraît important de documenter l'expérience en Guinée pendant la gestion d'Ebola. Il importe de retenir que la fragilité des États peut mener à des difficultés supplémentaires lors de la gestion des crises en santé. Les États fragiles font face à des encombres particuliers, tels que la faiblesse de la gouvernance, de la coordination et du leadership lors des crises. Par ailleurs, il ne faut pas négliger les inégalités omniprésentes dans l'accès aux soins de santé ainsi que la rareté des ressources dans ces endroits. Nul ne peut ignorer la complexité omniprésente lors des crises sanitaires et dans les milieux d'intervention, où il y a une insuffisance de résilience ainsi qu'une forte vulnérabilité face aux aléas du système. Les écrits sur la gestion des crises sanitaires et la gouvernance de la résilience en situation de crise sont plus rares en ce qui concerne les États fragiles. Au sujet de la Guinée, ils sont, pour leur part, relativement limités à certains constats sur Ebola (traitement, vaccin, protection du personnel médical, les effets psychosociaux, etc.) et à certain.e.s auteur.e.s issu.e.s principalement des ONG et des OI.

---

<sup>50</sup> Pour la mise en œuvre du RSI selon les dernières données disponibles, la moyenne des 13 scores de capacité de base en Guinée est de 59 (World Health Organization, 2018, p.46). Ce résultat reflète le degré de préparation aux catastrophes sanitaires ainsi qu'aux capacités selon les domaines du RSI. À des fins comparatives, le Libéria a un résultat de 76, la Sierra Leone obtient 70 et le Sénégal 44. Des pays comme le Canada et les États-Unis obtiennent la note de 100.

Il appert que la crise en Guinée est relativement peu documentée et qu'il n'y a pas une franche distinction entre ce qui s'est passé dans ce pays versus les pays voisins, dont le Libéria et la Sierra Leone. La littérature est plus professionnelle que scientifique, et plus normative, c'est-à-dire qu'elle donne des recommandations sur ce qui devrait être fait. Pour ce qui est d'Ebola en Guinée, il a été possible de consulter quelques articles, dont celui de Baldé (2015) qui s'avèrent pertinent au sujet notamment des dynamiques organisationnelles dans la réponse face à Ebola en Guinée. D'autres, dont ceux d'Anoko, (2016); Gomez-Temesio & Le Marcis (2017), ayant une perspective ethnographique, sociologique et/ou anthropologique sont aussi intéressants pour le cas de la Guinée, mais ne touchent pas spécifiquement à notre problématique d'intérêt. Encore une fois, soulignons que l'article de Diakité (2016) comprend une mine d'informations en provenance d'un acteur du terrain. Par contre, l'ensemble des articles qui discutent d'Ebola en Guinée ne pousse pas la réflexion plus loin sur la gestion de la crise et la coordination entre les organisations impliquées. Le cas d'Ebola en Guinée, outre le fort taux de létalité, représente un cas où la résilience a été critiquée face à Ebola. Il s'agit alors d'un exemple empirique qui comblera des lacunes dans la littérature. L'étude de la crise d'Ebola en Guinée pourra permettre de mieux cerner les rôles et responsabilités que peuvent et doivent avoir les acteurs qui répondent aux crises sanitaires dans le pays, mais aussi d'étudier en profondeur, les différentes variables et le degré de résilience présents avant, pendant et après l'épidémie.

## **Chapitre 2 : Modèles de gestion résiliente des crises et objectifs de recherche**

Le concept de résilience est essentiel pour améliorer la capacité et la vitesse de réponse aux crises. Il s'inscrit aussi dans un objectif à plus long terme de développement des États. La littérature propose une pléthore de modèles de résilience. Il n'existe pas un modèle unique ou plus important qu'un autre puisqu'ils sont différents d'un domaine à l'autre. En recherche et dans la littérature, le concept de résilience est éclaté et extrapolé dans différents domaines. Le deuxième chapitre axe plus spécifiquement sur le cadre théorique et présente certains éléments de ces modèles qui s'avèrent les plus intéressants dans le cadre de la recherche, dont ceux de Comfort (2007); Comfort, Boin, & Demchak (2010); Greene, Galambos, & Lee (2004); Kruk et al. (2015); La Porte (2006); Therrien et al. (2017). Ces modèles, bien que pertinents, adoptent des approches normatives qui ne sont pas toujours adaptées aux contextes des États fragiles. Comme mentionné dans le premier chapitre, les organisations internationales ont parfois tendance à vouloir utiliser des modèles de gestion, plus familiers, mais qui ne sont pas en concomitance avec les façons de faire nationale et locale, aux points de vue culturels ou institutionnels. Est-ce que les approches utilisées dans les États fragiles sont appuyées sur des recherches académiques terrain? Cela ne semble pas être le cas pour Ebola en Guinée. Dans le cadre de la présente recherche sur la résilience, les dimensions de gestion, de crise et de santé nous intéressent particulièrement. En se basant sur des composantes de ces modèles, il s'agira de faire ressortir les variables qui seront utilisées dans le cadre de la recherche.

### **2.1 Gouvernance collaborative et résilience inter-organisationnelle**

Face aux catastrophes, la résilience devrait, selon Kapucu & Sadiq (2016), être favorisée par deux principales étapes soit : l'adoption, par les gouvernements, de politiques et pratiques du développement favorisant la réduction des risques de catastrophes; et, la collaboration entre l'État et les autorités locales pour la planification des interventions en cas de catastrophe. Les auteurs ont proposé un modèle de gouvernance multiniveaux à travers les réseaux formels et informels (disponible à l'annexe 9). Pour Kapucu & Sadiq

(2016), la meilleure approche de promotion de la résilience communautaire face aux catastrophes est la gouvernance collaborative. À la base, avant une catastrophe, la communauté possède des capacités ou caractéristiques organisationnelles, et elle possède un capital (économique, social, environnemental, culturel, etc.). À la lumière de la problématique décrite précédemment, rappelons que ces caractéristiques peuvent être très faibles dans les États fragiles. Elle est aussi influencée par des facteurs externes, tels que les environnements politiques, économiques et sociaux.

Les relations inter-organisationnelles sont primordiales lors de la gestion des crises, car les objectifs de toutes ces organisations sont orientés vers un but commun (Kapucu, 2012). D'ailleurs, l'auteur ajoute qu'il y a la nécessité de parfois renverser la tendance – spécialement dans les catastrophes en contexte urbain qui ont souvent des conséquences encore plus désastreuses – et de se tourner vers des pratiques spécifiques de gouvernance comme la participation, la flexibilité, la responsabilité et la transparence. Le modèle idéal de réponse, en cas de pandémie par exemple, est de mobiliser le réseau global de santé publique, en partant de l'OMS et en intégrant toutes les structures décentralisées passant du niveau national aux autorités locales (Therrien et al., 2017). La coordination entre toutes ces structures de différentes échelles doit se faire rapidement et les mécanismes de coordination et de réponse devraient donc avoir été préparés et prévus à l'avance. Les gouvernements devraient, entre autres, avoir des plans de gestion de crises et des espaces prévus pour que les acteurs se rencontrent. Par rapport à cet élément, les variables de la recherche comporteront une dimension par rapport aux différents acteurs impliqués, et plus précisément, en lien avec l'échelle des institutions (internationale, nationale et locale).

La résilience inter-organisationnelle est favorisée lorsque des ententes ont été faites au préalable entre les acteurs; que les mécanismes de coordination ont été prévus et négociés; et que les dynamiques de pouvoir sont connues entre les organisations (Therrien et al., 2017). Pour Kapucu & Sadiq (2016), les notions de partenariats et de coordination sont à la base de la résilience face aux catastrophes. Si la gouvernance collaborative se fait, la résilience communautaire se traduit alors par une gestion qui s'adapte au contexte et un apprentissage continu, ce que les auteurs appellent la résilience adaptative.

## 2.2 Gestion adaptative dans les systèmes complexes

De son côté, Comfort (2002) adopte une position similaire quant à l'importance du management adaptatif dans les systèmes complexes. Pour elle, non seulement il y a différentes échelles d'intervention en cas de crise (familiale, communautaire, municipale, préfectorale/provinciale, nationale et internationale), mais il y a aussi un grand nombre d'acteurs impliqués et l'action collective est fondamentale pour construire la résilience communautaire (Comfort, 2016). L'auteure a développé un modèle de gestion des crises dans un système dynamique, qui s'articule autour de quatre principaux points soit : la détection du risque; la reconnaissance et l'interprétation du risque; la communication de ce risque aux parties prenantes, dans une région élargie ne se limitant pas à la zone affectée; l'auto-organisation et la mobilisation d'une collectivité ou d'une communauté en réponse au risque (Comfort, 2007). Les mots clés à travers son modèle sont la communication et la coordination. Sans la communication qui permet d'activer les interventions, il n'y a pas une bonne coordination dans la réponse, et cette dernière est vouée à l'échec (Comfort, 2007). À cet égard, Diakité (2016) a reconnu que la communication a connu des ratés en Guinée pendant Ebola, non seulement par rapport aux déficits en termes de technologies, mais aussi la communication avec les populations. De son côté, La Porte (2006) a également abordé les systèmes adaptatifs complexes. Pour l'auteur, il y a quatre conditions pour une réponse efficace et adaptative soit : la compréhension de la menace ou du risque; une confiance suffisante envers les dirigeants, les organisations et les citoyens de surmonter l'incertitude et permettre à tous d'accepter la direction; le soutien de la communauté envers le système émergent et son environnement pour obtenir un support pour les actions entreprises; et, des ressources suffisantes pour soutenir les activités et l'action collective dans des conditions variables.

Notons que lors des crises, « la complexité des organisations et l'incertitude font en sorte que le traditionnel courant de planification, préparation, réponse et récupération se révèle impossible à reproduire » (Therrien, 2010, p.156)<sup>51</sup>. Les systèmes résilients notent

---

<sup>51</sup> Therrien et al. (2016) se sont justement intéressé.e.s aux cas de certaines crises comme le SARS, le H1N1 et Ebola. Par contre, les auteurs n'ont pas fait de recherche terrain sur Ebola et n'ont pas élaboré sur ce cas d'étude. À l'exception de quelques généralités mentionnées dans l'article en discutant sommairement de ces trois types de crises, les auteurs n'ont qu'énoncé Ebola à trois reprises en parlant des crises sanitaires des dernières années. Il ne s'agit pas d'une étude de cas sur Ebola. Il semblerait que cette recherche ait été

rapidement les changements dans le contexte et les informations sont transmises presque en temps réel pour modifier les comportements et s'adapter à ces changements (La Porte, 2006; Therrien, 2010). Pour La Porte (2006), les organisations peuvent tenter de gérer les incertitudes grâce à une identification des risques et le développement de plans stratégiques ou opérationnels pour y répondre. Cependant, dans des situations complexes, ces mêmes organisations peuvent avoir du mal à adopter des mesures flexibles et à s'adapter à la complexité des problèmes pour diverses raisons comme la culture organisationnelle.

En intégrant la théorie de la complexité à l'analyse, on s'assure de ne pas avoir un modèle fixe, aux vues des changements dans le contexte des crises sanitaires et dans les États fragiles. À la fin de l'analyse de la résilience, une meilleure compréhension de l'ensemble des acteurs impliqués dans toutes les étapes de la gestion des crises, c'est-à-dire de la prévention au relèvement, mène à mieux cerner les variables de la résilience les plus importantes dans les États fragiles en termes de santé.

### **2.3 Résilience organisationnelle et structurelle**

Un cadre théorique a été développé par Therrien (2010) pour les organisations impliquées dans la gestion des infrastructures essentielles. Ce cadre se décline en deux grands axes soit la résilience intra-organisationnelle, et la résilience inter-organisationnelle, où les micros et macrocontextes de la coordination entre les organisations sont étudiés. Ce cadre s'avère pertinent même dans le domaine de la gestion des crises sanitaires, puisque cette résilience organisationnelle fait que les acteurs impliqués peuvent demeurer sur le terrain pendant les crises et faire le travail nécessaire (Comfort, 2007; Therrien, 2010). Cinq axes de la résilience organisationnelle ont été retenus par Therrien (2010), soit axiologique<sup>52</sup>, téléologique<sup>53</sup>, déontologique<sup>54</sup>, mnésique<sup>55</sup>

---

réalisée dans un contexte canadien ou, à la limite, nord-américain. Dans son autre article, Therrien (2010) ne s'intéresse pas non plus à un cas particulier, mais propose des éléments théoriques généraux sur la résilience et la santé.

<sup>52</sup> L'axe axiologique comprend ce qui touche à la culture organisationnelle et à la cohésion sociale. À travers cet axe, on s'intéresse notamment aux relations de confiance entre les employés, à leur capacité d'innovation, à leur degré d'autocritique et à l'acceptation du changement et des idées nouvelles.

<sup>53</sup> Du point de vue téléologique, il est question de la mission, aux objectifs et buts de l'organisation.

<sup>54</sup> L'axe déontologique réfère aux normes et règles existantes au sein de l'organisation.

<sup>55</sup> De son côté, l'axe mnésique comprend les informations sur la sécurité et la vulnérabilité (informations sur

et épistémique<sup>56</sup>. Ces axes peuvent se retrouver dans le modèle d'hyperespace du danger<sup>57</sup> (Kervern, 2005; Kervern & Pateyron, 1995; Therrien, 2010) et toute la littérature à cet effet dans le domaine de la gestion. Même si ces axes sont utilisés, dans le cas de Therrien, pour discuter de la résilience organisationnelle, ils peuvent aussi être adaptés à la résilience systémique face aux crises sanitaires. Pour mieux se préparer aux risques de crises, La Porte (2006) et Therrien (2010) proposent d'adopter des stratégies à trois niveaux soit : les macro-stratégies (pour les menaces extérieures telles que la gestion des risques frontaliers ou la coordination des réponses d'urgence), les micro-stratégies (pour diminuer la vulnérabilité interne via des études de risques, de plans de contingences ou autres), et les stratégies structurelles (stratégies inter-organisationnelles comme entre le gouvernement et des entreprises privées ou ONG).

Therrien (2010, p.162) dit qu'« il est reconnu dans l'administration publique que la coordination et la coopération nécessaires à l'exécution efficace constituent souvent une lacune importante ». Ces lacunes proviennent des diverses responsabilités opérationnelles propres aux organisations et aux conditions légales. Il ne faut pas non plus négliger l'historique relationnel des organisations et la culture même de ces dernières, qui sont des éléments qui influencent positivement ou négativement la coordination entre les organisations. Enfin, de ce point de vue organisationnel, on peut aussi parler de résilience cognitive, comportementale et contextuelle. « Étant donné qu'une organisation développe sa capacité de résilience, elle interprète les situations avec plus de créativité (résilience cognitive), et elle peut donc mieux concevoir les activités familières et non conventionnelles (résilience comportementale) et tirer parti des relations et des ressources (résilience contextuelle) (Therrien, 2010, p.155).

---

les crises passées, mais aussi sur les risques à venir), ainsi que les diverses ressources (financières, humaines, informationnelles, matérielles, techniques, etc.) et connaissances.

<sup>56</sup> L'axe épistémique comprend les modèles de communication et les modèles de prise de décision utilisés au sein de l'organisation.

<sup>57</sup> La science de l'hyperespace du danger, aussi connue sous le nom des cindyniques, réfère à la gestion des risques et la prévention face à ces derniers. Cette science connaît ses bases dans les écrits d'Edgar Morin et de Jean Louis Lemoigne (Kervern, 2005). La situation cindynique implique un espace spatio-temporel, un ensemble d'acteurs se trouvant dans cet espace, et un ensemble d'hyperespaces de danger (Kervern & Pateyron, 1995). Kervern a développé le modèle qui comprend des paramètres multidimensionnels (sociaux, environnementaux et autres) pour dresser un portrait plus global des risques. Pour lui, les dangers résident souvent dans trois niveaux d'analyse, soit culturels, organisationnels ou encore managériaux.

## 2.4 L'apogée de la résilience

Il n'existe pas un modèle précis pour mesurer la résilience et la finalité, c'est-à-dire l'atteinte ultime de l'état de résilience, n'est pas définie. Il est possible de dire qu'un pays ou qu'un système santé est plus résilient qu'un autre, mais on ne peut dire qu'il est pleinement résilient et qu'il a atteint l'apogée de la résilience. En fait, la résilience est un concept normatif, un but à atteindre, et peut seulement être mesurée par des comparaisons et en mettant en relation des variables (Chandler, 2014b; Zyla, 2017).

**Figure 2: Modèle d'analyse de la résilience (Bujones et al, 2013)**



Selon Bujones, Jaskiewicz, Linakis, & McGirr (2013) et Zyla (2017), premièrement, la mesure peut se faire via une analyse contextuelle qui comprend, notamment, une étude de l'histoire et des institutions, afin de mieux comprendre la vulnérabilité face aux chocs internes et externes. À cette étape, il convient de noter les chocs vécus dans le passé, leur fréquence, leur intensité ainsi que leur durée. Deuxièmement, toujours selon les mêmes auteur.e.s, une analyse factorielle est de mise pour étudier l'efficacité et la légitimité des institutions. Pendant cette analyse, on vérifie, entre autres, la performance des institutions, leurs ressources, les comportements, les partenariats et réseaux, les innovations, ainsi que la mémoire institutionnelle en matière d'adaptation. Le modèle de Bujones, Jaskiewicz, Linakis, & McGirr (2013) est disponible à l'annexe 10. La dernière étape consiste en une analyse de la résilience qui vient faire le point et synthétiser les deux étapes précédentes. En comparant l'analyse du contexte à l'analyse factorielle d'un ensemble de variables, on décrit le degré ou la capacité du système à pouvoir atténuer et surmonter les risques lors d'une crise.

## 2.5 Résilience sanitaire dans les États fragiles

Il est possible de dénombrer six caractéristiques requises pour développer un système de santé efficace qui répond aux besoins des populations et, conséquemment, résilient face aux crises sanitaires possibles. Il s'agit de la bonne prestation des services de

santé; la qualité du travail du personnel de santé; le bon fonctionnement du système d'information sanitaire; l'accès équitable aux produits médicaux, vaccins, autres fournitures et technologies; le financement adéquat; et, le solide leadership ainsi que la bonne gouvernance (Benton et al., 2014; WHO, 2007, 2009, 2012). De son côté, l'organisation non-gouvernementale OXFAM a énoncé six composantes de la résilience sanitaire qui sont : un nombre adapté d'agents de santé formés<sup>58</sup>; une disponibilité des médicaments; des systèmes d'informations sanitaires robustes; des infrastructures adéquates<sup>59</sup>; un financement public suffisant; et, un secteur public solide qui offre des services équitables et de qualité (OXFAM, 2015). À la vue de toutes ces caractéristiques, on peut noter que certaines composantes de ces modèles se regroupent et/ou se ressemblent.

D'un point de vue plus global sur la santé, Kruk et al. (2015) ont développé un modèle de résilience des systèmes de santé composé de cinq caractéristiques qui sont présentées dans le tableau 1 ci-dessous. Ces dernières seront utilisées comme variables dans le cadre de la recherche puisqu'elles sont directement liées aux leçons à retenir d'Ebola. Elles sont pertinentes puisqu'elles proviennent de recherches spécifiques sur la construction de l'État et l'amélioration de la santé dans les États fragiles dans le contexte d'Ebola.

**Tableau 1: Modèle de la résilience sanitaire adapté de Kruk et al. (2015); Ling et al. (2017)**

<b>La conscience</b>	Le fait d'avoir des informations à jour sur les forces et la vulnérabilité, mais aussi sur les risques, les stratégies d'intervention et la planification d'une réponse face à une possible perturbation du système.
<b>La diversité</b>	Il faut qu'un système de santé soit capable de faire face à une variété de défis sanitaires tout aussi différents les uns que les autres en offrant des soins de qualité aux patients, et en répondant à tous leurs besoins.

<sup>58</sup> L'OMS a établi un seuil minimal de 23 professionnels de la santé (médecins, infirmières et sages-femmes) pour 10 000 habitants comme taux de couverture convenable permettant d'offrir les soins primaires (OMS, 2009a). À titre d'exemple, selon les dernières données disponibles, la densité de médecins en Guinée par 1000 habitants était de 0,1 et celle d'infirmiers et infirmières de 0,4 (World Health Organization, 2018, p.71).

<sup>59</sup> L'OMS utilise habituellement le nombre de lits d'hôpitaux comme indicateur de la disponibilité des services hospitaliers. Il n'y a pas de norme mondiale, mais l'OMS compare le nombre en Europe, soit 63 lits par 10 000 habitants comparativement à la région africaine qui en a seulement 10 pour le même nombre d'habitants (OMS, 2009a).

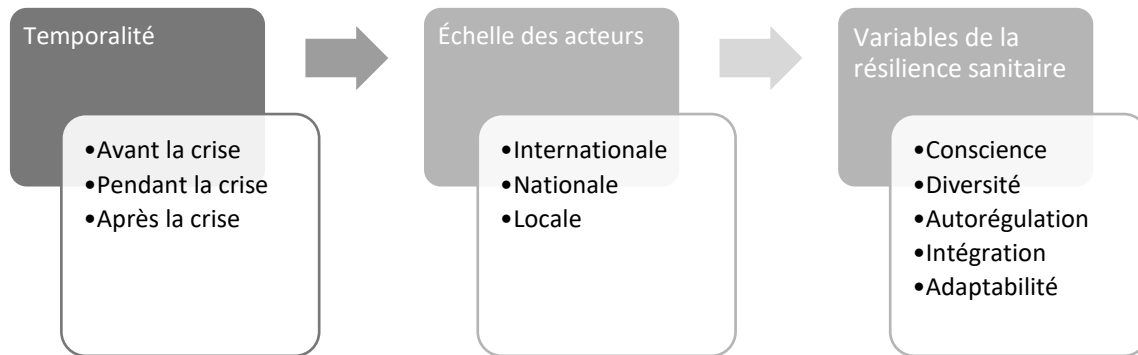
<b>L'autorégulation</b>	L'habileté à cerner les menaces sanitaires et à les isoler afin de prévenir l'instabilité au sein du système. Maintenir les services essentiels pendant les crises et mobiliser les ressources adéquatement.
<b>L'intégration</b>	Le partage d'informations, la communication et la coordination avec une variété de parties prenantes directement ou indirectement liées à la problématique. Faire participer tous les secteurs d'activité dans la réponse (éducation, sécurité, etc.). Travailler étroitement avec les communautés pour assurer leur confiance et réduire les réticences.
<b>L'adaptabilité</b>	La transformation des façons de faire afin d'améliorer continuellement la façon dont on fait face à des conditions adverses pour construire, sur le long terme, une réelle résilience. Cette caractéristique d'un système sanitaire résilient ne se limite pas aux périodes de crise, mais aussi l'adaptabilité dans les périodes plus tranquilles où il n'y a pas de crise sanitaire d'importance.

Ces variables semblent assez complètes pour offrir une vision holistique de la résilience sanitaire. Il est possible d'y intégrer de nombreuses composantes de la gestion des crises en santé qu'on retrouve dans les autres modèles discutés précédemment. En amont des recherches terrain, nous avons tenu bon de faire un réseau de concepts qui présente le contenu que nous pourrions retrouver dans chacune des cinq caractéristiques de la résilience. Ce réseau est disponible à l'annexe 11.

Les variables utilisées dans le cadre de la thèse, présentées précédemment seront jumelées à d'autres composantes, dont l'échelle temporelle (avant, pendant et après Ebola) et l'échelle des acteurs (internationaux, nationaux et locaux). Ces autres composantes sont primordiales puisque les pratiques de gestion des crises sanitaires varient selon l'aspect temporel de la crise. Par exemple, la préparation et la prévention se font en amont des crises. Ensuite, les acteurs constituent aussi un élément susceptible d'influencer la gestion des crises sanitaires de grande envergure. Dans les modèles présentés ci-dessus, notamment ceux de Comfort (2016); Therrien (2010); Therrien et al. (2017), les acteurs et les différentes échelles d'intervention lors des crises sont des éléments importants. En s'assurant d'impliquer les échelles d'acteurs dans l'analyse, cela permettra de répondre à une partie de la question de thèse qui porte sur les rôles et responsabilités des parties prenantes impliquées.

Le schéma ci-dessous présente les composantes du modèle utilisé pour la présente recherche qui a été adapté principalement de Kruk et al. (2015).

**Figure 3: Composantes du modèle utilisé pour la recherche (adapté de Kruk et al., 2015; Ling et al., 2017)**



## 2.6 Objectifs et question de recherche

L'étude a pour principal objectif de faire une analyse d'une crise sanitaire dans un État fragile afin de mieux comprendre les rôles des divers acteurs dans la gestion de la crise et de mieux comprendre dans quelle mesure des méthodes d'intervention basées sur le concept de résilience ont été mises de l'avant. De façon plus spécifique, l'étude permettra de/d' :

- Cibler les principaux acteurs de la gestion de la crise Ebola en Guinée et définir quels ont été leurs rôles et responsabilités ;
- Analyser les principales étapes et méthodes d'intervention d'une crise sanitaire en fonction des variables de la résilience sanitaire ;
- Dégager les éléments qui constituent ou non une gestion de la crise faite de manière résiliente ;
- Proposer un modèle de gestion résiliente des crises sanitaires adapté au contexte d'un État fragile.

La thèse vise à répondre à la question suivante :

Quels sont les rôles et responsabilités des acteurs internationaux, nationaux et locaux, et leurs méthodes d'intervention basées sur le concept de résilience, mises de l'avant dans la gestion d'une crise sanitaire au sein d'un État fragile ?

## **2.7 Insuffisances théoriques quant aux modèles de résilience sanitaire dans des contextes fragiles**

En conclusion du chapitre 2, soulignons que les difficultés à gérer une crise sanitaire dans les États fragiles et le manque de résilience représentent une problématique importante de recherche sur laquelle il importe de se pencher. Les recherches sur les systèmes sanitaires et leurs parties prenantes ont une importance pour le renforcement des systèmes de santé, mais elles sont incomplètes puisqu'elles portent plutôt sur la description des problèmes politiques (Ghaffar, Gilson, Tomson, Viergever, & Rottingen, 2016) sans fournir une recherche approfondie sur les causes et conséquences. De plus, Gilbert & Raphaël, (2011) critiquent la faible prise en compte des parties prenantes dans les recherches, même si elles sont les plus concernées. Un grand nombre de parties prenantes diversifiées seront rencontrées dans le cadre des recherches comme en témoignera la méthodologie au chapitre 3.

Comme il n'est pas possible de transférer intégralement des bonnes pratiques de gestion de crise d'un contexte à l'autre en raison des particularités de chacun des cas et des caractéristiques uniques des États fragiles, il faut préciser qu'on ne peut pas s'attendre à ce que les pays en développement gèrent les crises de la même façon que les pays dits développés. Pour le moment, un modèle de gestion résiliente des crises sanitaires pour les États fragiles, intégrant des particularités du contexte n'a pas été proposé dans la littérature existante. Différentes variables (temporelles, nature des parties prenantes, et sanitaires) ont donc été ciblées en amont des recherches en Guinée pour, éventuellement, proposer un modèle adapté et pertinent pour des recherches sur la gestion résiliente des crises sanitaires dans des contextes fragiles et complexes.

## **Chapitre 3 : Méthodologie de la recherche**

Le chapitre trois présente le cadre méthodologique de notre démarche recherche. Cette dernière est schématisée à l'annexe 12. Il est question, premièrement, d'expliquer nos choix en ce qui a trait à l'étude descriptive qualitative, la théorie ancrée et l'étude de cas unique. Deuxièmement, les méthodes de collecte de données utilisées seront décrites. Elles se déclinent en trois procédés, soit les entretiens semi-dirigés avec des gestionnaires au sein d'organisations clés; l'observation directe non participante de réunions, ateliers et conférences; et l'analyse documentaire. Pour chacune de ces méthodes, la pertinence est exposée en plus d'autres informations qui permettent de mieux comprendre le processus qui a mené aux résultats exposés dans le prochain chapitre. Enfin, la méthode d'analyse des données, et plus précisément la triangulation des données, est justifiée.

### **3.1 Étude descriptive qualitative**

Selon Anadón (2006), « l'étude de cas est inductive, elle part de l'observation de terrain et par raisonnement inductif le chercheur peut élaborer des liens entre les propriétés du cas, des catégories et des hypothèses interprétatives ». L'étude descriptive qualitative a été retenue puisque les recherches qualitatives permettent d'analyser des phénomènes dans un tout intact et intégré, afin d'avoir une vision holistique d'un sujet (Gagnon, 2005; Mukamurera, Lacourse, & Couturier, 2006). La présente recherche vise à décrire un phénomène, la gestion des crises sanitaires, et à expliquer son fonctionnement dans un cas précis. « Au plan épistémologique, la recherche qualitative appréhende l'objet de l'étude de manière globale, proximale, directe et interprétative » (Imbert, 2010, p.25). Dans cette perspective, l'intention est d'expliquer les méthodes et pratiques basées sur le concept de la résilience utilisées pendant la gestion de la crise Ebola, et celles mises en œuvre post-Ebola, afin de mieux comprendre intégralement la gestion des crises sanitaires. Cette démarche inductive offre une certaine souplesse (Imbert, 2010) nécessaire dans un domaine aussi complexe. Les preuves qualitatives issues des diverses collectes de données permettront, au même titre que pourraient le faire des preuves quantitatives, de documenter l'étude de cas sélectionné (Yin, 2003).

Certain.e.s auteur.e.s, dont Donovan (2014) et Gronke (2015), ont mentionné l'importance des sciences sociales pour analyser l'épidémie d'Ebola, puisque « les aspects politiques (de gouvernance), sociaux (l'engagement de la société civile), économiques et culturels » influencent la situation épidémique (Taverne et al., 2015, p.85). Cependant, il semblerait que les sciences sociales ne soient pas les plus impliquées dans les recherches sur le sujet. Ainsi, il est pertinent d'adopter une approche d'analyse issue des sciences sociales. Par ailleurs, Aubin-Auger, Mercier, Baumann, Lehr-Drylewicz, & Imbert (2008, p.142) disent que les recherches qualitatives sont appropriées lorsque « les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer ». À cet égard, selon Haimès (2009), la résilience ne peut être mesurée facilement grâce à des méthodes quantitatives, car tout le système doit être analysé et doit comprendre des données qualitatives. Ainsi, comme la résilience s'étudie beaucoup plus de façon qualitative, la méthode de recherche proposée est en concordance avec cette affirmation.

### **3.2 Théorie ancrée**

Malgré une revue de littérature assez exhaustive de notre champ de recherche qu'est la résilience, nous avons opté pour la théorie ancrée plutôt qu'une approche hypothético-déductive. D'abord, notre cadre théorique ne pouvait permettre d'adopter un modèle précis de résilience face aux crises sanitaires, puisque ces derniers n'étaient pas assez complets à nos yeux pour pouvoir étudier la crise d'Ebola en Guinée. Ensuite, vu la complexité du contexte et du pays à l'étude, il n'y avait pas assez de documentation sur ce cas spécifique de la Guinée pour nous permettre de justifier une hypothèse à tester sur le terrain. Comme affirmé précédemment, les approches doivent être adaptées au contexte et nous ne voulions pas imposer une approche spécifique ou une hypothèse précise aux acteurs rencontrés dans le contexte guinéen. Nous avons donc fait le choix de la théorie ancrée comme un processus de théorisation. Cette posture épistémologique allait nous offrir une meilleure compréhension du phénomène étudié (Paillé, 1994). En tant que forme d'analyse qualitative, la théorie ancrée est conduite à travers l'analyse des notes de terrain (observation et entretiens), des entrevues formelles et informelles, des documents, etc. En adoptant ce type d'analyse, cela permet de commencer l'analyse dès la collecte de données

et d'adapter les méthodes de recherches en fonction de cette analyse. Ainsi, les premières entrevues ont été retranscrites et partiellement analysées le jour même de leur réalisation. Selon Paillé (1994) et Guillemette (2006), cette méthode est favorable pour orienter et ajuster les prochaines entrevues et observations. Cela a permis de cibler les prochains informateurs à rencontrer ou encore la documentation à consulter. Étant donné la nécessité d'adapter sans cesse et en temps réel l'approche et les méthodes de recherche face à des interlocuteurs nombreux et issus de diverses instances décisionnelles et opérationnelles (Nations unies, ONG, ministères, bailleurs de fonds, directions régionales et préfectorales de la santé, etc.), cette méthode a été fortement utile sur le terrain. D'ailleurs, ce cadre d'analyse offre la possibilité de pousser plus loin la réflexion de la gestion des crises sanitaires, surtout dans un contexte complexe comme lors de l'épidémie d'Ebola en sol guinéen.

De plus en plus populaire dans les recherches en gestion (Guillemette & Luckerhoff, 2012), l'analyse des données par théorisation ancrée est utilisée dans la présente recherche pour répondre à la question principale. Cette méthode permet une comparaison constante entre la collecte et l'analyse de données puisqu'elles se font de manière simultanée (Guillemette & Luckerhoff, 2012; Paillé, 1994). La méthode est en adéquation avec l'étude de cas unique prônée dans la recherche ainsi que la recherche de nature qualitative.

### **3.3 Étude de cas unique**

L'étude de cas explore un phénomène contemporain dans son contexte, en collectant des preuves empiriques de différentes façons. Selon Dumez (2013) et Yin (2003), ce cas doit avoir un intérêt scientifique. À la lecture des sections précédentes, il appert que la gestion de la crise d'Ebola en Afrique de l'Ouest nécessite d'être étudiée de façon plus approfondie puisque cela n'a pas été fait en profondeur pour le cas spécifique de la Guinée. Cette étude de cas propose une compréhension profonde de l'événement, des processus qui le composent et des nombreux acteurs qui y ont pris part. Il n'est pas toujours possible d'étudier le phénomène en le sortant du contexte (Gagnon, 2005; Prévost & Roy,

2017; Yin, 2003), cette étude de cas multidimensionnelle donne alors la possibilité de mieux comprendre des facteurs difficilement mesurables (Alexandre, 2013).

Il existe des lacunes dans la gestion des crises sanitaires notamment au sujet de la « tendance à analyser les problèmes se présentant en fonction des scénarios préexistants et des solutions les plus immédiatement envisageables » (Gilbert & Raphaël, 2011). Il est donc approprié d'orienter la recherche sur une étude de cas unique et non pas de généraliser les constats à toutes les crises sanitaires, et d'adopter la théorie de la complexité pour mieux analyser ce cas. Chaque État ne gère pas les crises exactement de la même façon et les causes de la fragilité sont diverses d'un pays à l'autre (OCDE, 2010). Étant donné qu'il faut prendre le contexte comme point de départ, la présente recherche se concentre uniquement sur le cas de la crise d'Ebola en Guinée qui, à elle seule, possède de nombreuses composantes et particularités. À travers l'étude de ce cas dans toute sa singularité, il sera possible de faire des comparaisons (Dumez, 2013) avec ce qui existe dans les pratiques de gestion des crises sanitaires et recommandations de chercheurs et chercheuses à l'échelle internationale. Plusieurs sources d'informations seront utilisées afin de bien documenter l'étude de cas et générer de nouvelles connaissances (Alexandre, 2013; Prévost & Roy, 2017; Yin, 2003).

### **3.4 Méthodes de collecte de données**

Afin de renforcer la qualité de l'étude de cas empirique, la recherche a fait l'objet d'une analyse triangulée des données qui ont été récoltées via trois méthodes que sont les entretiens semi-dirigés, l'observation directe non participante, et l'analyse documentaire. Le pluralisme méthodologique s'est imposé aux vues de la complexité du cas et du sujet (Anadón, 2006).

La revue de la littérature a été réalisée à partir de janvier 2015. Elle a constamment été mise à jour pour voir si de nouvelles recherches étaient publiées sur le sujet. Les données issues des méthodes de recherche sur le terrain ont été collectées principalement entre le 30 mars et le 18 août 2017, surtout dans la ville de Conakry, en Guinée.

La section qui suit arbore une synthèse des méthodes de collecte de données qui ont été utilisées pour obtenir les informations.

### **3.4.1 Entretiens semi-dirigés**

#### 3.4.1.1 Pertinence de cette méthode

En science de la santé, en gestion tout comme en sciences humaines et sociales, l'entretien constitue une méthode de collecte de donnée incontournable pour mener à bien une recherche qualitative et faire avancer une approche constructiviste (Imbert, 2010). Elle permet de comprendre, en profondeur, la perspective de l'acteur interrogé (Baribeau & Royer, 2012). Indubitablement, les acteurs ont été choisis en fonction de leur pertinence théorique par rapport à l'objet de la recherche, mais aussi en fonction de la collecte de données topologiques, qui fait qu'une localité géographique a été ciblée dans le cadre de l'étude (Imbert, 2010). Déjà, tel qu'expliqué précédemment, le choix de la Guinée a été fait. Afin de mieux comprendre la gestion de la crise d'Ebola en Guinée, il a fallu déterminer le lieu principal où a été gérée l'épidémie, soit la capitale Conakry. Le niveau central a eu à jouer un grand rôle dans la gestion et c'est pourquoi cette zone a été ciblée. Cependant, quelques niveaux de gestion décentralisés ont aussi été étudiés, comme à l'échelle de la municipalité de Conakry et de quelques DPS.

#### 3.4.1.2 Technique d'échantillonnage

Les critères d'inclusion des participant.e.s de l'étude sont les suivants : ils ou elles devaient avoir eu un poste de gestion pour l'une des organisations (internationale, nationale ou locale) impliquées pendant la lutte contre Ebola en Guinée ; ou doivent désormais travailler comme gestionnaire pour une organisation (internationale, nationale ou locale) qui œuvre pour le relèvement du système de santé et le renforcement du système de gestion des crises sanitaires post-Ebola, en Guinée.

L'échantillonnage est théorique et non pas statistique (Méliani, 2013). Les données recueillies fournissent des informations précises sur une situation précise, la gestion des crises sanitaires, et non pas sur une population (Guillemette & Luckerhoff, 2012). L'échantillonnage par réseau ou communément appelé « boule de neige » a été privilégié pour la recherche. Les participant.e.s ont été recruté.e.s directement de façon non aléatoire ou via une personne interposée, en personne, par des courriels et/ou des appels

téléphoniques une fois à Conakry. Des contacts préalables, à partir du Canada, avaient été effectués avec le ministère de la Santé de Guinée. Un point de chute nous avait alors été offert à l'Institut national de santé publique (INSP) guinéen. Une fois sur place, il a été relativement simple de créer un réseau de contacts grâce à l'appui de la direction de l'établissement et au développement rapide d'un réseau de contacts.

#### 3.4.1.3 Décalage temporel entre la collecte de donnée et la crise d'Ebola

Les recherches terrain ont eu lieu en 2017, mais la crise d'Ebola était officiellement terminée depuis juin 2016 en Guinée. Il y avait donc un décalage entre le moment où la crise a eu lieu et le moment des recherches terrain. Il existait un risque que les gens aient oublié la période d'Ebola (biais de rappel). Cependant, à la lumière des recherches et des rencontres effectuées sur le terrain, cela n'a pas été le cas. L'épidémie qui a sévi pendant plus de deux ans a fortement marqué les travailleurs et travailleuses des organisations impliquées et les populations en général. Par ailleurs, la grande majorité des personnes rencontrées aux échelles nationale et locale occupaient le même poste ou un poste similaire pendant et après l'épidémie. Par exemple, plusieurs membres de la Cellule nationale de coordination et de lutte contre Ebola étaient désormais embauchés à l'ANSS. Ils avaient accès à la documentation et avaient la mémoire institutionnelle<sup>60</sup>.

Le recrutement des participant.e.s fut plus laborieux en ce qui concerne le personnel des organisations internationales, où il y a un roulement de personnel plus important. Pour contrer cela, il a fallu tenter de trouver des gestionnaires présent.e.s pendant l'épidémie. Certains d'entre eux avaient changé d'organisation depuis. Il a tout de même été possible de les questionner sur la période d'Ebola au sein de leur ancienne organisation, et sur leur nouveau poste dans leur nouvelle organisation post-Ebola. L'analyse documentaire a permis de compléter les données manquantes impossibles à recueillir auprès des informateurs qui ont quitté le pays pendant ou après la crise.

---

<sup>60</sup> Depuis le début du mois de juillet 2017, il existe une bibliothèque au sein de l'ANSS ainsi qu'un musée d'Ebola. Dans cette bibliothèque, il est possible de trouver de la documentation fournie par les partenaires présents pendant la crise.

#### 3.4.1.4 Entretiens réalisés

Nous avons réalisé 41 entretiens au total. De ce nombre, 17 ont été faites avec des gestionnaires travaillant pour des organisations internationales, 17 avec des parties prenantes nationales et sept avec des acteurs locaux. Savoie-Zajc (2006) précise que le critère de saturation théorique pour une recherche qualitative n'est pas fixe. Dans le cas présent, la taille de l'échantillon offre une forte diversité des gestionnaires qui ont dû travailler en collaboration lors de la crise d'Ebola, et lors des ateliers de renforcement sur la gestion des maladies à potentiel épidémique post-Ebola. Le tableau 2 ci-dessous présente le nombre d'entretiens réalisés par type d'organisation<sup>61</sup> ainsi que leur durée, et le sexe des répondant.e.s.

**Tableau 2: Tableau des entretiens réalisés dans le cadre de la thèse**

Échelle	Type d'organisation	Employeur du ou de la gestionnaire <sup>62</sup>	Nombre d'entretiens effectués	Durée	Déclinaison par sexe (homme ♂ et femme ♀)
Internationale	Nations unies	OMS	3	40 minutes 35 minutes 43 minutes	2 ♂ 1 ♀
		OIM	1	70 minutes	1 ♂
		FAO	1	75 minutes	4 ♂
		PNUD et Coordination des Nations unies	2	95 minutes 70 minutes	2 ♂
	Réseau sous-régional	Confidentiel	1	60 minutes	1 ♂
	Institution financière internationale	Banque mondiale	1	75 minutes	1 ♂
	Organisation non gouvernementale	MSF	2	90 minutes 90 minutes	2 ♂
		ALIMA	1	15 minutes <sup>63</sup>	1 ♂
		Croix-Rouge française	1	75 minutes	1 ♂

<sup>61</sup> Plusieurs personnes interrogées ont eu des rôles différents pendant et après l'épidémie, et ont même changé d'organisation depuis. Alors, lors des entretiens, des questions leur ont été posées sur leur position pendant l'épidémie et sur leur travail actuel. Ces entretiens ne sont comptabilisés qu'une seule fois dans le tableau, même si deux positions et organisations distinctes ont été discutées lors des entretiens.

<sup>62</sup> Certaines organisations sont maintenues confidentielles pour éviter de dévoiler l'identité des personnes interrogées.

<sup>63</sup> Pour compléter l'entretien, des réponses aux questions ont aussi été fournies par écrit de la part de la personne interrogée.

Échelle	Type d'organisation	Employeur du ou de la gestionnaire <sup>62</sup>	Nombre d'entretiens effectués	Durée	Déclinaison par sexe (homme ♂ et femme ♀)	
		FICR	1	50 minutes	1♂	
		RTI	1	90 minutes	1♂	
	Bailleur de fonds/ Agence de développement étrangère	Confidentiel	1	60 minutes	1♀	
	Centre de recherche international	CDC	1	35 minutes	1♂	
Nationale	Ministère	Ministère de la Santé	3	45 minutes 30 minutes 50 minutes	3♂	
	Présidence	Coordination spéciale pendant Ebola	1	60 minutes	1♀	
	Agence ou Cellule affiliée au ministère de la Santé	ANSS/Ancienne Coordination nationale de lutte contre Ebola	9	35 minutes 43 minutes 42 minutes 65 minutes 45 minutes 30 minutes 40 minutes 35 minutes 80 minutes	9♂	
	Institut national	INSP	1	38 minutes	1♂	
	ONG nationale	Croix-Rouge guinéenne	1	60 minutes	1♂	
	Laboratoire national	Laboratoire des fièvres hémorragiques	Institut Pasteur de Guinée	1	60 minutes	1♂
				1	35 minutes	1♂
Locale	Préfecture	DPS Fria	1	35 minutes	1♂	
		DPS Macenta	1	45 minutes	1♂	
	Ville de Conakry	DSVCo	2	48 minutes	1♀	
		DCS de Kaloum	1	25 minutes	1♂	
	Organisation privée	Santé Plus	1	120 minutes	1♂ 1♀	
	ONG locale	Confidentiel	1	35 minutes	1♂	
<b>TOTAL</b>			41	Moyenne : 52,9 minutes	♂ 39 (88,63%) ♀ 5 (11,36%)	

Les entretiens ont majoritairement été réalisés en personne. Dans un seul cas, l'entretien s'est fait par téléphone à la demande de la personne interrogée. Toutes les entrevues ont

été faites en français, la langue utilisée dans le cadre du travail en Guinée. Les entretiens étaient individuels sauf pour deux cas où des entretiens de groupe ont été réalisés<sup>64</sup>.

#### 3.4.1.5 Grille d'entretien

Les entretiens étaient semi-dirigés, afin de fournir une certaine souplesse au cadre d'entrevue (Salès-Wuillemin, 2006). Cette souplesse était utile pour, par exemple, laisser place aux questions spontanées qui venaient compléter le guide d'entretien<sup>65</sup>. Par ailleurs, les questions ont été modifiées tout au long du processus de collecte de données en fonction de l'analyse en simultanée.

La grille d'entretien, disponible à l'annexe 13, comprend des questions posées aux participant.e.s œuvrant pour les trois niveaux d'organisation, soit international, national et local. Elle a été conçue en fonction du cadre théorique. Le guide d'entretien a d'abord été prétesté, corrigé et validé. En janvier 2017, un entretien test a été réalisé avec un gestionnaire pour une organisation internationale pendant Ebola<sup>66</sup>.

Le formulaire de consentement pour les entretiens a parfois été envoyé au préalable de l'entretien par courriel ou a été présenté le jour même de l'entrevue. Dans certains cas, le consentement verbal a été priorisé en début d'entretien<sup>67</sup>. Les participant.e.s qui acceptaient ont été enregistré.e.s. Certain.e.s se sentaient mal à l'aise et ont refusé. Dans

---

<sup>64</sup> Le premier est celui d'un organe des Nations unies qui a préféré déployer son équipe de quatre personnes pour répondre aux questions. Le deuxième est celui d'une organisation locale où deux personnes ont été rencontrées. Nous avons utilisé la même grille d'entretien que pour les entrevues individuelles.

<sup>65</sup> Tout au long des entretiens, il a été possible, au besoin, valider la compréhension en confirmant, infirmant ou nuancant des propos entendus (Guillemette & Luckerhoff, 2012). La validité de l'étude repose sur une bonne compréhension du discours des personnes interrogées, il faut donc une adéquation entre celle-ci et ce que le participant ou la participante affirme. Afin de confirmer certains propos, il a été possible de contacter les participant.e.s par courriel a posteriori. Enfin, il a été possible de contrevérifier certaines informations dans les autres sources de données, dont l'analyse documentaire.

<sup>66</sup> Cet entretien n'a pas été utilisé dans l'analyse des résultats de la recherche puisque le participant n'entrait pas dans les critères d'inclusion de l'étude, étant basé en Sierra Leone pendant l'épidémie. Cependant, cet entretien a permis la validation de la grille et quelques modifications par la suite.

<sup>67</sup> Dans des cas précis, le consentement oral a été réalisé. Le contenu du formulaire a été discuté de vive voix et le consentement verbal a été priorisé. Après avoir réalisé quelques entretiens avec des parties prenantes guinéennes, le formulaire de consentement semblait rebuter certain.e.s participant.e.s de par sa longueur et son contenu. Ainsi, il a semblé plus pertinent, spécialement avec les acteurs guinéens, d'établir une relation de confiance à travers une discussion orale sur les objectifs de la recherche, les risques mineurs, et les autres informations éthiques. Cette façon de faire a été mieux perçue par les personnes interrogées. Enfin, il a été noté que les Guinéens et Guinéennes préféraient, en général, ne pas apposer leur signature sur un formulaire de consentement. Ils aimaient mieux donner leur consentement de façon orale sans preuve écrite.

quelques cas, le lieu de l'entretien (restaurant ou autre lieu public) sélectionné par le participant ou la participante ne permettait pas l'enregistrement. Dans ces cas, des notes manuscrites ont été prises sur la grille d'entretien, et dans le journal de bord. L'entretien débutait toujours par une question sur le poste actuel de la personne ainsi que ses rôles et responsabilités pour briser la glace. Ce sont 28 entretiens sur 40 qui ont été enregistrés, à l'aide d'un magnétophone numérique, pour une durée totale de 24,72 heures. La durée moyenne de l'ensemble des entretiens enregistrés et non enregistrés a été de 52,9 minutes.

### **3.4.2 Observation directe non participante**

Dans le cadre de l'observation directe non participante, il s'agissait de documenter notamment la préparation aux crises sanitaires; l'engagement politique; le degré d'auto-organisation; la mise en place d'activités de prévention; et le développement de partenariats.

Comme discuté précédemment, la crise étant terminée depuis juin 2016 et l'observation n'ayant pas été effectuée avant et pendant la crise, l'observation directe a donc visé à documenter la gestion des crises sanitaires futures et les leçons apprises lors de la crise d'Ebola en assistant à des réunions, conférences et ateliers. Il s'agissait de voir si Ebola était toujours au centre des priorités dans le pays et si les différentes organisations en parlaient encore. Par ailleurs, il s'agissait de voir quels étaient les mécanismes mis en place pour renforcer la résilience face aux maladies à potentiel épidémique dans le pays. Lors des recherches terrain, une épidémie de rougeole était en cours. Il a donc été possible de voir les méthodes de gestion de cette épidémie. De plus, il y a eu quelques cas sporadiques d'autres maladies à potentiel épidémique dans le pays. Toutes les données sur la période avant et pendant la crise d'Ebola ont été récoltées via les entretiens effectués, la revue de littérature et l'analyse documentaire.

#### 3.4.2.1 Pertinence de la méthode

L'observation permet de recueillir des informations sur les comportements et les façons de faire sans nécessairement passer par la verbalisation (Salès-Wuillemin, 2006). Dans le cas de la gestion des crises sanitaires en Guinée, elle peut permettre d'observer les relations entre les entités internationales, nationales et locales. En plus d'obtenir des

informations à travers le discours des gens observés, il est avantageux de pouvoir documenter les pratiques formelles et informelles, ainsi que verbales et non verbales.

#### 3.4.2.2 La grille d'observation

Présentée à l'annexe 14, la grille d'observation a été développée en fonction du cadre conceptuel de la thèse<sup>68</sup>. Elle contient des éléments précis à écouter du discours des personnes présentes, mais aussi des observations non verbales et attitudes éclairantes à noter. Les dynamiques organisationnelles ont été l'un des éléments importants à observer. Pour chacune des observations, certains éléments ont été notés comme le nombre de personnes présentes, en distinguant le nombre de femmes et d'hommes, ainsi que le nombre de participant.e.s d'origine internationale versus locale. Une attention a aussi été portée sur la provenance du président ou de la présidente de la rencontre, à savoir s'il s'agissait d'un acteur international ou national. Un formulaire de consentement a été développé pour l'observation non participante.<sup>69</sup>

#### 3.4.2.3 Ensemble des observations effectuées

En décortiquant l'ensemble des événements observés, ce sont 28 réunions, une conférence/exposition, cinq visites de lieux<sup>70</sup> et trois ateliers qui ont été observés et qui se sont étalés sur un total de 39 jours. Il est arrivé que différentes observations soient faites pendant la même journée. Les réunions variaient d'une à huit heures. Les ateliers ont duré de trois à quatre jours. Le tableau 3 suivant présente les réunions formelles<sup>71</sup> qui ont été observées et documentées.

---

<sup>68</sup> Elle a été conçue en se basant sur un modèle partagé par une collègue anthropologue et la grille finale a été commentée et révisée par cette dernière.

<sup>69</sup> Cependant, une fois sur le terrain, le consentement verbal a été priorisé. Étant donné le très grand nombre de personnes présentes dans les rencontres, il n'était pas réaliste de faire signer tout le monde à chaque réunion. Alors, dès notre arrivée en Guinée, le responsable de notre point de chute a tenu à nous présenter à l'ensemble des acteurs et les aviser de notre recherche pour obtenir leur accord.

<sup>70</sup> Certaines visites ne sont pas comptabilisées puisqu'il ne s'agissait pas de visites officielles. Par exemple, celles de l'ANSS, de l'hôpital Ignace Deen, de l'Hôpital Donka, et du Ministère de la Santé.

<sup>71</sup> Les rencontres informelles ne sont pas comptabilisées dans le tableau. Par contre, des notes manuscrites ont été prises et font aussi l'objet d'analyse dans le cadre de cette recherche.

**Tableau 3: Ensemble des rencontres formelles observées**

Type d'activité	Lieu	Organisateur	Nombre de participant.e.s (♂ : homme ♀ : femme)	Durée
Réunion d'information épidémiologique S14	Cité Chemin de fer, Kaloum, Conakry	ANSS	32 ♂ 6 ♀	1h00
Réunion d'information	Face au Jardin 2 octobre, Conakry	INSP	2 ♂	1h30
Visite de l'INSP et du Laboratoire national de Santé publique	Face au Jardin 2 octobre, Conakry	INSP		1h00
Réunion d'information épidémiologique S15	Cité Chemin de fer, Kaloum, Conakry	ANSS	40 ♂ 8 ♀	1h00
Ateliers d'évaluation externe du RSI	Hôtel Riviera, Kaloum, Conakry	Ministère de la Santé	Environ/jour 50 ♂ 20 ♀	4 jours
Réunion One Health	Cité Chemin de fer, Kaloum, Conakry	ANSS et USAID	30 ♂ 5 ♀	6 heures
Réunion de mise en œuvre de REDISSE	Cité Chemin de fer, Kaloum, Conakry	REDISSE	14 ♂	2h00
Réunion internationale sur les vaccins anti-Ebola pour la Guinée et pour le monde	Hôtel Noom, Kaloum, Conakry	Présidence et OMS	Environ 300 personnes (déclinaison par sexe non comptabilisée)	8h00
Réunion de décentralisation	Face au Jardin 2 octobre, Conakry	INSP et CDC	11 ♂ 1 ♀	1h30
Réunion d'information épidémiologique S18	Cité Chemin de fer, Kaloum, Conakry	ANSS	43 ♂ 7 ♀	1h15
Réunion du groupe technique laboratoire - REDISSE	Face au Jardin 2 octobre, Conakry	INSP	6 ♂	1h30
Réunion sur les impacts des changements climatiques sur la santé en Guinée	Hôtel Petit Bateau, Conakry	Ministère de la Santé, ministère de l'Environnement et l'OMS	17 ♂ 5 ♀	6h00
Ateliers REDISSE	École nationale des instituteurs, Kindia	ANSS	70 ♂ 5 ♀	4 jours
Retour sur la réunion	École nationale des instituteurs, Kindia	ANSS	71 ♂ 4 ♀	1 heure

Type d'activité	Lieu	Organisateur	Nombre de participant.e.s (♂ : homme ♀ : femme)	Durée
d'information épidémiologique S19				
Conférences et exposition sur les projets de USAID en Guinée	Hôtel Millenium, Camayenne, Conakry	USAID	70♂ 10♀	8h00
Réunion d'harmonisation des données épidémiologiques	INSP, Conakry	INSP	9♂ 4♀	2h00
Réunion d'information épidémiologique S22	Cité Chemin de fer, Kaloum, Conakry	ANSS	34♂ 6♀	1h00
Réunion de supervision intégrée	Cité Chemin de fer, Kaloum, Conakry	ANSS	19♂ 3♀	1h15
Visite de la Croix-Rouge guinéenne	Kobaya, Conakry	Croix-Rouge guinéenne		0h30
Réunion d'information épidémiologique S23	Cité Chemin de fer, Kaloum, Conakry	ANSS	Non comptabilisé	1h00
Réunion d'information épidémiologique S25	Cité Chemin de fer, Kaloum, Conakry	ANSS	55♂ 12♀	1h00
Ateliers One Health	Cité Chemin de fer, Kaloum, Conakry	USAID et ANSS	8♂ 2♀	3 jours
Réunion d'information épidémiologique S26	Cité Chemin de fer, Kaloum, Conakry	ANSS	Environ 75 participant.e.s (déclinaison par sexe non comptabilisée)	1h00
Réunion bilan de la première année de l'ANSS	Cité Chemin de fer, Kaloum, Conakry	ANSS	Environ 120 participant.e.s (déclinaison par sexe non comptabilisée)	3h00
Visite du musée d'Ebola et de la bibliothèque de l'ANSS	Cité Chemin de fer, Kaloum, Conakry	ANSS		1h00
Réunion d'information épidémiologique S27	Cité Chemin de fer, Kaloum, Conakry	ANSS	40♂ 10♀	1h10

Type d'activité	Lieu	Organisateur	Nombre de participant.e.s (♂ : homme ♀ : femme)	Durée
Réunion sur les simulations d'épidémie	Maison commune des Nations unies, Corniche Sud, Conakry	PNUD	4♂	1h30
Visite de Santé Plus	Koloma Plateau-Ratoma, Conakry	Santé Plus		0h30
Réunion d'information épidémiologique S28	Cité Chemin de fer, Kaloum, Conakry	ANSS	22♂ 3♀	0h45
Réunion d'information épidémiologique S29	Cité Chemin de fer, Kaloum, Conakry	ANSS	45♂ 15♀	1h15
Réunion d'évaluation de la surveillance à base communautaire	Cité Chemin de fer, Kaloum, Conakry	ANSS	11♂ 4♀	4 jours
Réunion d'information épidémiologique S30	Cité Chemin de fer, Kaloum, Conakry	ANSS	39♂ 7♀	1h00
Réunion de supervision des ERARE	Cité Chemin de fer, Kaloum, Conakry	ANSS	22♂ 3♀	2h00
Réunion sur les simulations d'épidémie	Maison commune des Nations unies, Corniche Sud, Conakry	PNUD	4♂	1h30
Réunion d'information épidémiologique S31	Cité Chemin de fer, Kaloum, Conakry	ANSS	55♂ 10♀	1h00
Visite DSVCo	Lambanyi, Conakry	DSVCo		0h30
Réunion d'information épidémiologique S32	Cité Chemin de fer, Kaloum, Conakry	ANSS	30♂ 10♀	1h00

L'observation directe a été faite majoritairement au sein de l'ANSS pour des réunions hebdomadaires d'information épidémiologique, où l'on discute de toutes les composantes de la gestion des maladies à potentiel épidémique en Guinée, et où tous les acteurs concernés sont habituellement présents.

### 3.4.3 Analyse documentaire

Cette méthode de recherche a commencé bien avant les recherches terrain. Une revue de littérature a été réalisée en amont du séjour en Guinée. De nombreux documents et rapports d'ONG internationales et des Nations unies ont été consultés, en plus des articles scientifiques publiés sur les aspects de la crise d'Ebola en général, et plus particulièrement en Guinée. Par ailleurs, des articles sur d'autres thématiques liées à la problématique de recherche ont été étudiés, notamment tout ce qui touche la résilience, la gestion des crises sanitaires et les États fragiles. Cette analyse préalable a permis de développer la problématique et de mieux cerner la question et les objectifs de recherche.

Par la suite, une fois sur le terrain, la documentation obtenue est venue compléter cette méthode de recherche. Comme de nombreux documents nationaux sur la gestion de l'épidémie d'Ebola en Guinée n'étaient pas accessibles sur internet, il a été possible d'en obtenir des copies papier ou des versions électroniques. Enfin, dans les dernières années, des publications sur Ebola sont publiées de façon sporadique. Il a donc fallu faire un suivi fréquent des nouvelles recherches et publications sur le sujet. En résumé, l'analyse documentaire a ciblé, entre autres, les recherches scientifiques, plans nationaux, programmes et stratégies de gestion de crise sanitaire existants avant la crise d'Ebola et ce qui a été rédigé depuis la fin de l'épidémie.

#### 3.4.3.1 Pertinence de la méthode

Afin de documenter la préparation aux crises sanitaires avant Ebola et les façons de faire pendant la crise, il a été important de consulter la documentation disponible sur le sujet. Lors de la revue de littérature en amont des recherches terrain, il était difficile de trouver des documents sur la santé en Guinée, publiés par les autorités nationales. Il a alors été possible, une fois en Guinée, d'obtenir certains documents qui sont venus compléter la revue de littérature. Cependant, certains d'entre eux n'avaient pas encore été validés, puisqu'ils étaient en cours de rédaction. Mais, ils offraient tout de même des informations sur les activités en cours. L'analyse de ces documents a permis d'obtenir de nouvelles données, mais aussi de venir corroborer les informations en provenance des autres méthodes de collecte.

### 3.4.3.2 Documents obtenus

Le tableau 4 ci-dessous dévoile les documents primaires obtenus en Guinée, en version papier ou électronique, et qui ont été analysés dans le cadre de la recherche.

**Tableau 4: Ensemble des documents obtenus lors des recherches terrain**

Auteurs, années	Type	Provenance
Agbo, 2017; ANSS, 2017b, 2017c, 2018; Camara, 2017; Dabo, 2017; A. A. Diallo, 2017; M. L. Diallo & Soumah, 2017; Diawara, 2016; Direction nationale des services vétérinaires, 2017; Keita, 2017a; Keita, Touré, Kourouma, Condé, et al., 2017; Keita, 2017b; Keita, Touré, Kourouma, & Condé, 2017; Koivogui, Magassouba, & Savané, 2017b, 2017a; OMS, 2017b; Soumah, 2017; Sylla, 2017; Touré, 2017; Yattara, 2017; Yattara, Touré, Kourouma, & Keita, 2017	PowerPoint <sup>72</sup>	Sources variées
Ministère de la Santé, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b, 2015c, 2015d, 2016; ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, 2012, 2016; ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Direction nationale de la Santé publique, & Division prévention et lutte contre la maladie, 2011; ministère de la Santé Publique, 2003; Présidence de la République, 2016	Document	Ministère de la Santé, République de Guinée
OMS, 2017	Document	OMS
République de Guinée & République de Sierra Leone, 2015	Protocole d'entente	ANSS
Département Communication et Mobilisation sociale, 2017; Sylla, 2017a	Document	ANSS
Agbo & Sylla, 2017; ANSS, 2017; ministère de la Santé, 2017; ministère de la Santé & ministère de l'Environnement des Eaux et Forêts, 2017; ministère de la Santé & Organisation ouest-africaine de la santé, 2017a, 2017b; Savané, Bah, Bilé, & Sanogo, 2017	Rapport d'atelier	Sources variées
Croix Rouge guinéenne, 2015	Document	Croix Rouge guinéenne
USAID, 2017a, 2017b	Document	USAID

<sup>72</sup> Plusieurs documents pertinents produits par les acteurs guinéens ne font pas l'objet de publications scientifiques ou du moins officielles. Les informations sont parfois confinées dans de simples documents de type PowerPoint pour des présentations lors de conférences ou rencontres/réunions.

Toute la documentation obtenue n'a pas été pertinente dans le cadre de la recherche. Une épuration de l'ensemble des publications a été effectuée avant de procéder à l'analyse. L'analyse du contenu des documents a été réalisée autant au niveau des documents obtenus sur le terrain qu'au niveau de ceux recueillis lors de la revue de littérature.

### **3.5 Modes de compilation et d'analyse des données**

#### **3.5.1 Traitement des données et analyse ancrée**

Le contenu des entretiens enregistrés a été transcrit intégralement en format numérique. Les notes manuscrites des entretiens non enregistrés ont été retranscrites, par la chercheuse, en format numérique le jour même des entretiens. Il en est de même pour les grilles d'observation qui ont été remplies le jour de l'observation.

Six étapes ont été suivies dans la méthode d'analyse par théorisation ancrée (Méliani, 2013; Paillé, 1994). Dans un premier temps, les données des entretiens et des observations ont été codées et catégorisées dans le logiciel *QDA Miner*. Lors de la codification, il s'agissait d'épurer les données et de faire ressortir les éléments essentiels du discours des personnes interrogées ou des situations observées. Lors de la deuxième étape, il a été important de catégoriser les données<sup>73</sup>, en transformant les données brutes en catégories. Au-delà des codes utilisés dans l'étape précédente, on a développé des catégories pour tenter de comprendre le phénomène<sup>74</sup>. La liste des codes et catégories est à l'annexe 15. La troisième étape est la mise en relation des phénomènes observés. Les informations issues des entretiens ont été mises en relation et comparées aux données issues des observations directes et de l'analyse documentaire. Ensuite, la quatrième étape concerne l'intégration. Celle-ci réfère au fait de dépasser la variété de phénomènes observés et mis en relation pour dégager un phénomène plus général. La cinquième étape

---

<sup>73</sup> La codification et la catégorisation impliquent la préparation des données brutes ; la lecture attentive et approfondie des entretiens ; l'identification et la description des codes et catégories; et, la révision et le raffinement de toutes les catégories (Blais & Martineau, 2006).

<sup>74</sup> Les codes et catégories ont été élaborés sur la base du guide d'entretien et sur la base des données brutes (Blais & Martineau, 2006). Il y a des codes issus directement des discours des participants ; mais aussi des codes qui sont définis à partir « des thèmes principaux qui ont servi à définir l'objet de la recherche et, d'autre part à partir des objectifs de la recherche » (Guillemette & Luckerhoff, 2012).

regarde la modélisation. Le but n'étant pas de généraliser le phénomène, mais bien de représenter schématiquement l'ensemble des étapes précédentes (Méliani, 2013). Finalement, la théorisation est l'étape ultime de l'analyse. Elle tente de démontrer la complexité du phénomène, autant sa multidimensionnalité que sa « multicausalité » (Paillé, 1994), à travers la décomposition de théories existantes ou l'émergence de nouvelles théorisations. C'est cette étape qui sera présentée dans la discussion au chapitre 5.

### **3.5.2 Triangulation des données**

La triangulation des données est considérée comme l'une des meilleures méthodes pour assurer la validité des résultats obtenus dans une étude de cas (Anadón, 2006). Dans le cadre de la présente analyse, la triangulation des données a été priorisée. Les données issues des différentes méthodes de collecte ont été mises en relation, comparées, analysées en profondeur pour produire un modèle qui démontre la complexité et la dynamique du processus. Une bonne analyse à travers une triangulation des données assure la validité et la fiabilité des résultats (Baribeau & Royer, 2012; Collerette, 1997; Gagnon, 2005). Les conclusions de l'étude ont donc été validées par des sources de données multiples. La saturation théorique est advenue lorsque l'analyse des données et la triangulation n'ont plus permis de faire émerger quelque chose de nouveau ou de consistant pour l'étude (Guillemette & Luckerhoff, 2012). Une grille d'analyse expose la triangulation des données au chapitre 4 (voir le tableau 5).

### **3.6 Quelques limites méthodologiques de la recherche**

Parmi les limites possibles de l'analyse documentaire, soulignons la disponibilité et la fiabilité de la documentation qui peuvent être des enjeux importants. Afin de contrer cela, l'objectif a été de varier les sources documentaires et de demander l'accès à tous les documents qu'il était possible d'obtenir auprès des instances et du personnel concernés. Certains documents officiels n'étaient pas disponibles ou étaient en cours de rédaction. Pour ces derniers, il a été possible de voir des ébauches et d'observer des rencontres de rédaction de ces documents.

Les limites de l'analyse effectuée grâce aux entretiens reposent sur la taille de l'échantillon sélectionné et la participation des personnes interrogées. Nous avons tout de même varié le choix des participant.e.s afin d'avoir une bonne représentation des échelles internationale, nationale et locale, ainsi qu'une diversité de types d'organisations.

Par ailleurs, en tant que chercheuse étrangère, le positionnement est aussi une limite puisqu'il existe un positionnement auquel il faut compenser pour obtenir les informations (Bourke, 2014). La triangulation des données a eu pour objectif de diminuer les biais possibles et les limites de chacune des méthodes de collecte et de renforcer l'analyse.

Enfin, il existe des limites quant à la validité, puisque la méthode d'étude de cas ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des États fragiles (Gagnon, 2005). La validité se limite alors au cas de la Guinée pendant la période étudiée.

### **3.7 Considérations éthiques**

L'approbation éthique de l'Université d'Ottawa no. 03-17-14 est disponible à l'annexe 16. La rédaction de la demande au comité d'éthique a été guidée par les principes de l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains, qui établit les normes de tous les comités d'éthique en recherche au Canada. Après vérification une fois en Guinée, il n'a pas été nécessaire d'obtenir une approbation éthique locale étant donné l'absence d'un comité d'éthique approprié par rapport au sujet de la recherche. Les aspects éthiques, notamment tout ce qui concerne la confidentialité ont été respectés tout au long du processus de recherche et lors de l'analyse des résultats. Il n'y a pas eu de jugement de valeur porté sur les dires des participant.e.s ou sur les aspects culturels. En outre, il n'y a pas eu de malaise particulier, souligné par les participant.e.s, lors des diverses méthodes de collecte de données.

### **3.8 Au-delà des limites méthodologiques**

En conclusion de ce chapitre, les données ont été collectées selon trois méthodes complémentaires, permettant de documenter l'avant, le pendant et l'après-crise d'Ebola en Guinée. Malgré les limites possibles à l'analyse des données, une attention particulière a

été portée à la variété des sources de données et à l'échantillon de participant.e.s sélectionné.e.s. Dans la mesure du possible et en fonction des contraintes sur le terrain, une variété d'organisations a été approchée pour être rencontrée. En finalité, ce sont 41 entretiens qui ont été réalisés avec des acteurs clés. Plusieurs personnes interrogées ont eu différents postes au sein d'organisations distinctes pendant et après Ebola. Ainsi, ce ne sont pas 41 postes qui ont été documentés à travers ces rencontres, mais plutôt 54, ce qui constitue un échantillon raisonnable. L'observation directe a permis de renseigner sur la surveillance des maladies à potentiel épidémiques prioritaires en Guinée, mais aussi sur toutes les autres étapes de la sécurité sanitaire et de la santé publique au pays. Enfin, l'analyse documentaire a permis de compléter la collecte de données et de venir valider certaines informations obtenues dans les autres sources de données.

## **Chapitre 4 : Présentation des résultats**

Le chapitre 4 a pour objectif de présenter les différents résultats obtenus à travers les trois méthodes de collectes de données exposées dans la méthodologie au chapitre 3. Nous avons adopté une approche analytique à travers la triangulation des données, puisqu'elle intègre des données de sources multiples afin de mieux comprendre le phénomène. La matrice développée dans le cadre de cette thèse est inspirée des travaux de Miles & Huberman (2003) et a pour but d'objectiver l'interprétation et l'analyse de nos données qualitatives. Ces auteurs affirment qu'il n'existe pas une méthodologie standardisée pour analyser les données qualitatives. En fonction du contexte, le chercheur ou la chercheuse peut définir ses propres outils d'analyse pour organiser les données de façon cohérente. Averill (2002) rapporte qu'une matrice constitue un ensemble de nombre ou de termes organisés en rangées ou en colonnes, où deux dimensions ou plus sont mises en relations pour regarder comment ces dernières interagissent et pour faire émerger quelque chose. Pour cette auteure (2002, p.856, traduction libre), « l'analyse matricielle en tant que stratégie auxiliaire peut aider à évaluer la fiabilité d'une étude qualitative ». Ainsi, nos méthodes de collecte de données demeurent qualitatives, mais l'utilisation d'une matrice nous permet de nous faire une idée sur les données ainsi que les liens entre elles (Mukamurera et al., 2006). Il nous apparaît juste de tenter de présenter des données avec une certaine objectivité et c'est ainsi que nous avons opté pour une matrice comme instrument d'analyse des données. Dans ce chapitre, en premier lieu, nous présenterons la matrice d'analyse de la triangulation des données. Par la suite, nous déclinons les résultats par caractéristiques de la résilience. Nous concluons le chapitre par deux schémas synthèses des résultats obtenus.

### **4.1 La matrice d'analyse des données : le pointage accordé à chacune des caractéristiques de la résilience sanitaire**

Le tableau 5, présenté un peu plus loin dans cette section, arbore la matrice d'analyse de la triangulation des données. À chacune des sources de données, c'est-à-dire les personnes, les événements et les documents, un pointage a été accordé pour avoir

discuté des différentes caractéristiques de la résilience sanitaire. L'objectif étant de voir quelles sont les caractéristiques de la résilience sanitaire les plus présentes dans le cas étudié. Cette information permettra de documenter la question de recherche portant sur les rôles et responsabilités des acteurs impliqués, ainsi que leurs méthodes d'intervention basées sur le concept de résilience qui sont mises de l'avant lors de la gestion d'une crise sanitaire au sein d'un État fragile.

Le pointage a été déterminé sur une échelle de 1 à 16. Cette attribution de points a permis de mettre une valeur sur l'opinion des personnes interrogées, sur les éléments issus de l'observation non participante, et ceux ayant émergé de la revue documentaire.

Pour chaque source de données, six intervalles distincts ont été établis dans le tableau. Pour les entretiens semi-dirigés, les six intervalles sont basés sur la proportion de personnes interrogées qui ont discuté des caractéristiques de la résilience (1 à 5 : une minorité; 6 à 10 : un peu moins du quart; 11 à 15 : près du tiers; 16 à 20 : un peu moins de la moitié; 21 à 25 : un peu plus de la moitié; 26 à 30 : près du deux tiers; 31 à 35 : plus du trois quarts; 36 et plus : la forte majorité ou l'entièreté). Plus précisément, grâce au codage des données dans *QDA Miner*, nous avons pu noter combien de personnes ont parlé de chacune des caractéristiques de la résilience lors des entretiens. Par exemple, si 15 personnes sur 41 ont parlé d'une des caractéristiques de la résilience dans leur discours, nous avons pu attribuer un pointage de 6 à cette caractéristique.

Le système de pointage des données issues de l'observation non participante est sensiblement le même que celui des entretiens variant de 2 à 16 points. Il s'agit de noter le nombre d'événements lors desquels les caractéristiques de la résilience ont été mentionnées, ou que les dynamiques organisationnelles observées ont permis de documenter la présence ou l'absence de ces caractéristiques. En tenant compte du nombre total d'événements observés (36), les six intervalles ont été définis dans le tableau selon le même schème que les entretiens (1 à 4 : une minorité; 5 à 9 : un peu moins du quart; 10 à 14 : près du tiers; 15 à 19 : près de la moitié; 20 à 24 : un peu plus de la moitié aux deux tiers; 25 à 29 : près du trois quarts; 30 à 34 : plus du trois quarts; 35 et plus : la forte majorité ou la totalité). Pour évaluer quelles caractéristiques ont été documentées lors de l'observation, la grille d'observation (annexe 14) a été utile. On peut constater que la grille

et les éléments à observer sont divisés par catégories (caractéristiques de la résilience). À titre d'exemple, la section sur l'adaptabilité documente les leçons d'Ebola, les innovations, la préparation à une autre crise potentielle, l'appropriation de l'aide et la durabilité des nouveaux outils. Lors de l'observation, les grilles ont été remplies et l'analyse a pu être effectuée par la suite. En résumé, si l'une des caractéristiques de la résilience a pu être documentée lors de l'observation d'un ou de plusieurs événements, nous pouvons attribuer un certain nombre de points dans la matrice d'analyse.

Mentionnons que le pointage associé aux nombres de documents consultés qui discutent des caractéristiques de la résilience sanitaire en Guinée est divisé en deux sous-catégories. Un pointage légèrement supérieur a été accordé aux documents officiels. On entend par document officiel, des publications scientifiques ou encore professionnelles en provenance des organismes internationaux, du gouvernement guinéen, d'ONG internationales ou autres. Considérant le contexte guinéen, mais spécialement le peu de documents officiels publiés en Guinée ou encore la rédaction en cours de documents ayant un intérêt pour la recherche, nous avons jugé nécessaire d'accorder un pointage aux documents non officiels. Il s'agit précisément de documents qui ont été obtenus sur le terrain, mais qui n'ont pas officiellement été finalisés, validés ou publiés ouvertement. Il peut s'agir de brouillons de plans nationaux; de rapports non publics; ou de présentations de type *PowerPoint* qui ont été utilisées pour des conférences ou réunions. Dans certains cas, ces documents contiennent une mine d'informations pertinentes au contexte guinéen. Étant donné le caractère non officiel de cette documentation, nous avons pris la décision d'accorder légèrement moins de points en comparaison avec la documentation officielle. C'est pourquoi le système de pointage pour les documents officiels varie de 2 à 16, tandis que celui des documents non officiels de 1 à 15. En somme, nous donnons un nombre de points de la matrice en fonction du nombre de documents, officiels ou non officiels, qui documentent de façon assez soutenue les caractéristiques de la résilience.

Pour finir, dans l'ensemble de l'analyse triangulée, un pointage de 0 n'a pas été jugé pertinent. Pour chacune des sources de données, les caractéristiques de la résilience ont été repérées à au moins une reprise. Par conséquent, il y a minimalement le premier

intervalle atteint pour chacune des caractéristiques. Le tableau 5 suivant présente le pointage accordé lors de la triangulation des données.

**Tableau 5: Matrice d'analyse de données – Pointage accordé à la triangulation des données**

Nombre de personnes interrogées qui discutent de la caractéristique de résilience (Maximum 41)	Pointage associé	Nombre d'événements où l'on observe une dynamique organisationnelle et/ou une discussion au sujet de la caractéristique de résilience (Maximum 36)	Pointage associé	Nombre de documents <sup>75</sup> qui discutent des composantes de la caractéristique de la résilience (Maximum 27)	Pointage associé aux documents officiels (Maximum 20)	Pointage associé aux documents non officiels (Maximum 7)
<b>1 à 5 (une minorité)</b>	2	1 à 4	2	1-2	2	1
<b>6 à 10 (un peu moins du quart)</b>	4	5 à 9	4	3-4	4	3
<b>11 à 15 (près du tiers)</b>	6	10 à 14	6	5-6	6	5
<b>16 à 20 (un peu moins de la moitié)</b>	8	15 à 19	8	7-8	8	7
<b>21 à 25 (un peu plus de la moitié)</b>	10	20 à 24	10	9-10	10	S/O
<b>26 à 30 (près du deux tiers)</b>	12	25 à 29	12	11-12	12	S/O
<b>31 à 35 (plus du trois quarts)</b>	14	30 à 34	14	13-14	14	S/O
<b>36 et plus (la forte majorité)</b>	16	35 et +	16	15 et +	16	S/O

<sup>75</sup> Les documents sont exclusivement à propos du cas à l'étude, soit la Guinée dans le contexte d'Ebola et du relèvement post-Ebola. Les publications les plus pertinentes ont été retenues, ce qui donne un total de 27 (20 officiels et sept non officiels), datant de 2014 à 2017. Pour être comptabilisés dans les résultats, ces documents doivent fournir un assez grand nombre d'informations sur un élément de la caractéristique de la résilience et non seulement l'aborder brièvement.

Pour les entretiens semi-dirigés, le pointage maximal de 16 points est accordé lorsque la forte majorité des intervenants interrogés, soit plus de 36 sur 41, ont discuté de la composante de la caractéristique de la résilience sanitaire. Ce pointage varie jusqu'à un minimum de 2 points lorsque peu de personnes interrogées, soit moins de 5, ont discuté de cet énoncé. Indubitablement, il faut tenir compte du fait que même si seulement quelques interlocuteurs ont discuté d'un énoncé, cela ne veut pas dire que l'information n'est pas pertinente. Au contraire, dans des cas précis, des éléments clés ont été mentionnés par une minorité d'intervenant.e.s. Il sera pertinent de faire ressortir ces éléments qui peuvent être méconnus ou inconsiderés par l'ensemble des acteurs.

Le pointage présenté sert à démontrer l'importance que peuvent avoir certaines caractéristiques de la résilience sanitaire comparativement à d'autres dans le cas étudié. Cette pondération permet alors de mettre l'accent sur les caractéristiques de la résilience sanitaires les plus ou les moins mentionnées par les participant.e.s lors des entretiens semi-dirigés, les plus ou les moins observées pendant les événements, et les plus ou les moins discutées dans les écrits sur le cas. Le pointage a été rendu possible grâce au codage des données selon les informations méthodologiques fournies au chapitre 3. Finalement, la somme des pointages obtenus pour chacune des caractéristiques pourra donner des informations sur la pertinence des caractéristiques de la résilience sanitaire qui sera intégrée au modèle de gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles ultérieurement, mais aussi sur l'importance que peuvent avoir ces caractéristiques de la résilience sanitaire dans le contexte d'Ebola et du post-Ebola en Guinée.

#### **4.2 L'importance des caractéristiques de la résilience sanitaires issues de l'analyse triangulée des données**

En fonction de cette matrice, le tableau 6 ci-dessous présente la somme des pointages pour chacune des cinq caractéristiques de la résilience sanitaire. Cela fournira de l'information sur les principales méthodes d'intervention basées sur le concept de résilience. Les sections qui suivront présenteront la déclinaison des résultats pour chacune des caractéristiques spécifiques.

**Tableau 6: Somme des pointages associés à chacune des caractéristiques de la résilience sanitaire**

Caractéristique de la résilience	Précisions sur la caractéristique (Kruk et al., 2015)	Pondération des caractéristiques mentionnées par les personnes interrogées	Pondération de l'observation directe non participante	Pondération de l'analyse documentaire	Pointage total
Conscience	Avoir des informations à jour sur les forces et la vulnérabilité, sur les risques, les stratégies d'intervention et la planification d'une réponse face à une possible perturbation du système.	10	10	9	29
Diversité	Habilité à faire face à une variété de défis sanitaires tout aussi différents les uns que les autres.	14	8	9	31
Autorégulation	Habilité à cerner les menaces sanitaires et à les isoler afin de prévenir l'instabilité au sein du système.	14	8	4	26
Intégration	Partage d'informations, communication et coordination avec une variété de parties prenantes directement ou indirectement liées à la problématique.	16	6	13	35
Adaptabilité	Transformation des façons de faire afin d'améliorer continuellement la façon dont on fait face à des conditions adverses pour construire, sur le long terme, une réelle résilience.	14	6	5	25

À la lecture du tableau 6 ci-dessus, on peut comprendre que la pondération pour les caractéristiques de la résilience discutées par les personnes interrogées est sensiblement la même pour chacune des caractéristiques. La caractéristique la plus discutée a été l'intégration (16 points), principalement en raison des discussions nombreuses sur les rôles et responsabilités des acteurs; la coordination et des relations entre les acteurs; les partenariats développés; et les modes et méthodes de gestion adoptés. En deuxième place, avec 14 points, viennent les caractéristiques de la diversité, de l'autorégulation et de l'adaptabilité. En troisième place, avec 10 points, vient la caractéristique de la conscience. Les questions posées aux participant.e.s étaient directement liées à chacune des caractéristiques de la résilience, donc inévitablement, la majorité de celles-ci ont un fort pointage.

Lors de l'observation non participante, la conscience a été la caractéristique la plus documentée. La diversité et l'autorégulation sont arrivées en deuxième place avec huit points chacune. En fait, il faut noter que lors de la majorité des événements observés, les gens ont discuté de différents protocoles, cadres et guide de gestion des crises; des facteurs de fragilité, de vulnérabilité et les risques persistants, ce qui a donné un fort pointage pour la caractéristique de la conscience. Par ailleurs, la diversité a été aussi fortement observée à travers les discours sur les ressources acquises depuis Ebola; les capacités et compétences renforcées; et les défis variés en santé auxquels le pays est confronté. Au sujet de l'autorégulation, il a été possible d'observer la gestion de l'épidémie de rougeole en cours et de cas d'autres maladies à potentiel épidémique, ce qui a donné des informations sur la capacité à isoler et cerner les menaces. Dans un peu moins de la moitié des événements observés, les caractéristiques de l'intégration et l'adaptabilité ont été documentées. Il faut noter que pour l'ensemble des 36 événements observés, 14 étaient des réunions d'information épidémiologique hebdomadaires, ayant lieu à l'ANSS, où l'on fait le point sur la situation épidémiologique du pays pendant la semaine. C'est lors de cette rencontre qu'on présente les cas de maladies à potentiel épidémique répertoriés dans tout le pays, et les activités en cours. Ce ne sont pas toutes les caractéristiques de la résilience qui sont discutées lors de ces rencontres.

En ce qui a trait à l'analyse documentaire, encore une fois, c'est la caractéristique de l'intégration qui est la plus documentée surtout dans des textes du ministère de la Santé

où l'on fait état des rôles et responsabilités des organisations. La caractéristique de la conscience est aussi fortement présente dans la littérature puisque plusieurs documents officiels présentent les cadres et guides existants; les risques et la vulnérabilité du pays face aux crises; etc. Au sujet de la diversité, un certain nombre de documents officiels et non officiels discutent des capacités, compétences et ressources du pays pour gérer une variété de défis sanitaires depuis Ebola. Les autres caractéristiques sont, dans une moindre mesure, explicitement décrites dans la documentation officielle et non officielle retenue.

### **4.3 Déclinaison des résultats par caractéristique de la résilience**

Cette section sera divisée en fonction des cinq caractéristiques de la résilience retenues dans le cadre conceptuel de la thèse et présentées dans le tableau 1 du chapitre 2. Pour chacune des sous-sections, les informations issues des entretiens semi-dirigés seront présentées, puisqu'il s'agit de la première méthode de collecte de données. Une fois les entretiens codés, il a été possible de décliner les résultats obtenus dans différents tableaux commentés. Les matrices ont aussi été développées en fonction des suggestions de Miles & Huberman (2003) et ont été adaptées au contexte de la recherche. Elles comprennent et mettent en relations des catégories de variables distinctes, notamment l'échelle de l'institution d'appartenance. Dans la présentation des résultats, un choix a été fait pour chacune des caractéristiques. Pour certaines d'entre elles, nous avons opté pour un texte synthèse qui rapporte les principaux résultats appuyés de quelques citations clés. Pour d'autres caractéristiques et leurs composantes, nous avons décidé de présenter les résultats sous forme de tableaux et de les commenter par la suite. Dans certains de ces tableaux, il a été pertinent d'inclure une colonne pour intégrer une citation éloquent en provenance de chacun des discours des personnes rencontrées. Le choix de présenter les citations sous forme de tableau a été fait selon l'importance que nous avons accordée à la question et aux réponses des participant.e.s. Par exemple, nous avons deux questions essentielles<sup>76</sup> qui documentent la résilience et plusieurs de ses composantes, auxquelles presque l'ensemble des participant.e.s a répondu. Enfin, pour chacune des caractéristiques de la résilience, les

---

<sup>76</sup> Il s'agit des questions suivantes : « comment se sont passées les relations et la coordination entre la multitude d'acteurs impliqués pendant les crises? » et « est-ce que la Guinée pourrait gérer une autre épidémie d'envergure de façon autonome, sans les partenaires techniques et financiers? ».

résultats des entretiens sont corroborés, le cas échéant, à des observations issues de l'observation non participante et, à des informations lues dans l'analyse documentaire.

### **4.3.1 Conscience : connaître le contexte et le système de réponse aux crises**

La première catégorie discutée est celle de la conscience. À titre de rappel, pour Kruk et al. (2015), la conscience concerne le fait de bien connaître le contexte, soit les forces, vulnérabilités et risques, mais aussi les stratégies d'intervention existantes. Plusieurs questions ont été posées aux personnes interrogées à cet égard. Il a été pertinent de faire ressortir du discours des gens interrogés, les informations sur l'historique et les crises vécues précédemment; et sur l'existence ou non de stratégies d'intervention (protocoles, cadres, guides) pour la gestion des crises sanitaires.

#### 4.3.1.1 Historique et crises vécues précédemment

Ce sont huit personnes interrogées qui ont parlé des crises vécues précédemment en Guinée. Sans aller spécifiquement dans les détails des autres épidémies, les personnes ont brièvement discuté d'aspects historiques. Parmi ceux-ci, mentionnons un acteur international qui a critiqué les épidémies et urgences sanitaires fréquentes qui surviennent sur le territoire. Il a donné l'exemple de MSF qui est sur le territoire depuis 30 ans, même si ce n'est pas une agence de développement et que le pays n'est pas en guerre. Pour lui, en Guinée, il y a « juste des déficiences. C'est un système extrêmement fragile dans son ensemble, de A à Z ».

Un fonctionnaire guinéen a soutenu que la politique sur les soins de santé primaire, datant de 1987, avait permis une augmentation de l'accessibilité aux soins ainsi qu'une amélioration du système de santé en rendant disponibles des médicaments et des ressources humaines. Le problème avec l'augmentation de l'accessibilité aux soins, c'est que le recrutement de personnel n'a pas suivi l'élargissement de la couverture géographique et la naissance des centres de santé dans tout le pays. Depuis lors, il est demeuré un manque de personnel et de financement. Ce même acteur reconnaît une dépendance aux partenaires internationaux puisque lors des épidémies cycliques de choléra et de rougeole dans le pays, ce sont ces derniers qui paient pour les vaccins. L'État n'ayant pas, selon lui, « toutes les dispositions nécessaires pour prendre en charge convenablement les problèmes de santé ».

Un autre fonctionnaire a fait le point sur les crises sanitaires que l'État a dû gérer dans le passé. En accord avec les dires d'autres partenaires rencontrés, du point de vue épidémiologique, c'est le choléra, parfois la méningite et souvent la fièvre jaune qui ont sévi en Guinée. L'interlocuteur a voulu spécifier qu'il existe d'autres types de crises qui ont un impact sur le système de santé. Par exemple, il a rappelé la crise sociale de 2007 en Guinée, où les syndicats et la société civile se sont révoltés contre le pouvoir et sont descendus dans la rue. Le système de santé a été confronté à la prise en charge d'un grand nombre de blessés sur une courte période de temps, et il a fallu modifier le dispositif en place pour l'élargir à l'ensemble des hôpitaux. C'est à ce moment que le pays a développé le *Plan ORSEC*, un plan d'organisation des secours avec différentes phases d'intervention selon le nombre de décès et de blessés. Selon le fonctionnaire, c'est ce modèle classique qui était utilisé avant l'épidémie d'Ebola. C'est le seul participant qui a mentionné l'existence de ce plan. Dans la documentation, on trouve une mention de l'utilisation de ce plan à la suite des événements violents du 28 septembre 2009 à Conakry, où 1111 blessés et 64 morts ont été répertoriés (OCHA Guinée, 2009). Des partenaires (MSF, le CICR et la Croix-Rouge guinéenne) avaient alors appuyé la Guinée dans la réponse à cet événement.

Le Système des Nations unies en Guinée (2016) a mentionné que le ministère de la Santé a, en 2007, créé un Comité national de crise sanitaire dont le secrétariat est sous la responsabilité de l'OMS. Ce comité a développé un document de politique de gestion des catastrophes, mais ce document n'est pas accessible sur internet et n'a pas été obtenu sur le terrain. C'est ce comité national, à travers la Direction des Établissements de Soins du ministère de la Santé, qui aurait mis à la disposition des structures, un manuel de procédures opérationnelles, soit le *Plan ORSEC*. Le rapport d'évaluation des capacités nationales en matière de réduction des risques de catastrophes en Guinée (Système des Nations unies en Guinée, 2016a) rapporte que

*Le Plan ORSEC* qui devait définir le rôle et les attributions de chaque acteur est encore au stade de projet complexifiant le déroulement des opérations de gestion des urgences. Cependant, avec l'appui du système des Nations Unies, un plan de contingence multirisque a été élaboré avec une dernière mise à jour datant d'octobre 2015. Ce processus n'est cependant pas suffisamment inclusif et la Protection civile n'y a que peu participé.

Des résultats quant à la présence de procédures d'intervention (plans, protocoles ou guide) sur la gestion des crises sanitaires seront présentés dans la prochaine sous-section.

#### 4.3.1.2 Absence ou insuffisance des cadres, guides ou protocoles de gestion des crises sanitaires

Parmi les questions posées à l'ensemble des personnes interrogées dans le cadre de la recherche, nous avons demandé s'il existait des cadres, guides ou protocole sur la gestion des crises sanitaires avant l'épidémie d'Ebola. Cela pouvait démontrer le degré de préparation avant la grande épidémie. Nous avons compilé les réponses les plus pertinentes dans le tableau à l'annexe 17.

Pour les sept personnes qui ont eu des réponses positives sur les 22 qui ont répondu à la question, il faut noter que pour six d'entre elles, la réponse a été tout de même nuancée. Elles ont dit qu'il existait des plans qui n'étaient pas à jour (datant de 2008), qui étaient seulement multirisques ou principalement axés sur le choléra. Ces plans n'étaient pas opérationnels ni adaptés à la réalité d'Ebola. C'est ce qui a mené à une prise de conscience nationale sur la nécessité de développer des procédures écrites post-Ebola.

Les 15 autres répondant.e.s ont affirmé qu'il n'y avait pas de plans existants avant l'épidémie d'Ebola. Pour gérer la crise d'Ebola, un participant international a affirmé qu'ils ont eu recours à des documents utilisés précédemment en RDC, ainsi qu'à des documents issus d'une revue de littérature réalisée notamment par l'OMS en début de crise. D'ailleurs, malgré l'existence d'un *Plan de contingence multirisque*, un acteur international a déploré le fait que ce plan est non disponible ou qu'il n'est pas diffusé. Pour lui, il manque encore des informations sur les différents scénarios possibles pour organiser une réponse à une épidémie, puisque jusqu'à ce jour, il n'y a

Pas de visibilité sur qui fait quoi, quand et où, que ce soit le ministère de la Santé, les agences des Nations unies, ainsi que les ONG nationales et internationales. Qui active le plan, quand? Les différentes phases d'intervention n'ont pas été définies par catastrophe, ou même pour les autres urgences épidémiques.

La majorité de ceux qui ont répondu à la négative ont expliqué que les plans étaient désormais en cours d'élaboration dans la période post-Ebola. Par exemple, un acteur national a dit que la Guinée recevait actuellement l'appui de la coopération japonaise, par le biais du PNUD, qui permettra de mettre les procédures en place et de rédiger les

documents par rapport aux interventions. À l'échelle nationale, on a rapporté qu'il était écrit dans le PAO 2017 qu'une priorité était d'élaborer un plan d'intervention d'urgence et de catastrophe spécifique pour le risque sanitaire.

Dans l'analyse documentaire, il a été possible de noter les insuffisances quant à ces procédures opérationnelles permettant de structurer la réponse face aux crises. D'ailleurs, le Système des Nations unies en Guinée (2016) a fait état de cela dans sa revue des capacités en réduction des risques de catastrophes. Il a noté qu'à part le ministère de la Santé qui a essayé de mettre en place certaines procédures, bien qu'insuffisantes, il persiste un manque de directives bien codifiées en amont des crises pour bien y répondre; l'absence d'un budget facilement utilisable pour répondre aux crises; des faiblesses notées dans les moyens logistiques et les équipements de base; des lacunes dans l'organisation de la riposte face aux crises; ainsi qu'un problème de « superposition des responsabilités administratives et médicales qui alourdit les mécanismes de prise de décision ainsi que la gestion défectueuse de l'information médicale et administrative autour de la crise (Système des Nations unies en Guinée, 2016, p.74) ».

Lors de l'observation sur le terrain, nous avons pu noter que de nombreux plans opérationnels et stratégiques ont été développés après Ebola ou sont toujours en cours d'élaboration comme le guide technique de surveillance active en ceinture (SA-Ceint); le guide du Centre d'opération d'urgence (COU); le guide des Équipes régionales polyvalentes d'alerte et de riposte aux épidémies (ERARE); etc. Par contre, un acteur international a affirmé lors d'une réunion à l'ANSS qu'« il y a beaucoup de risque de doublons dans les documents développés post-Ebola. Par exemple, dans les documents sur les ERARE et le COU. S'il y a une épidémie, il y a un risque de cacophonie ». Un fonctionnaire guinéen a mentionné lors d'une rencontre qu'il fallait développer encore plus de textes règlementaires pour se conformer au RSI. Lors de l'évaluation externe du RSI en avril 2017, on a affirmé que depuis Ebola, il existait un *Guide de surveillance des maladies et des ripostes*; un *Plan triennal de renforcement de la surveillance des maladies à potentiel épidémique*; et un *Plan de relance du système de santé 2015-2017*. On a mentionné que le *Plan de contingence multirisque* de gestion des risques généraux datant de 2008 a été testé en simulation dernièrement, qu'il a été modifié en 2016, mais n'a pas encore été validé. Il existerait des plans propres à certaines maladies (fièvre jaune,

choléra...), mais ils ne sont pas mis à jour. Il y a aussi un *Plan national de développement sanitaire 2015-2024*; un *Plan de développement des ressources humaines*; une *Politique nationale de santé*; un *Guide de surveillance des maladies et riposte (SMIR)* datant de 2011; une *Politique nationale de promotion de la santé* datant de 2009. En fait, dans le rapport d'évaluation externe du RSI (OMS, 2017, p.3), le premier défi énoncé pour la Guinée est le suivant « l'évaluation, l'adaptation voire l'écriture des textes législatifs et de procédures opératoires normalisées pour couvrir tous les domaines d'application du RSI 2005 ». Lors d'une rencontre sur la plateforme *One Health* en juin 2017, l'OMS a dit être en discussion avec l'ANSS pour développer un plan de réponse et de préparation aux épidémies qui intègre l'approche *One Health*. D'ailleurs, lors de l'observation d'un atelier sur le projet REDISSE (en phase de démarrage lors de l'observation sur le terrain), on a mentionné qu'une partie du budget était prévue pour réaliser un atelier de consolidation du *Plan national de riposte contre les épidémies*.

Pour conclure, il semble important de dire que seulement une minorité des personnes interrogées ont parlé des risques, de la vulnérabilité et de la fragilité du système de santé avant Ebola. En contrepartie, quelques études ont documenté cela, comme les travaux de Bicaba, Koita, Muaba, Fofana, & Blanchot (2011); Doumbouya (2007, 2008); OMS (2009). Pour bon nombre de personnes interrogées dans cette recherche, c'est Ebola qui a sonné l'alarme sur cette fragilité. À part quelques discussions sur les faibles investissements nationaux en santé – qui seront documentés ultérieurement dans la section sur les ressources financières – et quelques mentions des lacunes en matière d'infrastructures, de matériels médicaux et de ressources humaines, peu d'éléments ont été explicitement évoqués par les participant.e.s au sujet de cette fragilité. Pour la plupart, on admet que l'absence de plans et de procédures écrites avant Ebola était un problème en Guinée. La prochaine section présentera des informations plus poussées sur cette fragilité sur le plan des ressources.

#### **4.3.2 Diversité : habileté à affronter une pléthore de défis sanitaires**

La catégorie « diversité » comprend différents codes permettant de documenter la capacité du système de santé à affronter une variété de défis sanitaires. À cette fin, nous ressortirons du discours des personnes interrogées et des autres sources de données, la

capacité à poursuivre les activités sanitaires régulières pendant l'épidémie d'Ebola; ainsi que la présence ou l'absence de ressources financières, techniques, matérielles, logistiques, technologiques et humaines pour gérer la crise d'Ebola.

#### 4.3.2.1 (In)capacité à poursuivre les activités sanitaires régulières pendant Ebola

Ce sont neuf répondant.e.s (quatre de l'international; trois de l'échelle nationale; et deux de l'échelle locale) qui ont commenté la capacité à poursuivre les activités sanitaires régulières au sein de leur organisation pendant l'importante épidémie. Pour la forte majorité de ces entités, toute l'attention a été concentrée sur Ebola aux dépens des autres pathologies et des activités sanitaires régulières. Les Nations unies avaient différentes activités en cours avant l'épidémie d'Ebola, par exemple l'OMS travaillait sur des programmes portants sur la poliomyélite et la méningite. Mais, aux dires des personnes interrogées, les organisations ont été obligées d'arrêter toutes les activités liées aux autres pathologies. Certaines organisations internationales, comme MSF, ont tenté de poursuivre les activités en cours, comme des campagnes contre la rougeole. Mais, elles ont été confrontées à une faible participation des populations en raison du fait que les gens associaient les campagnes de vaccination contre la rougeole aux infections d'Ebola. D'ailleurs, à ce sujet, un acteur national a renchéri en mentionnant que l'affaiblissement des campagnes de vaccination régulière pendant Ebola a des répercussions jusqu'à aujourd'hui. Une épidémie de rougeole était en cours lors de notre séjour en Guinée en 2017. Il se trouve que, selon les statistiques rapportées par un acteur national, sept cas sur 10 n'étaient pas vaccinés et qu'il s'agissait surtout d'enfants « de la cohorte d'Ebola », âgés de trois ans pour la plus grande proportion. Cela démontre que la vaccination de routine ne se faisait pas pendant l'épidémie d'Ebola.

Un autre répondant international a dit que ce qui a été mis en suspend pendant Ebola dépend toujours des institutions. Il a donné l'exemple du ministère de la santé guinéen où, avant la création de la Cellule nationale de lutte contre Ebola, « le département de la division Prévention et lutte contre les épidémies était obligatoirement à 100% mobilisé ». À l'échelle nationale, les laboratoires ont tenté de poursuivre leurs activités régulières, mais ces dernières ont été grandement affaiblies en 2014-2015. Selon un acteur national, cela est dû au fait que « la population ne voulait plus qu'on la prélève. Le personnel venait, mais

les activités avaient baissé. Il y avait peu de prélèvements. (...) La population ne venait pas [en raison de] la peur [d'Ebola]... ». Un fonctionnaire guinéen a affirmé que :

Ça a fait une prise de conscience nationale puisque l'épidémie [...] bien que ce soit une pathologie, c'est une pathologie qui a un effet sur le développement social et économique. Avec Ebola, on a constaté que les activités, même industrielles, par moment, étaient bloquées. À plus forte raison, l'utilisation des services de santé a baissé. Il y a certaines structures qui ont dû être fermées à cause du mépris que certaines populations avaient pour les services de santé.

En revanche, il a pu noter que, dans certaines contrées, les centres de santé ont pu poursuivre leurs activités, même si leur utilisation n'était pas optimale. Du point de vue local, un répondant a affirmé qu'Ebola les a occupés à 99%. Un autre acteur local « avoue que tout a été centré sur Ebola. Toutes les activités régulières ont été bloquées ». À titre d'exemple, un comité technique régional de la santé, qui devait se tenir tous les six mois, a été suspendu pendant l'épidémie. Aux dires du répondant, ils ne pouvaient plus faire des instances de regroupement de tous les partenaires pour discuter d'autres problèmes qui n'étaient pas Ebola. Le financement obtenu par l'UNICEF a dû être reversé à l'organisme onusien. Dans leur article, Ade et al. (2016) ont aussi noté que les activités régulières du système de santé et du renforcement du processus politique en matière de santé avaient été mises sur pause pendant l'épidémie.

Aujourd'hui, les autres maladies semblent revenues sur la sellette. Lors de notre observation sur le terrain, il y a eu un atelier sur la méningite. La rougeole restait une priorité en raison de l'épidémie en cours. Les acteurs semblaient dorénavant conscients qu'ils devaient pouvoir surveiller l'ensemble des maladies et non seulement de concentrer sur une seule d'entre elles. Lors des réunions d'information épidémiologiques hebdomadaires à l'ANSS, les données issues de la surveillance des dix maladies prioritaires en Guinée sont rapportées. Par exemple, en janvier 2019 (ANSS, 2019), on rapportait les données pour les maladies évitables par la vaccination (méningite, fièvre jaune, tétanos maternel et néonatal, paralysie flasque aiguë, rougeole), les fièvres hémorragiques et virales, et maladies diarrhéiques (choléra, diarrhée rouge), et les autres maladies à potentiel épidémique, affections et maladies prioritaires (syndrome grippal, paludisme, décès maternels, décès néonatal, morsures de chiens, morsures de serpents). Depuis quelques mois, la situation des zoonoses sous surveillance (rage, grippe aviaire, brucellose, anthrax

et fièvre de la vallée du Rift) a été ajoutée à la réunion pour respecter l'approche *One Health*.

#### 4.3.2.2 Ressources financières : « le nerf de la guerre »

Les résultats sur les ressources financières sont scindés en deux arguments principaux dont : les faibles investissements nationaux en santé, ainsi que la méfiance et le difficile décaissement des fonds pendant l'épidémie d'Ebola.

##### *4.3.2.2.1 Faibles investissements nationaux en santé*

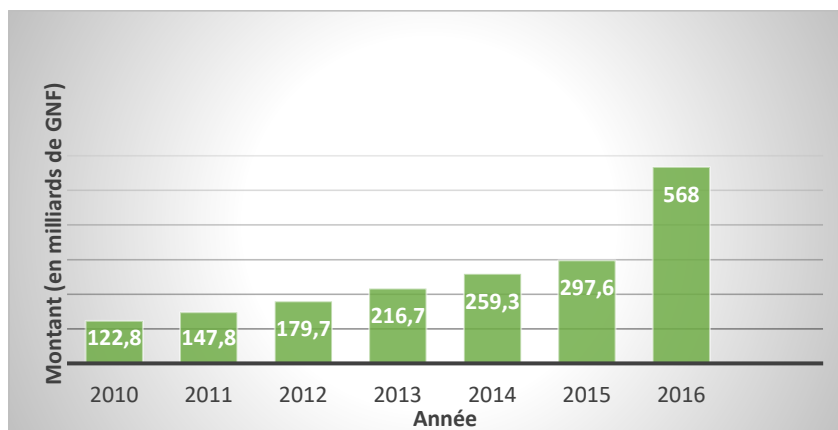
Au sujet des ressources financières présentes pour faire face à Ebola en Guinée, plusieurs acteurs ont discuté premièrement de la faible allocation budgétaire à la santé en Guinée. Pour l'un des acteurs internationaux, il s'agit d'un problème qui empêche l'efficacité du système de santé, puisque le budget était sous les 3% du PIB avant Ebola alors que le pays avait des engagements internationaux pour l'augmenter. Pour lui, il aurait fallu que l'allocation budgétaire nationale atteigne pas moins de 10% du PIB pour être adéquate. Il ne s'agit pas du seul interlocuteur qui s'inquiétait à ce propos. Deux autres acteurs internationaux ont appuyé ces dires en critiquant le budget en santé comme étant très limité, et ce même jusqu'à ce jour. Trois acteurs nationaux ont également mentionné la faiblesse du budget national avant Ebola, ce qui a fait qu'ils n'ont pas pu réagir comme ils auraient dû face à l'épidémie. L'un d'entre eux a dit que le financement national était si bas pendant plusieurs années avant Ebola, qu'ils ne pouvaient pas recruter du personnel; acheter des médicaments et des vaccins. Un travailleur au ministère de la Santé a affirmé que ce budget était effectivement faible aux vues des pourcentages du budget accordés à la santé. Selon lui,

De 2009 à 2011, ça variait entre 1,7 et 2%. Maintenant, en 2015, c'était 3; en 2016, c'était à peu près 5%. En 2017, c'est 8%. Donc, même si c'est encore faible, il y a une corrélation positive du financement de la santé.

Étant donné que les informations sur le financement varient d'un informateur à l'autre et d'un document à l'autre, afin d'obtenir les données réelles sur les investissements nationaux en santé lors des dernières années, il a fallu aller directement aux sources, au sein du ministère du Budget de l'État guinéen. Il a été possible d'obtenir un document Excel présentant l'exécution des dépenses du ministère de la Santé, entre 2010 et 2017, dont les données proviennent des « Lois de finances pour les prévisions; chaîne dépenses

pour l'exécution ». Grâce à ces données, nous avons pu réaliser des graphiques des dépenses nationales en santé pour les années 2010 à 2016<sup>77</sup>.

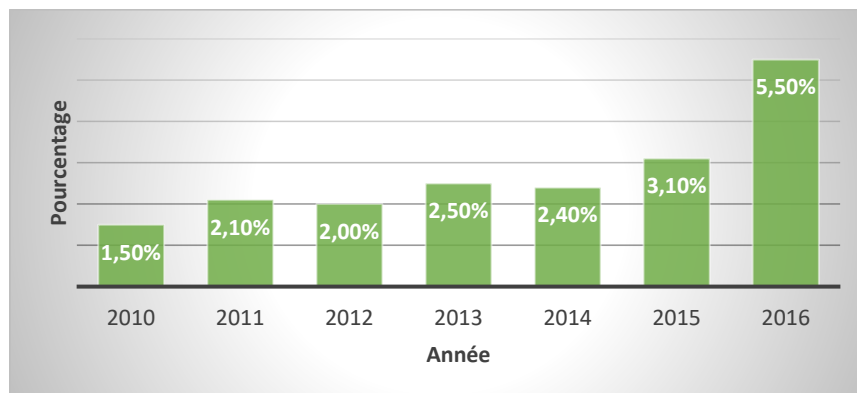
**Figure 4: Budget général de la santé en République de Guinée pour la période de 2010 à 2016, en milliards de francs guinéens, sans le financement extérieur. Source : Préparé par l'auteure à partir des données du Ministère du Budget de la Guinée**



On remarque une tendance à la hausse du budget dans les dernières années. Ces investissements en milliards de francs guinéens peuvent aussi être présentés sous la forme de pourcentage du PIB accordé à la santé. Le graphique qui suit expose, entre 2010 et 2016, le pourcentage du budget national accordé à la santé, hors financement extérieur. Il est donc possible de corroborer ces données avec les dires des personnes interrogées.

<sup>77</sup> Ce document présente que, pour l'année 2014, on avait prévu un montant de 1 191,2 milliards de francs guinéens, mais que seulement 259,3 milliards de GNF ont été exécutés. Le document rapporte que « le faible taux d'exécution (22,6%) en 2014 s'explique par un manque d'informations sur les dépenses relatives à la lutte contre Ebola (938 milliards de francs guinéens). La majeure partie de ces dépenses a été exécutée hors chaîne des dépenses par les agences des Nations unies ». Notons aussi que le document obtenu a été modifié en mai 2017, donc les données de 2017 ne compilaient pas l'exécution des dépenses, mais seulement les prévisions. C'est pourquoi les données de 2017 n'ont pas été intégrées aux figures.

**Figure 5: Proportion du secteur de la santé dans le budget général de la République de Guinée, entre 2010 et 2016, sans le financement extérieur. Source : Préparé par l'auteure à partir des données du Ministère du Budget de la Guinée**



Dans la littérature, on critique aussi le faible budget guinéen accordé à la santé. Pour Diop, Diagana, Nawaz, Haque, & Magazi (2014, p.91), « ce niveau de financement n'est pas suffisant, et est insignifiant par rapport au niveau observé dans les autres pays (ayant un niveau de revenu similaire), et au niveau recommandé par les organismes internationaux de développement et surtout, aux besoins du pays ».

À la lumière de ces faibles investissements nationaux en santé, de nombreux interlocuteurs et interlocutrices rencontrés dans le cadre de cette recherche ont discuté de la dépendance aux bailleurs de fonds. Cette dépendance aux bailleurs de fonds a été notée précédemment dans la problématique de recherche. Par exemple, l'OMS (2009) a mentionné que les faibles investissements de l'État en santé pour l'année 2006 (0,4% du PIB) font qu'il était impossible pour le pays de satisfaire les besoins pour l'ensemble du pays, ce qui faisait que de nombreux programmes de santé publique (VIH/SIDA, paludisme, tuberculose, etc.) étaient entièrement dépendants des bailleurs de fonds. Doumbouya (2007, 2008) a aussi affirmé que cette dépendance donnait moins de liberté d'action à l'État. De son côté, la Banque Mondiale a réalisé une étude sur les dépenses publiques en santé en Guinée publiée en 2014. De cette étude ressortent des constats frappants comme le fait que la contribution guinéenne aux cinq programmes prioritaires en santé était faible et qu'ils étaient financés presque exclusivement par des fonds internationaux d'assistance technique. « En 2012, le financement de l'État ne représentait que 0,2 pour cent des dépenses totales de ces cinq programmes » (Diop et al., 2014).

En étant dépendante des partenaires étrangers, la Guinée frappe d'autres problématiques comme l'instabilité de son financement externe. Un acteur international rencontré a mentionné l'aspect du financement international qui est souvent de trop courte durée. Pour lui, il s'agit de « l'irrationnel du système de coopération ». Il explique que les financements sont conditionnés par une durée fixe, mais que pour renforcer une institution et entreprendre des changements de culture organisationnelle, il faut bien plus qu'une année. Il mentionne qu'il faut, au moins, « six mois d'induction, une année de mise en place des structures, une autre année de suivi des structures et évaluation. Le faire dans une année est irréaliste ». Malgré avoir tenté d'augmenter la durée du projet auprès du bailleur de fonds en expliquant toutes les réticences qu'il peut y avoir lors du renforcement des institutions, l'organisation a connu un refus systématique. Cette réticence nous amène à discuter des problèmes de méfiance et de décaissement de l'argent de la part des partenaires.

#### *4.3.2.2 Méfiance et difficile décaissement de l'argent*

Un acteur national important pendant la riposte contre Ebola a tenu bon de parler des relations entre les gestionnaires, et les praticien.ne.s sur le terrain pendant l'épidémie. Il se souvenait d'une requête qu'il avait faite au comité de coordination interministériel pour obtenir un million de paires de gants pour le personnel médical. Le comité a été outré d'entendre une telle requête. Toutes les discussions qui s'en sont suivi pour justifier la nécessité d'un tel achat, ainsi que la lenteur de décaissement de l'argent pour faire l'achat a fait que, selon lui, 200 et quelques agents de santé ont été infectés par le virus. Une partie prenante internationale a dit que jusqu'à ce jour, le mécanisme de déblocage des fonds est lourd en Guinée. Cela s'est vu dans la réponse apportée à l'épidémie de rougeole de 2017 puisque l'intervention dans la plupart des districts en épidémie s'est faite près de deux mois après le début de l'épidémie. Étant donné la faible allocation budgétaire nationale et le mécanisme de déblocage des fonds compliqué et long, il a fallu s'appuyer sur les partenaires pour répondre à l'épidémie de rougeole.

D'autre part, lors des crises, il y a toutes les questions de méfiance des bailleurs de fonds internationaux envers les institutions guinéennes qui peuvent perturber ou du moins ralentir les financements. À ce sujet, un acteur international a mentionné que :

Le coordonnateur de la riposte d'Ebola il n'a vraiment fait que coordonner pendant un bon moment. Personne ne lui a donné un franc. Il faisait juste dire : bon il y a UNICEF qui fait ça; il y a CDC qui avait donné des équipements, du personnel, mais jamais d'argent. Ça, c'est vraiment un indicateur gravissime de la coopération qui ne faisait confiance à personne.

L'efficacité et la légitimité des institutions guinéennes ont fréquemment été remises en cause par les acteurs internationaux à travers les différentes épidémies. Dans cette optique, un employé des Nations unies a dit que :

Quand [il] parle aux bailleurs, ils disent qu'ils sont [ennuyés] parce qu'on a trois problèmes avec la Guinée. Un, la Guinée n'a pas de programme vendable et bancable. Deux, la Guinée a des problèmes majeurs de capacités de décaissement. Trois, la Guinée a des problèmes de gouvernance.

Cette méfiance a aussi été décrite à travers un exemple d'un acteur issu des Nations unies qui a mentionné la corruption en Guinée, et la faible collaboration entre certains acteurs vu la méfiance. Pour lui, « même après un choc majeur sociétal comme Ebola en Guinée, il y a toujours des vieux réflexes qui restent de ne pas collaborer ». Il a discuté sur un cas particulier d'un projet de surveillance à base communautaire (SBC) où deux acteurs nationaux, deux individus hautement placés au sein d'un ministère, se sont fait une sorte de compétition personnelle pour l'obtention de fonds et de reconnaissance. Selon lui :

Ils sont dans des intérêts personnels et ne sont pas dans l'intérêt supérieur de la Guinée. Ça, il y a des choses que je ne m'explique toujours pas. Ce sont des choses culturelles. Ce sont des choses aussi liées à la pauvreté. Je pense que la base de ça c'est la pauvreté des familles et des sociétés.

Un acteur international a dit que personne ne voulait donner d'argent ce qui ralentissait le suivi des contacts et favorisait la propagation de la maladie. Selon un bailleur de fonds bilatéral, « ils ne voulaient pas donner d'argent soit pour des histoires de procédures, soit un manque de confiance. [...] On a eu beaucoup d'incohérences, de trucs idiots ». Selon trois acteurs rencontrés, c'est la Banque mondiale qui a été le premier bailleur de fonds à donner de l'argent à la cellule de crise, donc à l'État<sup>78</sup>. Cet argent a été investi pour défrayer

---

<sup>78</sup> Selon un acteur international, la Banque mondiale a mis en tout 153 millions de dollars pour la riposte en Guinée. Donc, « 103 millions de dollars en termes d'appui que ce soit les produits, que ce soit les agents de

les coûts de médicaments, d'ambulances, de matériels, mais aussi pour le paiement des salaires des agents du système des Nations unies et quelque 700 à 800 agents de santé ont été supportés à l'intérieur du pays. Selon un autre interlocuteur international, cette intervention de la Banque mondiale a été salubre puisqu'elle a permis un effet d'entraînement pour encourager les autres acteurs dans le décaissement des fonds.

Jusqu'à ce jour, selon plusieurs personnes interrogées, la Guinée demeure dépendante des financements extérieurs de la part des partenaires. Pour un acteur national :

Les ressources actuelles viennent des partenaires. Donc, on est dans une situation post-Ebola, où il y a encore de l'argent, où comme souvent dans ces pays-là, les partenaires sont venus tard et avec des grandes quantités d'argent. Il y a plutôt de la sous-utilisation des fonds qui a été proposée. De toute façon, la Guinée n'a pas d'argent. La Guinée utilise l'argent des partenaires. Souvent, ils demandent aux partenaires de financer point, et la réflexion ne vient pas trop de la Guinée.

L'ANSS a été créée en 2016 et a été entièrement financée par les partenaires jusqu'au moins en juillet 2017 (selon les dernières informations obtenues). Selon un acteur national, le financement est censé provenir du Budget national de Développement, par des subventions. Mais, après un an de fonctionnement, l'institution n'avait toujours pas reçu un franc. Le fonctionnaire a dit que, jusque-là, la pérennité de l'ANSS était entièrement dépendante du financement des partenaires. Un autre exemple de projet qui est dépendant des financements internationaux est celui des ERARE, financés par Expertise France jusqu'en décembre 2017. Mais, selon un acteur local, après cela, l'État devrait faire face de façon autonome à ces besoins de financement, parce que sinon sa survie en dépend.

Malgré la volonté de l'État d'augmenter le budget alloué à la santé dans le plan de relance post-Ebola, cela reste insuffisant par rapport aux promesses faites pendant Ebola selon une personne interviewée. Pour elle, jusqu'à maintenant, « les promesses n'ont pas été tenues ». Pour un autre fonctionnaire national, la faiblesse du budget reste même après Ebola. Il y a des acquis en matière d'équipements, mais cet individu défend l'idée qu'il faut que le budget progresse parallèlement avec l'équipement que le pays possède maintenant. Grossièrement, dans l'aspect des ressources financières, retenons que les

---

santé et tout ça. Puis, après, on a mis 50 millions de dollars pour appui budgétaire parce que quand l'épidémie s'est passée, l'économie était à terre ».

ressources étaient insuffisantes avant Ebola, qu'elles ont été comblées par les partenaires pendant l'épidémie, et que plusieurs programmes et projets sont toujours aujourd'hui dépendants des partenaires.

#### 4.3.2.3 Ressources techniques, matérielles et logistiques comme facilitateurs de la riposte

Cette section porte sur la présence des ressources techniques, matérielles et logistiques avant Ebola en Guinée. Nous avons vu précédemment que la résilience des systèmes de santé passe notamment par un accès équitable aux produits médicaux, vaccins, autres fournitures et technologies (Benton et al., 2014; WHO, 2007, 2009, 2012). Cela peut démontrer si la Guinée était résiliente du point de vue de l'intervention, à savoir si elle détenait les équipements, infrastructures et autres requis pour faire face à l'épidémie. Les résultats sont rassemblés dans le tableau à l'annexe 18 où des citations clés ont été répertoriées dans les discours des personnes interviewées.

En analysant les réponses fournies dans ce tableau, seulement trois répondants ont dit avoir eu le matériel nécessaire dans leur domaine d'intervention. Il faut dire que ces domaines touchaient plutôt les aspects de la communication et de la sensibilisation, ce qui ne nécessite pas une quantité importante de biens.

Dans l'autre spectre, la forte majorité des parties prenantes a évoqué le fait que la Guinée ne possédait pas les ressources matérielles, techniques, technologiques et/ou logistiques pour gérer une épidémie comme Ebola avant la survenue de celle-ci. En matière d'infrastructures sanitaires, un répondant a décrit qu'il existe un certain nombre de centres de santé à l'échelle du pays, mais que ce nombre est insuffisant pour fournir à la demande et aux besoins. D'ailleurs, un autre participant a dit que ces centres n'étaient pas équipés pour la gestion d'une maladie émergente comme Ebola avant la survenue de celle-ci. À titre d'exemple évocateur, il n'y avait pas de structures d'isolement adéquates, au sein des hôpitaux, pour traiter les patients atteints du virus.

Pour ce qui est de la logistique, plusieurs personnes ont critiqué le fait qu'il n'y en avait pas avant la crise, et ce spécialement au point de vue intermédiaire et périphérique. Aux dires d'un participant local, pendant l'épidémie, c'est seulement une fois que la Cellule nationale de lutte contre Ebola a été créée, que les besoins ont été comblés en matière de matériel bureautique et informatique comme des ordinateurs et internet, mais

aussi de matériel médical comme des médicaments. Deux autres personnes ont rapporté que c'est grâce à cette épidémie que leurs localités ont pu obtenir des ambulances et des véhicules pour faciliter les déplacements des équipes et le transport des malades. Plusieurs personnes ont aussi rapporté les faibles moyens de diagnostic des laboratoires nationaux et même l'absence de laboratoires à l'intérieur du pays. De plus, deux participants ont parlé de la chaîne de froid inexistante dans les DRS et les DPS en Guinée.

La majorité des partenaires internationaux ont dit avoir apporté leur propre matériel pour répondre à l'épidémie. Plusieurs parties prenantes nationales ont tenu à reconnaître les apports et le rôle essentiel qu'ont tenu ces partenaires techniques et financiers dans la riposte à Ebola. Par exemple, l'une d'entre elles a dit que :

Dans le cadre d'Ebola, on n'avait rien. [...] Le laboratoire des fièvres hémorragiques existait, pouvait diagnostiquer le virus de Lassa, mais pour Ebola, il n'y avait rien. On a eu neuf laboratoires étrangers pendant la crise. [...] Les partenaires venaient avec tout le matériel. Ils venaient avec toutes les techniques de diagnostic, les réactifs et consommables.

Pour un autre acteur national, ce n'est qu'une fois que les partenaires internationaux ont commencé à appuyer la Guinée qu'il n'y a plus eu de rupture de stock pour l'intervention. Dans les acquis post-Ebola, on admet aussi l'importance des ressources matérielles et technologiques (internet; panneaux solaires; matériels médicaux, etc.) reçues gracieusement par les partenaires pendant et après la crise. Aujourd'hui, tous les districts et tous les centres de santé sont équipés en matériel informatique pour remonter les données au niveau central. Dans toutes les préfectures, une structure d'isolement des malades pour les maladies à potentiel épidémique, communément appelée CTEPI, a été construite.

#### 4.3.2.4 Ressources humaines : un pilier de la réponse

Cette sous-section porte sur les ressources humaines dans le domaine de la santé en Guinée pendant la crise. Quelques points principaux seront abordés dont le manque de ressources humaines et les connaissances et compétences de ces dernières; les ressources vieillissantes; le manque de couverture en ressources humaines pour l'ensemble du pays, et la méconnaissance des ressources disponibles; et enfin, la rémunération de ces dernières.

Premièrement, huit personnes interrogées (deux internationales; cinq nationales et une locale) ont parlé du manque de ressources humaines au sein des structures de santé en

Guinée avant Ebola. À titre d'exemple, un acteur national a affirmé que dans l'un des départements du ministère de la Santé, ils devraient être environ 40 ou 45 employés. Cependant, ils sont aujourd'hui moins de 20 personnes parce que plusieurs sont à la retraite ou d'autres sont décédés, mais qu'ils n'ont pas encore été remplacés parce que la direction ne fonctionnait pas bien depuis quelques années. Pendant l'épidémie, un acteur national a rapporté que la direction de la cellule de lutte contre Ebola a aidé à l'engagement de 800 jeunes pour lutter contre l'épidémie. Ces jeunes sont actuellement toujours employés de la fonction publique, et l'interlocuteur croit que désormais, « on a un personnel assez soutenu qui pourra nous aider à soutenir le système de santé ». Depuis la fin de l'épidémie, il y a également eu une augmentation des ressources humaines dans le système de santé en général. Selon une partie prenante nationale, en 2016, le gouvernement a recruté quelque 4000 personnes. Depuis 2012, il n'y avait pas eu de recrutement, et cette année-là, on parlait d'un recrutement de seulement 500 personnes. Pour cette personne, « il y avait la pénurie du personnel partout, surtout à l'intérieur du pays. Maintenant, on a recruté dans le plan national de développement sanitaire, on a prévu un recrutement de 2000 chaque année jusqu'à 2020 ».

Deuxièmement, cinq personnes (une internationale; trois nationales; et une locale) ont précisé sur les ressources humaines vieillissantes en Guinée et les problèmes encourus. Selon l'un des acteurs nationaux, « environ 80% des employés du ministère partiront à la retraite d'ici 5 ans. Ils ne sont même pas capables de faire un copier-coller sur l'ordinateur. Ils n'ont pas de connaissance informatique ». Selon ses dires, c'est long de changer les mentalités en Guinée. Par exemple, il faut se battre pour instaurer l'usage des courriels professionnels au sein des institutions publiques guinéennes.

Troisièmement, en ce qui a trait au manque de connaissances et compétences de ces ressources, ce sont sept répondants (deux internationaux, quatre nationaux et un local) qui en ont parlé. Trois personnes (deux internationaux et un national) ont d'ailleurs évoqué le manque d'expérience avec la maladie d'Ebola. Le premier problème rapporté par un acteur national est que le personnel hospitalier et celui des laboratoires manquaient de connaissances sur les fièvres virales et hémorragiques. À l'université, on enseignait les autres virus, les herpès, les virus pas tellement compliqués selon ses dires. Mais, les virus des fièvres hémorragiques n'étaient pas autant enseignés. D'un autre côté, il a mentionné

que « même les médecins n'avaient pas la formation sur Ebola; il y avait une absence de formation par rapport à la maladie ». Du côté des acteurs internationaux, l'un d'eux a affirmé que le principal défi était le manque d'expérience; le fait que les travailleurs ne connaissaient rien de la maladie vue que c'était la première fois qu'elle se manifestait sur ce territoire. Il a d'ailleurs ajouté que même lui, personnellement, il n'avait jamais travaillé lors d'une épidémie d'Ebola et s'est retrouvé très vite haut placé dans la hiérarchie de son organisation. En lien avec ce manque de compétences, un autre problème est ressorti des entretiens par rapport aux ressources humaines et c'est le choix de celles-ci en fonction de l'ethnie ou de l'affiliation politique ou autre plutôt que pour les compétences. En tout, quatre personnes en ont parlé soit deux acteurs internationaux, un national et un local. Un acteur international a critiqué les problèmes politiques en Guinée et les camps distincts. Il entendait que « les gens ne sont pas choisis pour leurs compétences, mais plutôt leur affiliation politique et les connaissances. Aussi, les vieux restent en poste ». Un haut fonctionnaire guinéen a appuyé ces propos en disant que le politique prend beaucoup de place en Guinée et qu'en fait, "l'ethnique va avec le politique". L'acteur local a renchéri en disant que les querelles politiques et la coloration ethnique en Guinée bloquaient le travail.

Quatrièmement, une autre problématique face aux ressources humaines évoquée a été le manque de couverture de ces dernières pour l'ensemble du pays, et la méconnaissance des ressources disponibles dans le pays. Un acteur international et deux nationaux en ont parlé. Selon un fonctionnaire, ce n'est que post-Ebola que le ministre de la Santé « a pris une disposition pour que les gens soient mutés en mettant en place une Commission nationale de mutation du personnel ». Désormais, les nouveaux employés à la fonction publique sont affectés dans une zone du pays et doivent y demeurer pour obtenir leur salaire. Des vérifications sont faites au niveau des DPS pour voir s'ils sont vraiment employés par la structure locale et présents sur place avant d'obtenir leur gagne-pain. Un travailleur international avait poussé l'analyse des ressources humaines un peu plus loin pendant l'épidémie d'Ebola. D'abord, il a noté qu'il existe « un personnel pléthorique à la santé, mais même le ministre ne sait pas combien de personnes il y a dans son département », parce que ce fichier est « en marge sur le plan comptable, sur une fiche, qui est les fichiers de la fonction publique, qui est gérée dans un autre ministère ». En discutant avec les gens sur le terrain, il a pu s'apercevoir que dans la couche la plus basse de la

pyramide sanitaire, c'est-à-dire les centres de santé, il n'y a pas grand monde qui y travaille sauf quelques volontaires des communautés qui finissent leurs études ou les ont terminées et qui espèrent trouver un travail en devenant stagiaires dans ces centres. Il a affirmé que :

Ce qui se passe c'est qu'il y a beaucoup de stagiaires, pas beaucoup de fonctionnaires. Les stagiaires ne sont pas payés. [...] Je me rends compte dans les listes qu'il y a des gens qui ne sont tout simplement plus vivants. Alors, tu te dis je vais sortir mon épée de bourreau et lutter contre la corruption, mais quand tu creuses la question, tu t'aperçois que c'est un système de filet social. Beaucoup de ces gens sont réellement morts, mais que l'argent continue d'arriver aux familles.

En analysant la situation en profondeur, le répondant croit qu'il y avait environ 9000 personnes affiliées à la fonction publique en santé pendant la période Ebola, mais qu'il y avait probablement de 15 à 20% de ces fichiers qui étaient faussés, c'est-à-dire que les gens n'existaient pas ou étaient décédés; et que de 20 à 30% des fonctionnaires existants n'allaient même pas sur le terrain. Ces derniers travaillaient dans les ministères, mais ne soignaient concrètement personne.

Cinquièmement, un grand défi pendant l'épidémie d'Ebola a été de s'entendre sur la rémunération des ressources. Ce point amène aussi un autre défi important par rapport aux ressources humaines, soit leur fidélisation. Selon un acteur international, il est difficile d'avoir des informations en Guinée sur les salaires du personnel de la fonction publique. Selon les dires d'un interlocuteur international, le chauffeur de MSF en Guinée gagnait plus d'argent qu'un médecin de la fonction publique. Un acteur national a d'ailleurs dit qu'il y a eu quelques discordes entre les différents acteurs au niveau des salaires. À l'échelle nationale, on a proposé d'« uniformiser les salaires parce que sinon UNICEF a sa grille, MSF a sa grille. Pour [les acteurs nationaux], le plancher c'est vraiment le SMIG, le salaire minimum interprofessionnel garanti. C'est dans le Code du travail, c'est 440 000 francs guinéens ». Donc, l'agent communautaire gagne environ 500 000. Mais, selon ses dires, plusieurs organisations ont maintenu leur propre grille. Par rapport à la fidélisation des ressources humaines, trois acteurs internationaux ont dit qu'un faible salaire pour les médecins ou les agent.e.s de santé ne favorise évidemment pas leur ardeur au travail. Selon un acteur international, jusqu'à aujourd'hui, le personnel de la fonction publique travaille seulement environ 30% du temps, et travaille à côté pour faire de l'argent. Lors de l'observation sur le terrain, il a été possible de noter cela. De nombreux fonctionnaires ne

se présentent pas quotidiennement sur le lieu de travail. Plusieurs ont un autre emploi dans le secteur privé en santé ou, par exemple, comme professeur.e d'université pour compenser les faibles salaires de la fonction publique. Pour un fonctionnaire guinéen observé pendant une réunion, les partenaires doivent aider à renforcer les structures pérennes et éviter le travail en parallèle. Il a dit aux partenaires qu'ils ne devaient pas embaucher des gens de la fonction publique comme ce qui a été fait pendant Ebola, parce que ces gens prenaient deux salaires et répondaient beaucoup plus à l'organisation internationale qu'à celle nationale.

D'autre part, quelques acteurs internationaux ont critiqué la pratique d'offrir une indemnité quotidienne (*per diem*) en Guinée, pour l'un d'eux :

La logique en Guinée est de toujours demander un *per diem*. S'ils n'ont pas un *per diem*, ils ne vont pas bouger un seul doigt. (...) Même s'il y a le pays qui brûle, s'ils n'ont pas le *per diem*, ce sera compliqué sauf s'il y a un ordre d'une personne au ministère qui leur dit d'y aller.

Selon l'un des partenaires internationaux, « les gens se battent pour être dans les cours. Je n'ai jamais vu un pays où les gens ont été aussi formés qu'en Guinée et aussi nuls en niveau. Les formations, c'est juste pour prendre du *per diem* ». Après avoir abordé cette question avec un acteur national haut placé, il a mentionné souhaiter mettre fin à cette pratique sans pourtant aller en profondeur dans le sujet. Lors de l'observation, il a aussi été possible de noter que de nombreuses formations ont été offertes aux Guinéens et qu'ils recevaient une indemnité quotidienne et le repas du midi pour leur participation à ces formations ou ateliers. Lors de ces formations et ateliers, il s'agissait bien souvent des mêmes personnes employées dans les différentes structures du ministère de la Santé ou affiliées à celui-ci. Rarement, ils déléguaient d'autres personnes, moins haut placé dans la hiérarchie, pour assister aux événements. Pour conséquence, il s'agissait souvent, voire très souvent, que ce soit les mêmes fonctionnaires qui passaient leur temps de travail à assister à différents événements<sup>79</sup>. Il a été possible d'écouter un discours d'un fonctionnaire lors d'une réunion

---

<sup>79</sup> Il est arrivé que des personnes se présentent à l'événement pour l'inscription et, possiblement recevoir ledit *per diem*, mais n'y assiste que sur une courte période. Il est aussi arrivé que des travailleurs s'inscrivent à deux événements en simultané en partageant leur temps entre les deux événements qui se tenaient sur un ou plusieurs jours. Il a aussi été possible d'entendre des conversations informelles sur le *per diem* très avantageux pour les réunions se déroulant à l'extérieur de Conakry. De là l'intérêt d'aller participer à des ateliers à Kindia ou dans d'autres villes en dehors de la capitale.

en août 2017 qui a ouvertement critiqué le taux d'absence des directeurs nationaux qui ne délèguent pas le travail et qui veulent assister à tous les événements. Il a suggéré de calculer le taux d'absence des directeurs et directrices du ministère à leurs services respectifs, et dit en avoir fait la demande au ministre directement. Selon lui, « en temps d'absence des chefs, les services sont perturbés. Cela a une responsabilité dans les décès ».

Pour conclure cette caractéristique de la diversité, il appert que la Guinée n'a pas été en mesure, selon les répondant.e.s, de poursuivre les activités régulières pendant l'épidémie d'Ebola. D'autre part, il y avait de nombreuses insuffisances sur le plan des ressources de toutes sortes avant l'épidémie ce qui a nécessité un apport important de la part des partenaires. Ces faits sur quelques faiblesses notées en Guinée nous amènent à présenter la caractéristique de l'autorégulation pour mieux saisir comment la Guinée a répondu à la crise et si elle a été en mesure de cerner adéquatement les menaces et d'intervenir efficacement.

### **4.3.3 Auto-régulation : stabiliser le système sanitaire**

Pour cette sous-section, nous considérons que de documenter les forces, faiblesses et défis reconnus par les acteurs pendant la gestion de la crise, permettra de donner des informations sur l'habileté à cerner et isoler les menaces lors des crises. Il sera aussi question des nouveaux outils développés et des innovations mises en place pour mieux circonscrire l'épidémie d'Ebola.

#### 4.3.3.1 Forces reconnues dans la gestion de la crise

Quinze personnes interrogées (neuf internationales; quatre nationales; deux locales) ont parlé des forces notées dans la gestion de la crise Ebola. Au niveau international, les principaux arguments évoqués ont été l'implication effective des partenaires techniques et financiers internationaux (3 personnes); la mise en place de structures de gestion de crise à tous les niveaux du système de santé soit autant à Conakry que dans les préfectures (3 personnes); la mise en place d'équipes de réponse rapide multidisciplinaires (1 personne); la participation des acteurs d'autres secteurs comme les administrations, l'éducation, l'armée, etc. (1 personne); le renforcement des capacités du personnel par des supervisions formatives et simulations (1 personne); le développement de directives claires (définitions

des cas; algorithmes de prise de décision, diagnostic et prise en charge; etc.) (1 personne); *leadership* national (1 personne); la logistique adéquate pour couvrir les activités de terrain (1 personne); et finalement, l'implication des socio-anthropologues (1 personne).

Au niveau national, les arguments évoqués ont été : l'implication des partenaires internationaux (3 personnes); la mobilisation des moyens et la logistique efficace (2 personnes); la bonne coordination des interventions (2 personnes); le déploiement de laboratoires mobiles à la base (1 personne); et la surveillance efficace (1 personne). Au sujet de la logistique, il est intéressant de partager les dires d'un fonctionnaire guinéen :

On a pu mobiliser les moyens, mais on a réparti les moyens de façon rationnelle en fonction de l'importance de l'épidémie. Au début, les politiques disaient on va faire de façon uniforme. Mais pour nous, ce n'est pas une préfecture égale une autre préfecture. La logistique c'est pour répondre à des besoins. Ça s'est bien passé; ils ont eu les moyens quand il le fallait parce qu'on avait décentralisé le budget.

Ainsi, au sujet de la logistique, c'est au fur et à mesure de l'avancement de la crise et de la modification des pratiques de gestion que la répartition des ressources s'est faite de façon plus adéquate en fonction des besoins.

Au niveau local, les deux personnes qui ont abordé cette question ont dit que le suivi des contacts avait été une force pendant l'épidémie; et que la situation d'épidémie avait été maîtrisée rapidement et qu'il n'y avait pas eu de nouvelle contamination, même dans la zone où se trouve le plus grand hôpital du pays.

#### 4.3.3.2 Faiblesses et défis rencontrés dans la gestion de la crise

Davantage de personnes ont mentionné les faiblesses et défis remarqués pendant l'épidémie. En fait, ce sont 12 personnels internationaux, 10 nationaux et deux locaux qui en ont parlé. D'abord, sept travailleurs internationaux, deux nationaux et un local ont mentionné la lenteur de la riposte face à Ebola. Par exemple, un acteur international a affirmé que :

Sur le plan général, sur le plan mondial même, la réponse a pris du temps. [...] Il y a toujours un délai. Il y a un délai entre le rapportage d'un cas et l'investigation, prélèvement, acheminement, transport des échantillons. [Jusqu'à présent], le système n'est pas autonome encore. Ça, c'est le travail de plusieurs années.

Un autre acteur a ajouté que l'hésitation globale s'est ressentie sur le terrain à travers les actions de l'UNMEER qui a fait quelques mois; et d'OCHA qui était hésitant et qui n'a pas

pris son rôle habituel. Ensuite, le PNUD a pris la relève ce qui n'a pas facilité, selon lui, la transmission des informations et la redevabilité. Trois acteurs ont mentionné les problèmes au niveau de l'alerte précoce une fois qu'il y a un cas suspect de la maladie; et deux autres ont parlé de la lenteur de la compréhension de la maladie, dans un pays où elle n'avait jamais sévi. Un autre acteur international a mentionné la faiblesse de l'alerte précoce et des systèmes de surveillance.

Je pense qu'on aurait dû être un peu plus réactifs, avoir les informations un peu plus tôt. On ne peut pas non plus demander la perfection. [...] Encore aujourd'hui, je pense que ce défi n'est pas résolu complètement. Je pense qu'il y a pas mal de problèmes dans le remontage des informations ou peut-être dans l'analyse des informations.

Les autres arguments qui ont été mentionnés par rapport aux faiblesses pour cerner et isoler les menaces, deux participants internationaux et deux nationaux ont discuté des problèmes de coordination des acteurs pendant la crise. Les autres arguments ont été discutés moins fréquemment, mais il est tout de même pertinent de mentionner les principaux soit : l'absence d'une approche *One Health*; le manque de préparation; les réticences communautaires; la faiblesse des infrastructures; la mauvaise gestion des ressources; la faible surveillance intégrée des maladies; les problèmes dans la gestion des informations sanitaires et dans la communication sur les risques. Un acteur national a cité plusieurs lacunes dans la réponse à Ebola. La citation qui suit en présente quelques-unes :

La faible implication des femmes dans la riposte. Le retard de l'implication des leaders communautaires, pas un refus, mais un retard. [...] La lenteur des laboratoires pour les tests. [...] La lenteur des agents de la Croix-Rouge dans les enterrements dignes et sécurisés. [...] La mauvaise communication au début; la réticence au sein des communautés; le mauvais choix des membres des CVV, comités de veille de villageois; la mauvaise coordination des activités des partenaires et de la coordination, c'est-à-dire que les partenaires et la coordination travaillaient de façon indépendante, ils ont toujours voulu faire ça; la méfiance des communautés face aux étrangers dans la gestion de la maladie; la rémunération de la communauté dans les activités communautaires, c'est-à-dire que ceux qui devaient être un CVV par exemple, au lieu que l'aspect patriotisme soit mis en avant, c'est plutôt l'argent qu'on voyait; l'absence de volontariat communautaire...

La lenteur et la faiblesse des interventions se sont aussi exprimées à travers d'autres discours. L'un d'eux est celui d'une partie prenante internationale qui a dit qu'ils avaient dû se débrouiller pour mettre rapidement en place un système de gestion de la crise, parce

qu'il n'y avait aucun suivi des contacts des personnes infectées. Il a d'ailleurs noté qu' « on ne savait même pas comment il fallait identifier les contacts ». De surcroît, il y avait aussi un problème de finances parce que l'argent est venu plus tard. En début de crise, beaucoup d'agent.e.s de santé ont déserté quand ils ont compris l'ampleur de la maladie. Ensuite, en raison de la lenteur du décaissement de l'argent évoquée précédemment dans les ressources financières, deux à trois semaines se sont écoulées où du personnel a travaillé bénévolement dans les structures sanitaires avant de pouvoir obtenir des incitatifs financiers pour le motiver.

Aux dires de quelques participant.e.s, cerner et isoler les cas confirmés et les cas suspects a été problématique surtout en début de crise, mais cela s'est amélioré avec le temps. Malgré toutes les faiblesses rencontrées, on dénombre tout de même un certain nombre d'outils et d'innovation qui ont permis de mieux intervenir.

#### 4.3.3.3 Nouveaux outils développés et innovations prometteuses

Pour cerner et isoler les menaces, un acteur international a dit que des initiatives propres à la Guinée ont été créées pendant l'épidémie, comme la SA-CEINT et le micro-cerclage, qui n'ont pas nécessairement été utilisées dans les autres pays. En Guinée, on n'a pas utilisé la mise en quarantaine, car on a plutôt créé des stratégies qui pouvaient permettre de collaborer avec la communauté et d'arrêter la chaîne de transmission. Bien que ces stratégies aient été développées et adaptées au fur et à mesure de l'évolution de la crise et pas nécessairement dès le début, elles ont eu un effet positif sur la capacité à contenir l'épidémie. Cette sous-section est divisée en trois parties soit le suivi des contacts des personnes infectées; les nouvelles approches de surveillance; ainsi que le micro-cerclage.

##### *4.3.3.3.1 Suivi des contacts des personnes infectées*

Il apparaît important de discuter de cette notion de suivi des contacts des malades qui a été primordiale dans la capacité d'isoler et de cerner les menaces<sup>80</sup>. Ce suivi des contacts a été documenté par 11 personnes (six internationales; quatre nationales; une locale). Selon l'acteur local, le défi majeur était ce suivi des contacts dans tout le pays et à travers les frontières, en raison de la forte mobilité des gens et des réticences

---

<sup>80</sup> Pourquoi le suivi des contacts était important dans le cas d'Ebola? Une personne ayant été en contact avec une personne atteinte du virus pouvait être contaminée, sans toutefois ressentir les symptômes de la maladie jusqu'à 21 jours après avoir été en contact avec le virus.

communautaires. À titre d'exemple, cet acteur local a rapporté qu'il y avait des personnes malades qui disparaissaient à l'intérieur du pays, mais qui, en fait, venaient se cacher à Conakry. C'est pourquoi les communes de la capitale qui ont des entrées avec l'intérieur du pays, entre autres avec la frontière de Kindia, ont eu davantage de problèmes à gérer l'épidémie que les autres.

Il a fallu embaucher une grande quantité d'agents communautaires pour faire le travail de suivi des contacts à l'échelle nationale. Ces agents faisaient face à de nombreux défis sur le terrain. Par exemple, il fallait renforcer la confiance envers le personnel travaillant sur Ebola, parce que plusieurs communautés croyaient que c'était le personnel qui amenait la maladie et contaminait les gens. Il y avait donc une forte corrélation entre le suivi des contacts, la gestion des malades, et les réticences communautaires.

Quelques stratégies ont été adoptées pour tenter de réduire ces réticences. Un acteur international qui a eu à travailler à N'Zérékoré pendant l'épidémie a dit que le partage de nourriture lors du suivi des contacts était une bonne chose. Pour expliquer cela, cette personne a dit qu'on emmenait à manger aux familles où on devait suivre les contacts. Selon ses dires, « on n'attaquait jamais les équipes qui partageaient les denrées alimentaires. Lorsqu'on partait avec ces équipes-là, on arrivait à faire beaucoup de choses avant que les réticences ne commencent » et cette tactique permettait de suivre jusqu'à 90% des contacts.

#### *4.3.3.3.2 Nouvelles approches de surveillance (points d'entrée officiels; surveillance à base communautaire; Ebola en 60 jours et la SA-CEINT)*

Premièrement, un acteur international a affirmé que, dès l'annonce de l'urgence de santé publique à portée internationale par l'OMS en 2014, le RSI a été respecté puisque les États ciblés sont passés d'un niveau normal, à un niveau d'alerte et de réponse internationale, en mettant en place les capacités minimales aux points d'entrées des pays. En Guinée, les autorités ont déployé le secteur militaire, les services de santé des armées dans 41 points d'entrée frontaliers. Pour deux participants, ce déploiement a été positif quoiqu'insuffisant puisque dans les pays comme la Guinée, on estimait pendant la crise qu'il y en avait environ 3500 points d'entrée terrestres et 140 maritimes. Il y a eu la

nécessité d'avoir une franche collaboration transfrontalière pour suivre les contacts qui traversaient d'un pays à l'autre. Selon un acteur international :

On avait monté à la coordination nationale, un groupe transfrontalier qui parlait à la fois des points d'entrée, mais aussi de comment on pouvait faire collaborer les différents pays sur leurs stratégies. Le théâtre de mise en œuvre était surtout Forécariah, la frontière avec la Sierra Leone et Kambia, parce qu'en février-mars 2015 je crois, les deux présidents ont signé un protocole d'accord pour faire collaborer les 2 districts comme si on abolissait les frontières en matière de réponse. C'est la seule expérience vraiment poussée qu'il y a eu de ce genre.

Ce protocole d'accord, daté du 25 mars 2015, est d'ailleurs accessible à des fins de consultation et concerne spécifiquement la coordination transfrontalière entre les deux pays (République de Guinée & République de Sierra Leone, 2015). Parmi les principes d'entente de cet accord, soulignons le partage des moyens logistiques d'intervention et de surveillance entre les deux pays; l'établissement de procédures communes pour le dépistage et l'isolement des cas suspects; et la collaboration entre les deux parties par la communication régulière et la création d'un groupe de travail transfrontalier.

Deuxièmement, en ce qui concerne la surveillance, un acteur local a mentionné l'implication accrue des communautés comparativement à ce qui se faisait auparavant.

La communauté n'était pas impliquée dans la lutte contre les maladies. Mais, avec Ebola, il y a des organisations qui ont été mises en place dans tous les quartiers du pays dont chez nous. Il y avait des individus, des chefs religieux ou des chefs de quartiers, des responsables des jeunes, des femmes, qui ont été mobilisés et chargés, au même titre que nous, de faire la surveillance.

Dans les communes de Conakry, selon cette même personne, « la population a été formée au dépistage des maladies, à la prévention contre l'infection et également à faire des alertes, à gérer les rumeurs ». Différentes stratégies pour amener les changements de comportement des populations ont donc été adoptées selon un fonctionnaire guinéen, les comités de veille villageois (CVV), qui pouvaient faire la prévention, l'identification des cas suspects et des contacts. Selon un autre fonctionnaire, le dispositif de prévention et de contrôle des infections était un maillon faible du système de santé avant Ebola. Pendant l'épidémie, on a vu la nécessité de mettre en place un dispositif de prévention en continu qui a permis d'éduquer les communautés à prendre des précautions, comme le lavage des mains. Mais, selon lui, « aujourd'hui, si vous faites un constat ou une analyse élargie, vous vous rendez

compte que ces pratiques s'estompent un peu parce que nous n'avons pas soutenu la continuité de cela ».

Troisièmement, une autre approche a été adoptée vers la fin de la crise, soit celle du « Ebola en 60 jours ». Celle-ci visait à ne plus avoir de cas d'Ebola en 60 jours, à travers la surveillance active en ceinture (SA-CEINT) autour des guéris d'Ebola. Selon un autre fonctionnaire, avant Ebola, on ne faisait que de la surveillance passive en rapportant les données de façon hebdomadaire. Désormais, il y a une réelle restructuration du système de surveillance des maladies en Guinée. Le programme de la SA-CEINT, selon un acteur international,

C'est une surveillance épidémiologique, mais axée sur les survivants d'Ebola. Il y a des volontaires qui passent régulièrement à leur domicile. On les connaît. Ils sont identifiés jusque dans leur domicile. Donc, les volontaires viennent faire des prélèvements sanguins, des prélèvements de sperme pour les mettre à disposition d'une cellule à l'ANSS qui fait l'analyse pour déterminer un peu la survie du virus. Ce sont les volontaires qui font les prélèvements, et qui amènent les échantillons et les échantillons sont analysés.

Toutes ces méthodes ont été maintes fois mentionnées par différents acteurs. Cependant, ce qui persiste dans le post-Ebola est surtout la volonté de développer la surveillance à base communautaire (SBC). Lors de l'observation directe, nous avons assisté à un atelier sur ce type de surveillance. Il en a découlé une mission d'évaluation de la SBC à Boké, Kindia, Faranah, N'Zérékoré et Conakry où elle est déjà mise en œuvre depuis 2013. Selon les participant.e.s à la rencontre, Ebola a beaucoup influencé le nombre d'agent.e.s communautaires en place pour le suivi des contacts.

#### *4.3.3.3 Micro-cerclage : isoler les menaces sans mettre en quarantaine*

Différentes stratégies de réponse rapide ont été développées en Guinée pour cibler les cas, les isoler, et suivre les contacts. Dans une optique d'éviter les réticences communautaires en mettant les gens en quarantaine dans des villages, les gestionnaires de la crise ont préféré développer des approches plus adaptées au contexte.

Aux dires de quelques acteurs, le modèle de la quarantaine a été modifié en Guinée. Pour un acteur local, un contact était susceptible de développer la maladie, mais n'était pas un malade comme tel. Ce n'était donc pas en conformité avec la déontologie de bloquer les gens dans leurs mouvements. On pouvait donc faire du cerclage ou micro-cerclage

autour d'un village, sans toutefois empêcher les gens d'en sortir. Les villageois pouvaient aller travailler sur leurs terres et revenir au village le soir. On faisait une surveillance accrue, matin et soir, de tous les gens qui entraient et sortaient pour voir qu'ils ne développaient pas les symptômes. Les activités commerciales étant limitées par l'épidémie, on a tout de même offert aux familles des vivres et de l'argent pour réduire les risques de réticences.

Il fallait leur donner à manger, des sacs de riz, des poissons...pour qu'elles restent tranquilles pour être surveillées pendant 21 jours. [...] Il fallait mettre tout en œuvre pour que vraiment les gens ne se plaignent pas. Les stratégies-là existaient peut-être, mais nous les avons adaptées à notre situation. – Acteur national

L'objectif de cette innovation est de limiter les mouvements et d'inciter les communautés à rester dans une zone circonscrite. L'expérience du micro-cerclage s'avère, pour l'ensemble des acteurs qui en ont parlé, une approche positive qui a surtout été démontrée lors de la résurgence de l'épidémie à Koropara dont nous parlerons ultérieurement. Ces nouvelles pratiques ont été reconnues dans le cas de Koropara comme facteurs de succès.

#### **4.3.4 Intégration : travailler avec une multitude d'acteurs provenant d'horizons variés**

Avant de discuter du travail entre la quantité d'acteurs pendant l'épidémie d'Ebola, nous présenterons les modes de gestion et de coordination adoptés pendant la crise. Par la suite, nous documenterons le travail en collégialité entre les acteurs d'origine diverse. Il sera question des relations et de la coordination entre les parties prenantes liées à la problématique; de l'implication des partenaires qui provenait ou non d'une demande officielle des autorités guinéennes; du partage d'information et des mécanismes de communications utilisés.

##### 4.3.4.1 Modes et méthodes de gestion et de coordination adoptés pendant la crise d'Ebola

Entre mars 2014 et 2016, divers modes et méthodes de gestion de la crise et de coordination des acteurs ont été adoptés dans le pays. À travers le temps et l'expérience acquise, des modifications ont été principalement proposées par les acteurs internationaux pour améliorer ces modes de gestion. Ainsi, nous documenterons la Cellule nationale de

crise; la Cellule nationale de coordination et de lutte contre Ebola; et la création de l'ANSS, post-Ebola.

#### 4.3.4.1.1 Cellule nationale (interministérielle) de crise

Dès l'annonce officielle de l'épidémie d'Ebola, l'OMS a mis en place une équipe de crise sur le territoire de la Guinée. Selon les dires d'un travailleur international,

Immédiatement, il y a eu des réunions avec le Président, des représentants des institutions et le ministère de la Santé. Et le 23 mars, ils ont mis la Cellule de crise au niveau national. Cette cellule de crise a essayé de mettre les partenaires ensemble pour voir qu'est-ce qu'on doit faire pour gérer.

Un acteur international a expliqué que la Cellule de crise interministérielle a fait le travail de diviser les différentes réponses par comités. Par exemple, on a créé la commission surveillance et on a mis l'OMS comme leader pour tout le pays. Dans ce cas, l'OMS devait assurer la gestion du comité de surveillance. Il y avait un comité de gestion des cas et c'est MSF qui a obtenu le *leadership*, puisque c'était le seul partenaire à avoir cette compétence selon l'un des répondants internationaux. Au sujet de la communication et de la mobilisation sociale, on a donné à l'UNICEF ce rôle primordial dans le pays. En logistique, c'est le PAM qui a été nommé comme leader. Pour les enterrements dignes et sécurisés, la Croix-Rouge a eu la charge de la commission. Pour ce qui est de la coordination de la crise, c'est le ministère de la Santé qui a mis tous les chefs des ONG sur ce comité pour coordonner les activités ensemble. La création de ces différents comités n'est pas le fruit du hasard. Un répondant a dit que l'OMS, qui avait eu à gérer des épidémies d'Ebola dans d'autres pays, a partagé sa documentation. Les acteurs guinéens et les partenaires se sont inspirés de cela.

Selon un acteur international, ce n'était pas facile de mettre quelqu'un du ministère à la tête de chacune des commissions en raison du manque de compétences. Cependant, on s'assurait qu'il y ait toujours un représentant du ministère avec les *leaders* de chaque commission pour prendre les décisions ensemble. Au niveau décentralisé, on a reproduit ces différentes commissions, mais elles étaient gérées par le ministère de la Santé. Par exemple, selon cette même personne, « au niveau de chaque district, il est bien vrai que c'est l'OMS qui s'occupe de la surveillance, mais c'est le médecin qui est chargé des

maladies qui est responsable de cette commission, mais il est secondé par l'OMS ». Une fois la direction des commissions attribuée, on demandait aux partenaires de se placer dans ces commissions selon leur champ d'expertise.

C'est essentiellement la Cellule de crise interministérielle qui a géré et coordonné les activités de riposte en début d'épidémie, et c'est la Cellule technique de coordination de la lutte contre Ebola, créée par décret No 2014/194/PRG/SGG, le 5 septembre 2015 qui a pris la relève. Qu'est-ce qui a mené à ce changement d'entité pour assurer la coordination? Un autre acteur national haut placé pendant l'épidémie a répondu qu'il existait auparavant le comité de crise appelé *ORSEC* dont on a discuté précédemment, qui avait une composante essentiellement médicale, mais aussi politique. Celui-ci était essentiellement géré au niveau du ministère de la Santé et de celui de la Sécurité. Mais, l'épidémie d'Ebola a entraîné le gouvernement à bonifier ce comité pour intégrer davantage de ministères. C'est ainsi qu'on a créé un comité interministériel plus élargi, comprenant les : ministère de la Santé, ministère de la Coopération, ministère de la Sécurité, ministère de la Défense, ministère de l'Administration du territoire, ministère de la Communication, ministère du Transport. Aux dires du participant :

Très vite, vous savez, lorsqu'on met en place un comité interministériel avec des politiques, on n'a pas la même vision que les techniciens. Il y a une certaine lourdeur. Quand ça a commencé avec Guéckédou, on a dit qu'on a des besoins au niveau de la préfecture, il n'y a pas de véhicules pour aller vers les investigations, transporter les cas. La procédure dit qu'il faut organiser l'appel d'offres et tout ça. Premier obstacle : ça va être très long. Deuxième obstacle, ils étaient un peu plus préoccupés par les commissions qu'ils pouvaient avoir sur les achats que par la réaction rapide.

C'est aussi en raison de l'ampleur d'Ebola et du nombre de services et d'experts qu'il fallait gérer pendant la crise, qui a motivé la création de la Cellule de coordination. Selon un fonctionnaire, le principal problème était le circuit financier qui était long. Il a donné l'exemple suivant :

Un jour, la goutte d'eau a débordé le vase quand on a décidé d'envoyer une équipe de supervision à Guéckédou où il y avait la maladie. Pour avoir le carburant même pour aller à Guéckédou, ça nous a pris environ une semaine. J'étais assez énervé parce qu'il y avait des morts et qu'il fallait envoyer les équipes. On n'avait ni véhicule ni carburant. Donc, il y a eu beaucoup de revendications de ma part, j'ai frappé à toutes les portes. Finalement, MSF nous a soutenus avec l'OMS et CDC.

Entretemps, la mission des Nations unies avec le docteur Navarro à sa tête, est arrivée et a observé les façons de faire en Guinée. Elle a dit, selon un autre participant national, que la Guinée fonctionnait « sous la façon d'une crise normale, habituelle, mais un mouvement social ne se gère pas de la même façon qu'une maladie aussi grave ». C'est pourquoi les Nations unies ont recommandé au Président de la République de créer une coordination spécialement pour Ebola qui disparaîtrait après la fin de la crise. Par ailleurs, un acteur guinéen important a aussi mentionné que :

C'est ainsi qu'avec l'impulsion de MSF, on a décidé de mettre en place une cellule nationale de coordination avec un plein pouvoir et des facilités de décaissement et d'exécution. Donc, c'est ce qu'ils ont proposé au gouvernement. Il faut reconnaître aussi que les diplomates ont joué un grand rôle, dont l'ambassadeur des États-Unis et de la France qui ont aidé, plus les Nations unies, qui ont aidé à mettre en place la cellule de coordination dont le modèle a été décrit, fondamentalement par MSF, OMS et CDC.

C'est ainsi qu'à partir de septembre 2015, la Cellule nationale de coordination et de lutte contre Ebola a été mise en place.

#### 4.3.4.1.2 Cellule nationale de coordination et de lutte contre Ebola

Effectivement, selon un haut fonctionnaire, le modèle organisationnel de la Cellule a été inventé par les partenaires et certain.e.s Guinéen.ne.s qui ont géré des crises antérieurement en Guinée. Il a d'ailleurs affirmé que l'idée maîtresse venait à 75% des partenaires et 25% des Guinéen.ne.s. MSF avait des lignes directrices provenant de modèles utilisés dans le monde et l'organisation l'a partagé avec les dirigeants guinéens. Selon cet acteur guinéen, le Président de la République a pris le *leadership*, et la Cellule dépendait directement de la Présidence. Grâce à la nouvelle autonomie de gestion indépendante du ministère, pour « une décision prise le matin, il fallait que dans deux heures elle soit exécutée » selon les dires d'un Guinéen travaillant dans cette Cellule. Dans la littérature, Ade et al. (2016) ont aussi parlé de cette autonomie de gestion par rapport au ministère de la Santé et du fait que la structure devait rendre des comptes directement à la Présidence. L'organigramme de la Cellule nationale de coordination et de lutte contre Ebola, obtenu lors des recherches sur le terrain, se retrouve à l'annexe 19.

La gestion a aussi été décentralisée à l'échelle nationale, la Cellule nationale de coordination a mis en place des coordonnateurs régionaux et préfectoraux de lutte contre Ebola. Par exemple, au niveau de la DSVCo :

À l'image évidemment du comité national. On avait un chargé de logistique, un chargé de la surveillance. En tout cas, on a mis tout, de la communication, on avait vraiment mis les différents points focaux à l'image de la coordination. Et, au niveau du district sanitaire, ils ont mis aussi les mêmes comités à l'image du comité régional. Chaque district sanitaire, Conakry a 5 districts sanitaires.

Dans les préfectures, un autre acteur national a affirmé qu'il s'agissait de la même formule avec un coordonnateur et des représentants dans les 26 préfectures touchées par l'épidémie. Lorsque l'épidémie d'Ebola s'est terminée, plusieurs acteurs ont évoqué l'importance de capitaliser les leçons de la crise et de se préparer à une autre potentielle crise. La Cellule nationale de coordination, qui devait disparaître, a été modifiée pour devenir l'ANSS.

#### *4.3.4.1.3 Post-Ebola : capitalisation des leçons par la création de l'ANSS*

Même si Ebola a fini par s'éteindre en Guinée et que la présence de la Cellule nationale de coordination et de lutte contre Ebola ne se justifiait plus; avec l'appui des partenaires, la Guinée a décidé de créer une agence de sécurité sanitaire qui ne serait plus seulement axée sur Ebola, mais qui aurait pour mandat de surveiller et gérer toutes les autres crises potentielles qui pourraient se présenter comme la fièvre jaune ou la méningite. Au départ, certains acteurs voulaient qu'on annule la Cellule de coordination et qu'on la transforme en Direction nationale. Mais, selon un acteur national, en Guinée, les directeurs et directrices à l'échelle nationale n'ont pas d'autonomie. Les partenaires tenaient absolument à conserver l'autonomie parce que s'il n'y en a pas, on revenait à la case départ comme avant Ebola. Ce sont les partenaires qui ont exigé que l'autonomie soit préservée pour faciliter les décaissements et, selon l'un d'eux, « permettre aux partenaires de venir auditer l'ANSS sans passer par le département pour les fonds qu'ils mettent à la disposition [de l'ANSS] ». Ils n'avaient pas la possibilité d'auditer le ministère. Donc, à la lumière de ces conditions, le ministère ne pouvait pas prendre la décision, selon un acteur rencontré, de dissoudre la Cellule complètement sans la transformer en quelque chose d'autre.

Le modèle de l'ANSS a entraîné beaucoup de débats internes en Guinée puisqu'à la base, on avait proposé de copier le modèle du CDC américain. Selon un acteur national,

après huit mois de discussions, on a développé un modèle qui est un mélange entre le modèle français et le modèle des États-Unis, pour l'adapter à la réalité guinéenne. Le modèle est le fruit des efforts concertés des acteurs guinéens, du CDC, d'un conseiller congolais, de l'OMS et du PNUD, entre autres. En fait, à la base, personne ne voulait dissoudre totalement la Cellule de coordination sans structure remplaçante pour revenir à l'état initial de gestion des crises en Guinée. Quand il a fallu créer l'agence, trois modèles ont été proposés. Premièrement, certains ont dit qu'il fallait faire une agence rattachée à la Présidence, comme la Cellule de coordination pendant Ebola. Après l'examen de l'idée, on s'est rendu compte que ce n'était pas le modèle optimal. Deuxièmement, d'autres ont proposé de faire une Direction nationale liée au ministère de la Santé. Mais, cette option n'était pas non plus la meilleure puisque, selon un acteur national, « les directions nationales n'ont pas de moyens; ce sont des structures centrales qui fonctionnent selon les procédures du budget national [...] qui sont très lourdes. Les moyens viennent trois à quatre mois après [les demandes] ». Troisièmement, on a proposé de faire une agence avec une certaine autonomie de gestion, placée sous tutelle du ministère.

Après analyse, selon un participant national interrogé, l'option de la rattacher à la Présidence risquait de « court-circuiter le dispositif habituel, le sortir de la tutelle du ministère de la Santé, mais, dans tous les cas, c'est un problème de santé ». Ainsi, cela risquait de créer un parallélisme comme pendant la période d'Ebola où les structures habituelles mises en place par le ministère de la Santé, critiquées pour leur manque de réactivité, ont été suppléées par des coordinations régionales et préfectorales de lutte contre Ebola, qui avaient les mêmes fonctions. Aux dires d'un Guinéen, à certains endroits, ce sont les directeurs déjà actifs au sein des structures régulières auxquels on a confié la direction de la coordination de lutte contre Ebola. Mais, à d'autres endroits, d'autres personnes ont été choisies pour remplir ce rôle. Pour éviter ce dédoublement de structures et les problèmes en découlant, on a décidé de faire ce qu'on appelle en Guinée un établissement public autonome, qui a une marge de manœuvre grâce à un compte à part. La seule contrainte qui s'exerce sur celle-ci, est qu'elle est obligée de rendre compte au ministère de la Santé. Selon ce même acteur guinéen, « ça avait l'avantage, un, d'être réactif et d'attirer les financements des bailleurs parce que la plupart des bailleurs sont un peu réticents, dubitatifs, quand il faut mettre ça dans les fonds publics ». La force de cette ANSS

se retrouve principalement dans cette autonomie de gestion. Elle peut gérer directement avec les partenaires sans suivre le circuit officiel de l'État, ce qui a, selon un autre fonctionnaire, grandement amélioré la réactivité de la Guinée face aux crises. Les partenaires ont davantage confiance en l'ANSS vu que le circuit a été raccourci. C'est le 4 juillet 2016 que l'ANSS a été officiellement créée. Elle a pour objectifs de capitaliser les acquis de la Cellule et de faire la surveillance pour que la Guinée puisse traiter précocement les situations d'urgence. L'organigramme de l'ANSS est disponible à l'annexe 20.

Aujourd'hui, un acteur national affirme que « le ministère s'est rendu compte que l'ANSS est son bras de lutte ». L'ancienne division du ministère de la Santé auparavant responsable des épidémies en Guinée, est désormais complètement absorbée par l'ANSS. Plusieurs employé.e.s ont été transféré.e.s au sein de l'ANSS aux dépens de la Division prévention et lutte contre la maladie. Aux dires d'un acteur guinéen, la seule chose qui reste dans cette division est l'équipe chargée de vacciner les gens qui voyagent à l'étranger.

De son côté, l'ANSS n'est pas encore complètement en place. Lors des entretiens semi-dirigés, elle n'avait toujours pas de conseil d'administration même s'il devait y être trois mois au plus tard après la création. On a connu des problèmes administratifs. Mais, comme mentionné par un Guinéen,

Les urgences n'attendent pas l'administration. Je me suis arrangé pour agir. Après, on va corriger ça au fur et à mesure. [...] Les problèmes sont là, ils s'en foutent de l'administration. J'ai une attitude de santé publique. Souvent je ne m'entends pas avec les administrateurs, parce que les administrateurs c'est les procédures et moi, j'ai une attitude de résolution de problèmes de santé publique qui ne respecte pas les procédures. [...] On ne peut pas laisser quelqu'un mourir parce qu'on n'a pas assuré telle procédure.

Parmi les autres critiques à l'égard de la nouvelle structure, quelques acteurs internationaux sont réticents à l'idée de tout centraliser au sein de l'ANSS. Pour l'un d'eux, l'ANSS a toujours du mal à organiser les réponses aux crises « du fait des ressources humaines peu qualifiées, de l'absence de plan de contingence bien établi, et de scénarios non définis et des rôles des partenaires non connus à l'avance ». Pour un acteur des Nations unies, l'ANSS a des effets positifs, mais aussi négatifs. À l'égard de ces derniers, il a critiqué le fait que la nouvelle entité a récupéré les attributions de plusieurs départements du ministère de la Santé. Au sein du ministère de la Santé, il y a des structures fonctionnelles qui

devraient s'occuper de la politique sanitaire du pays comme la Direction des établissements hospitaliers ou encore la Direction de la surveillance des maladies qui ont perdu leur rôle habituel et défini dans la structure pyramidale du système de santé. Pour lui, l'ANSS c'est le ministère, car elle dépend du ministre de la Santé, mais on en fait une structure parallèle. Il a donné plusieurs exemples, mais l'un des plus criants est celui qu'il existe une Direction du Programme élargi de vaccination (PEV) en Guinée, mais que depuis que l'ANSS existe, c'est elle qui a fait les conventions avec MSF pour aller vacciner lors de l'épidémie de rougeole. À son avis, cela aurait dû être fait par la Direction nationale du PEV, mais il y a plusieurs aspects politiques là-dedans. La Direction nationale du PEV est fonctionnelle, mais elle a tout de même géré la rougeole avec l'ANSS et les réunions avaient lieu à l'ANSS. Selon lui, heureusement que l'ANSS ne s'est pas ingéré dans la vaccination de routine du PEV. Pour cet acteur, le risque est de mettre beaucoup de charges à l'ANSS qui doit tout faire. Enfin, un autre exemple parlant est celui qu'il existe une Direction de la santé de la reproduction au ministère de la Santé, mais que l'ANSS a mis en place une collecte de données sur les décès maternels et en fait l'état lors des réunions d'information épidémiologique hebdomadaires, ce qui n'a rien à voir avec les épidémies et les urgences sanitaires.

#### 4.3.4.1.4 Absence d'un regroupement sectoriel en santé en Guinée

Dans les faiblesses quant à la gestion et la coordination de la crise, trois acteurs internationaux ont parlé de l'absence de regroupements sectoriels classiques (*clusters*) en Guinée. Selon l'un d'eux, OCHA n'a pas pris son rôle habituel lors des crises humanitaires dans le monde; et le rôle de l'UNMEER a été nébuleux sur le terrain. Puis, dès que l'UNMEER a quitté la Guinée après deux ou trois mois, OCHA en a fait de même. C'est finalement le PNUD qui a pris un plus grand rôle. Mais, selon lui, ces changements fréquents n'ont pas aidé à la transmission des informations et la redevabilité. Il pense d'ailleurs qu'il y a eu beaucoup de doublons et de moyens gaspillés.

Un autre acteur a dit qu'en l'absence *clusters* bien définis en amont de la crise, la gestion et la coordination de l'épidémie se sont fait « au gré des relations, des réunions informelles, et finalement, sur le terrain, il y avait beaucoup de cacophonie ». Les organisations qui auraient dû, à la base, être attitrées comme « leader » d'un *cluster* et

animer les groupes ne l'étaient pas. Jusqu'à aujourd'hui, comme mentionné par le troisième intervenant international, « il n'y a pas de *cluster* santé en Guinée qui fonctionne. C'est un point très faible ». Il a donné un exemple concret dans la région de Guéckédou où son organisation a voulu implanter un projet sur la surveillance épidémiologique post-Ebola. En se renseignant auprès de la DPS, on leur a dit qu'International Medical Corps (IMC) était déjà sur place. Alors, l'acteur en question est allé directement s'informer auprès d'IMC et Plan Guinée, mais on lui a dit qu'ils n'étaient plus là. Le suivi sur « qui fait quoi et où » reste donc déficient dans le pays. Le participant a déploré le fait qu'« Ebola devait être un élément, en fait un déclenchant pour arranger les choses. Bon, aujourd'hui Ebola est passé, il n'y a plus cette coordination santé ». Il a donné l'exemple des réunions d'information épidémiologique qui ont lieu chaque jeudi à 9h00 à l'ANSS jusqu'à maintenant et qui regroupent une bonne partie des partenaires impliqués dans la surveillance épidémiologique en Guinée. Ces réunions discutent essentiellement de la surveillance justement, mais le véritable *cluster* santé n'existe toujours pas dans le pays. Toutes ces structures de gestion et de coordination de la crise comprenaient un grand nombre de parties prenantes. Il faut maintenant s'interroger sur la qualité des relations qu'elles ont pu entretenir, ainsi que sur la qualité de la coordination entre elles.

#### 4.3.4.2 Coordination et qualité des relations entre les acteurs

Ce sont 34 répondant.e.s sur 41 qui ont accepté de discuter de la qualité des relations et de la coordination entre les parties prenantes impliquées pendant la crise. Le tableau 7 regroupe l'ensemble des réponses en compilant la qualité (bonne, moyenne ou difficile) de ces relations et de la coordination; l'institution d'appartenance des répondant.e.s; et des citations clés qui résument en grande partie l'avis des personnes rencontrées.

**Tableau 7: Avis sur la qualité des relations et de la coordination entre les parties prenantes pendant et après l'épidémie d'Ebola (2014-2016) en Guinée, selon le niveau d'appartenance institutionnelle des personnes interrogées.**

Entretien	Qualité des relations et de la coordination entre les partenaires			Institution d'appartenance	Citation clé
	Bonne	Moyenne (Réponse nuancée)	Difficile		
E01		Moyenne		Locale	« Seulement, le problème a été la collaboration avec [notre bailleur de fonds international]. À un moment donné, il y a eu un clash. Parce qu'on ne se comprenait pas. Il y a eu un manque de communication. [...] Les relations se sont bien passées avec les maires des communes ».
E02	N'a pas répondu à cette question			Internationale	
E03			Difficile	Nationale	« C'est vrai, ça n'a pas marché comme on le veut. Il y a eu des insuffisances dans la coordination, dans la mobilisation des ressources, etc. entre santé, la Commission... Il y a eu quelques difficultés d'harmonisation dans les interventions; il faut être sincère avec ça et dire que tout n'était pas rose. Il y a eu vraiment des petits problèmes de coordination. C'est comme ça que les choses se sont passées. [...] Au début, chacun venait avec sa philosophie. La coordination n'était pas simple. Mais, au fur et à mesure qu'on évoluait dans la lutte, il y a eu une meilleure cartographie des intervenants et des interventions ».
E04	Bonne			Nationale	« Oui, c'est bien. On n'a pas de conflits. Il y a un peu de compétition qui existe. Pour l'instant quand j'ai organisé des choses, j'ai essayé d'inviter tout le monde. Ça ne se passe pas trop mal ».
E05	Bonne			Internationale	« En fait, on essaie de travailler dans l'essence, c'est d'ailleurs ce que le bailleur USAID recommande le plus, c'est la collaboration avec les autres partenaires. [...] Nous on a collaboré avec eux pour qu'il n'y ait pas de duplication. Il n'y a pas eu de situation de conflit. »
E06		Moyenne		Locale	« Au début, ces relations-là n'étaient pas très bien cadrées. Mais, quand il y a eu cette coordination, là les partenaires se sont impliqués. Il y a eu beaucoup plus de partenaires qu'avant. »
E07		Moyenne		Nationale	« En général, il n'y a pas eu de conflits. Il n'y avait pas de problèmes. [Mais,] la Croix-Rouge française, pendant la riposte contre la maladie à virus Ebola, n'avait pas travaillé beaucoup directement avec la Croix-Rouge guinéenne. Ça'a été un problème et après on a tiré les leçons. Ils ont beaucoup fait, mais seuls

Entretien	Qualité des relations et de la coordination entre les partenaires			Institution d'appartenance	Citation clé
					sans passer par la société nationale. Quand ils viennent, selon les principes du mouvement, ils doivent passer par la société nationale ».
E08	N'a pas répondu à cette question			Internationale	
E09			Difficile	Internationale	« Il y a les batailles intéressantes entre les Français et les Américains. On est presque plus au niveau du politique...Après ça, au niveau concret, c'était assez clair quand même. On savait la coordination que l'OMS était responsable de ceci et de cela, que l'UNICEF était responsable de ceci et de cela, que CDC était... Après il y a UNICEF qui voulait tout faire et faire même ce qu'ils ne savaient pas faire. Non, mais il y a eu plein de problèmes. Je ne veux pas vous dire que tout a été merveilleux. »
E10			Difficile	Internationale	« Pratiquement, chaque partenaire a son mandat. Les mandats sont connus, mais ne sont pas respectés. [...] Avec Ebola, chacun s'est introduit et les gens ont fait du n'importe quoi. »
E11			Difficile	Locale	« Oui, (il y a eu des conflits avec les partenaires). Il y a des gens qui venaient avec un papier, ils entrent [dans mon bureau]. Je dis : qui t'a amené? [...] Tu n'as même pas d'ordre de mission. [...] Finalement, ça s'est géré, mais avec des petits conflits. À Fria, il y a eu juste une dizaine de cas. »
E12			Difficile	Nationale	« Lors de l'épidémie, c'est que chaque partenaire, il y avait bien sûr la réunion des partenaires avec le ministère, mais chacun voulait évoluer à sa manière. C'était une des faiblesses quand même. »
E13	Bonne			Internationale	« Déjà, on savait qui faisait quoi et où. C'est le plus important. [...] Dans les situations d'urgence, parfois les acteurs viennent de façon désordonnée. Chacun fait ce qu'il veut dans son coin. Par contre, là c'était bien coordonné. Par exemple, N'Zérékoré, il y avait ALIMA et c'était connu. [...] La Croix-Rouge française ne va pas aller à N'Zérékoré parce que c'est ALIMA. C'était connu que Macenta c'était la Croix-Rouge française. [...] C'était bien coordonné. C'est rare de voir ça dans les situations d'urgence. Par exemple, Médecins sans frontières et la Croix-Rouge française [se sont] bien coordonnés avec le ministère. [...] Vous savez avec Ebola, c'était très difficile qu'il y ait des chevauchements parce qu'on savait qui faisait quoi, où. C'était ça le point fort. Aujourd'hui, après Ebola, il y a beaucoup de projets. Chacun vient, fait ce qu'il veut. [...] Les partenaires, ils viennent faire des histoires. »
E14			Difficile	Internationale	« Dans les situations d'urgences, il y a certains mélanges. Il y a des mélanges de personnalités, il y a des mélanges d'objectifs des institutions représentées, il y a le stress... Donc forcément, je ne peux pas vous dire que c'était rose tous

Entretien	Qualité des relations et de la coordination entre les partenaires			Institution d'appartenance	Citation clé
					les jours. Il y avait des jours où il y avait des conflits et tout ça, mais je pense qu'en général, tout le monde avait les mêmes objectifs, c'était de pouvoir régler la situation et aussi faire sur le terrain et avoir aussi un rôle de gestion. Sur le plan technique, faire le travail technique, mais comme j'étais chef d'équipe, je devais quand même gérer les frictions dans les équipes et avec les partenaires [...] pour continuer à faire évoluer la mission. »
E15		Moyenne		Nationale	« C'était finalement nous qui gérons tout ce qui est en rapport avec les présentations journalières dans les communes; lier les partenaires. Il y avait tellement de partenaires, que parfois, il y avait des bagarres de partenaires. On était là pour consolider. »
E16			Difficile	Internationale	« Bon, vous savez c'est très difficile dans la gestion. [...] Je gérais toutes les équipes et ce n'était pas du tout facile. [...] Mon objectif pour faire une bonne gestion, il faut qu'il y ait une franche collaboration. Ça nous a pris 3 à 4 mois, MSF qui était réticent, qui ne voulait pas qu'on soit impliqué. Ils nous regardaient. Ils amenaient les expatriés. On ignorait les Guinéens. Après, on a fait une pression pour qu'ils commencent à former les nationaux parce qu'on s'est dit pourquoi les expatriés et pourquoi ne pas former les gens. C'était très dur. »
E17	Bonne			Internationale	« Que ce soit partout, en Guinée ou ailleurs, en général [nous avons] de très belles relations avec les autres. [...] On était sur le terrain, mais de façon indirecte. Aujourd'hui, on peut appeler le ministère de la Santé pour demander qu'est-ce qui se passe et appeler la primature, mais on n'est pas une agence où on a des infirmiers, ce n'est pas notre rôle. Par contre, on a un rôle de financement et de connaissance du terrain très clair. »
E18		Moyenne		Locale	« Il y avait un moment où on était près de 600 personnes ici. [...] Parce qu'il y avait des gens qui s'occupaient de la mobilisation, de la sensibilisation, donc il y avait les professionnels de la santé. Ça faisait beaucoup de monde. [...] Vous imaginez combien de personnes à gérer là, ce n'est pas facile. [...] Tout était difficile, mais on parvenait à s'en sortir. C'est un problème d'organisation et de disponibilité parce que pendant l'épidémie, il fallait être disponible vraiment tout le temps et mettre en place un mécanisme de relais. »
E19			Difficile	Internationale	« Dans la coordination, [le grand défi] c'est la capacité de la coordination nationale à gérer autant de partenaires. La faible connaissance par les partenaires de comment fonctionne la coordination. Donc, si tu ne fais pas l'effort dans ton approche de mise en œuvre de beaucoup impliquer le

Entretien	Qualité des relations et de la coordination entre les partenaires			Institution d'appartenance	Citation clé
					ministère de la Santé et la Coordination nationale, tu crées des problèmes sur le terrain, des doublons, etc. Nous, comme on avait un axe de surveillance à base communautaire, on était très à cheval sur l'empowerment, la participation, l'appropriation, "do no harm" comme on dit en anglais. [...]. On essayait de vraiment bien les impliquer dès le départ et de tout discuter. Ils appréciaient ça parce qu'il y avait une certaine flexibilité. Mais voilà, certains partenaires avec une technique <i>cowboy</i> , qui allaient sur le terrain comme ça. [...] À la fin, elles ont appris les autorités guinéennes à faire ça, à bien coordonner. Ils sanctionnaient même certaines ONG en disant : c'est fini, vous n'intervenez plus là-bas. C'était nécessaire surtout sur la mobilisation sociale. Il y avait trop de monde! [...] Surtout dans le domaine de la communication, tout ce qui veut un peu trop, fait du bruit, donc ça fait perdre l'efficacité. »
E20			Difficile	Internationale	« Le défi c'est la coordination. La coordination efficace des actions. C'est en ça que le pays s'attelle à mettre une régulation en place. Il y a un peu tout le monde qui veut faire tout donc c'est un peu compliqué de coordonner correctement. Les partenaires et tout, la coordination des interventions. [...] Avant, ce sont les pays, les partenaires, les ONG, qui venaient imposer au pays ce qu'ils voulaient faire. Le pays est en train de changer la donne pour qu'il décide ce qu'il veut faire. Et toi, tu viens appuyer ce que tu peux appuyer. Ça c'est un défi, la coordination des interventions. »
E21		Moyenne		Nationale	« Dans ces événements-là, au début c'est un peu la cacophonie, on tâtonne avant de trouver la voie, mais à la longue, il y a eu la création de la cellule de lutte contre Ebola. À partir de là, il a été mis en place des départements : surveillance, prise en charge, communication, et pour gestion des données, il y avait tous ces départements, unités pour faire une coordination. Mais au début, ça n'a pas été facile. [...] Après, je pense que ça s'est bien passé. [...] Le partage se faisait. »
E22	N'a pas répondu à cette question			Locale	
E23	Bonne			Nationale	« Très bien. Pendant Ebola, il y a eu 64 partenaires qui ont siégé ici. »
E24	Bonne			Nationale	« Je suis très ouvert aux partenaires et disponible pour eux. »
E25		Moyenne		Nationale	« Oui, [les relations se passaient bien] avec les partenaires, l'OMS. [...] On a eu pas beaucoup des conflits ouverts comme ça, mais on a eu des problèmes liés aux tests, aux résultats...Pas de concordance, donc on a mis une unité de suivi et d'évaluation des labos qui s'installaient ici [pour régler les différends]. »

Entretien	Qualité des relations et de la coordination entre les partenaires			Institution d'appartenance	Citation clé
E26			Difficile	Nationale	« Manque de franche collaboration des partenaires dans la riposte parce qu'il arrivait souvent que les gens essaient de contourner la cellule de coordination. [...] Il y avait une mauvaise coordination des activités des partenaires et de la coordination, c'est-à-dire que les partenaires et la coordination travaillaient de façon indépendante, ils ont toujours voulu faire ça. »
E27	N'a pas répondu à cette question			Internationale	
E28			Difficile	Nationale	« Oui, [c'est difficile de coordonner tous les partenaires] pour une question de temps et une question de satisfaction des gens. On ne sait pas qui est satisfait de nous. Il y a plusieurs rendez-vous au même moment. Il y en a qui n'ont même pas de rendez-vous et qui entrent [pour te rencontrer.] »
E29		Moyenne		Nationale	« On a géré ça à travers une coordination dont le chef était le coordonnateur préfectoral. Nous étions bien appuyés par les autorités administratives et politiques notamment le préfet qui était le premier responsable de tout ça. Donc, toutes les interventions étaient coordonnées à travers un mécanisme de concertation régulier, qui permet à chacun de montrer dans quel domaine il peut apporter sa contribution. On documentait tout ça. [...] On voyait dans quelle mesure ils peuvent être complémentaires. Ce n'était pas facile il faut le reconnaître parce qu'il y en a qui venaient avec un but ou un projet bien précis. On ne peut pas non plus casser le projet bien ficelé, mais on essaie de l'adapter à ses besoins. La plupart du temps, on réussissait à trouver le minimum pour avoir des points de convergences et le moins de divergences possibles. »
E30	N'a pas répondu à cette question			Nationale	
E31			Difficile	Internationale	« La particularité de la Guinée, c'est qu'il n'y avait pas de clusters classiques. Donc, même les organisations qui devaient être leader avec les principes de cluster où tu dois animer les groupes, mais être [un] intervenant, ça on ne l'avait pas. Comme c'est la coordination nationale qui gérait directement, les choses se faisaient au gré des relations, des réunions informelles, et finalement, sur le terrain il y avait beaucoup de cacophonie. »
E32			Difficile	Internationale	« On a eu beau travailler [...] au départ avec qui fait quoi et où, on s'est retrouvé à un certain moment embouteillé avec beaucoup de gens qui faisaient tout et n'importe quoi. »
E33	N'a pas répondu à cette question			Internationale	
E34			Difficile	Nationale	« Non, la gestion n'était pas facile. Ça été un travail très dur parce qu'on a fait un peu plus la politique de l'argent et non la politique des besoins. Celui qui

Entretien	Qualité des relations et de la coordination entre les partenaires			Institution d'appartenance	Citation clé
					avait de l'argent, il voulait intervenir même dans un domaine où il n'est pas compétent. Pour pouvoir les mettre en rang, parfois il a fallu l'intervention de l'autorité. J'ai menacé certains de les expulser. Ils aimaient la pagaille aussi. Ils n'avaient pas la technique et ils veulent travailler parce qu'ils ont de l'argent. Parfois même, c'était des interférences qui ont entraîné des conflits entre les partenaires. [...] Parfois, je demandais même la participation de l'UNMEER, c'est-à-dire des Nations unies pour endiguer les partenaires. [...] Il y a toujours ça, même entre l'OMS et CDC, le début c'était dur hein, pour la gestion des données. »
E35			Difficile	Nationale	« Vous voyez, les partenaires viennent et chacun a son domaine ou bien a ses spécificités qu'il veut aborder par rapport à question de la résilience qui est globale. Nous, c'est de voir, ce que ce partenaire apporte. Comment je peux le placer avant l'intervention de l'autre ou bien ensemble pour que j'aie un résultat escompté à la fin de l'intervention. [...] Chacun a son intérêt, avec leur financement pour des choses spécifiques et il se trouve aussi que des fois un autre veut intervenir dans ce domaine. Il faut arbitrer entre les 2, il faut discuter, arriver à trouver un terrain d'entente et à les mettre ensemble et ce n'est pas facile. »
E36			Difficile	Nationale	« Il fallait gérer parce qu'on a eu plus de 63 acteurs qui sont intervenus. Le système des Nations unies, les ONG internationales, plus les ONG nationales. Il fallait coordonner tout ça. Vous restez assis un beau matin et vous apprenez que l'UNICEF a donné à telles institutions. Il y a le PNUD qui a dit moi je veux intervenir dans le paiement du personnel. On crée des comités de veille, on dit on harmonise. [...] Chacun veut planter son petit drapeau. On dit "non, nous on veut...". L'OMS dit, bon, on veut vous envoyer 120 experts. On dit 120 experts pour quoi? L'Union africaine dit on vous en envoi 200. Mais, je dis qu'on a des gens ici qu'on peut former. L'UNICEF qui dit, son domaine habituel c'est la mobilisation, mais qui dit je veux construire...C'est le PAM qui vraiment est resté dans son domaine: logistique et distribution alimentaire. L'UNFPFA, habituellement c'est les questions de santé et de protection des populations. En pleine crise d'épidémie, elle dit non, il faut simuler. On a mis en place un logiciel qu'on veut expérimenter pour la collecte de données sur les femmes. Mais, on est en épidémie, on n'a pas le temps. »
E37		Moyenne		Locale	« Chaque partenaire avait ses objectifs et voulait que ça soit fait sans tenir compte de certaines réalités et tout. Mais, c'était la politique. Il fallait juste

Entretien	Qualité des relations et de la coordination entre les partenaires			Institution d'appartenance	Citation clé
					bien jouer le rôle de politicien. Tu utilises chacun dans ce qu'il est en train de faire bien. [...] On faisait [à la préfecture], chaque jeudi, une réunion entre partenaires. Chacun disait ce qu'il faisait sur le terrain, et partout où il y a un chevauchement on trouvait un arrangement. Partout où on pouvait travailler conjointement, on planifiait cela. Du coup, ça n'a pas été très difficile ».
E38	Bonne			Locale	« Franchement, on travaillait ensemble, en équipe. »
E39			Difficile	Internationale	« Il y a un manque de coordination entre les partenaires. [...] Il n'y a pas de définition exacte du rôle de chaque partenaire dans les réponses à apporter en cas de crises sanitaires. La communication entre les partenaires est difficile ».
E40	N'a pas répondu à cette question			Nationale	
E41		Moyenne		Internationale	« [Il y a eu la] participation des plusieurs partenaires d'appui [...], tels que CDC, OMS, OIM, CICR/CGR, ACF, ALIMA, dont les interventions ont été plus ou moins coordonnées. [...] La gestion de ressources disponibles était moins efficace au début. [...] Il y a eu des conflits d'intérêts entre certains partenaires d'appui. Par exemple, le laboratoire Kaplan et celui de CDC; l'OIM et l'armée au niveau des postes-frontière ».
<b>Total (34)</b>	7 (20,59%)	10 (29,41%)	17 (50%)		

Les résultats du tableau ci-dessus indiquent qu'une majorité de répondant.e.s ont répondu que les relations et la coordination entre les acteurs étaient plutôt difficiles. Sur les 34 personnes ayant répondu à cette question, sept ont affirmé que les relations entre les partenaires étaient bonnes pendant l'épidémie et/ou le sont encore aujourd'hui. Il s'agit de trois acteurs internationaux, trois nationaux et un local.

Ce sont 10 personnes qui ont qualifié les relations et la coordination plutôt moyennes avec parfois des passages plus difficiles. Dans ces cas, comme les réponses étaient plus nuancées, les réponses ont été comptabilisées comme étant de qualité moyenne. Parmi celles-ci, il y a un international, cinq nationaux et quatre locaux. Le plus grand nombre de répondant.e.s, soit 17, ont noté les relations et la coordination entre les acteurs comme étant difficiles. La répartition par institution d'appartenance se décline ainsi, neuf personnes internationales, sept nationales et une locale.

En poussant l'analyse au niveau des réponses en fonction des institutions d'appartenance, il est à noter qu'il y a quelques distinctions. Parmi l'ensemble des répondant.e.s en provenance de l'international ayant répondu à cette question (13), trois ont qualifié les relations et la coordination comme étant d'une bonne qualité, un seul a dit qu'elles étaient plutôt moyennes, et neuf les ont qualifiées de difficiles. La majorité des répondant.e.s qui ont trouvé les relations et la coordination difficiles sont des internationaux; et un seul répondant local a affirmé avoir eu des difficultés réelles ou importantes dans les relations qu'il a eues ou qu'il a encore aujourd'hui avec les autres parties prenantes. À l'échelle nationale, sur 15 personnes au total, ce sont trois d'entre elles, qui ont décrit les relations comme étant bonnes. Cinq d'entre elles ont eu des réponses plus mitigées et ont qualifié la coordination et les relations moyennes ou difficiles par moments. Puis, sept répondant.e.s ont dit qu'elles étaient souvent difficiles. Finalement, du point de vue local, sur les six personnes, une seule a trouvé les relations et la coordination assez bonnes, quatre ont dit que les relations et la coordination étaient moyennes tandis qu'une les a qualifiées de difficiles.

Le tableau 8 qui suit présente les arguments qui ont été utilisés par les répondant.e.s pour justifier leur réponse quant à la qualité des relations et de la coordination entre les acteurs impliqués lors de la crise.

**Tableau 8: Arguments utilisés pour décrire la qualité moyenne ou difficile des relations entre les partenaires pendant l'épidémie d'Ebola (2014-2016) en Guinée, selon le niveau d'appartenance institutionnelle des personnes interrogées.**

Argument	Nombre de répondant.e.s par appartenance institutionnelle			Total
	Internationale	Nationale	Locale	
Méconnaissance des rôles et responsabilités des acteurs	1	0	0	1
Non-respect des rôles et responsabilités des acteurs	5	2	2	9
Guerre de drapeaux/compétition entre acteurs	2	2	0	4
Réticence et méfiance des acteurs les uns envers les autres	5	0	0	5
Manque de prise en compte des Guinéen.ne.s/Non-respect de la hiérarchie instaurée	4	6	0	10
Intérêts des partenaires divergents/conflits de valeurs/standards différents	6	1	0	7
Manque d'encadrement, de coordination, d'harmonisation, de <i>leadership</i> principalement au début de la crise	4	3	1	8
Nombre élevé d'acteurs	1	3	2	6
Manque de communication	0	0	2	2
Absence de regroupement sectoriel ( <i>cluster</i> ) classique en santé	3	0	0	3

Nous avons regroupé les principaux arguments utilisés par les interlocuteurs et interlocutrices sous neuf arguments distincts. Cependant, la plupart des acteurs ont donné plusieurs raisons qui expliquent les relations ou la coordination difficile pendant la crise d'Ebola, c'est pourquoi nous n'avons pas tenu bon de faire le total de répondant.e.s par appartenance institutionnelle. En revanche, nous avons additionné le nombre de personnes, en provenance des trois types d'institutions, pour chacun des arguments. Ces données permettent de constater que l'argument le plus évoqué par les personnes interrogées est le manque de prise en compte des Guinéen.ne.s et de la hiérarchie de la structure de gestion. Parmi les 17 personnes qui ont trouvé les relations et la coordination difficiles, 10 d'entre elles ont mentionné des éléments en lien avec cet argument, dont six acteurs nationaux. Ensuite, parmi les autres arguments les plus cités par les répondant.e.s, soulignons le non-respect des rôles et responsabilités attribués aux acteurs mentionnés par neuf personnes; les déficits en termes d'encadrement, de coordination, d'harmonisation et de *leadership*

principalement en début de crise selon huit personnes; et les conflits d'intérêts, de valeurs et de standards entre les différents acteurs selon sept personnes.

Il importe de dire qu'au fur et à mesure que la crise a avancé, nombreux sont les acteurs qui ont remarqué une meilleure coordination, surtout avec la création de la Cellule nationale de lutte contre Ebola.

Le travail lors de cette épidémie se passait d'une manière coordonnée au fur et à mesure que les choses avançaient. Lorsque la structure de coordination était mise en place, la mission des différents acteurs était clairement définie sur terrain, il n'était plus question que de bien suivre les interventions sur le terrain à travers les bureaux de coordination. Les grands foyers d'épidémie, tels que la préfecture de Forécariah [...], étaient restés longtemps sous surveillance active. Les partenaires étaient complémentaires, les uns les autres. - Partie prenante internationale

Lors de l'observation de la Réunion internationale sur les vaccins anti-Ebola en Guinée en mai 2017, Margaret Chan, alors Directrice générale de l'OMS, a affirmé qu'il y avait plusieurs leçons à retenir d'Ebola, dont le pouvoir des partenariats et de la collaboration. Elle a donné l'exemple du vaccin expérimental qui a été développé en 12 mois comparativement à une durée habituelle de 10 ans pour un tel processus. Mais, elle a déploré qu'à ce jour, il n'y avait toujours pas un cadre défini pour coordonner les efforts de tous les partenaires. La directrice a soutenu qu'en travaillant en collaboration, cela permettait de réduire les coûts lors des épidémies et d'accélérer le développement des vaccins par exemple. Pour elle, il faudrait développer un système collectif de défense contre les maladies à potentiel épidémique et contre la menace des maladies émergentes et ré-émergentes. Lors de la même réunion, le Président de la Guinée, Alpha Condé, a reconnu qu'Ebola avait eu un effet dévastateur sur le pays, mais que ses effets négatifs avaient été atténués grâce à la mobilisation de la communauté internationale.

Pendant une réunion d'information épidémiologique à l'ANSS, un acteur national a déclaré qu'avec trop d'aide, cela risquait de créer des problèmes. Dans la période de relèvement post-Ebola, il y a beaucoup de partenaires qui se présentent, dont des nouveaux qui n'étaient pas présents pendant Ebola, et l'ANSS est débordée. Les gestionnaires de l'ANSS ont décidé de privilégier les anciens partenaires et de ne pas les remplacer par les nouveaux qui, bien souvent, sont moins compétents dans le domaine selon leurs dires. Ils préfèrent dire aux nouveaux partenaires qu'ils communiqueront avec eux en temps

opportun. Il a été nécessaire pour les acteurs nationaux, de faire cette déclaration aux partenaires lors d'une rencontre les impliquant, étant donné que quelques participant.e.s ont noté les problèmes du non-respect de la hiérarchie instaurée ainsi que le manque de prise en compte des autorités guinéennes. Nous avons tenu bon de présenter une section sous-jacente pour savoir si les partenaires impliqués ont reçu, ou non, une demande officielle des autorités guinéennes afin d'intervenir pendant l'épidémie d'Ebola.

#### 4.3.4.3 Demande reçue des autorités nationales pour intervenir

Étant donné le grand nombre de partenaires impliqués pendant la crise d'Ebola en Guinée, il est approprié de documenter si leur présence a été demandée par les autorités nationales ou de quelle façon ils en sont venus à s'impliquer dans la gestion de l'épidémie en Guinée. Seize répondant.e.s ont discuté de la question « avez-vous obtenu une demande officielle de l'État pour intervenir lors de l'épidémie d'Ebola? ».

Premièrement, un acteur international a mentionné que tant que l'État ne déclare pas officiellement une épidémie, les partenaires onusiens, comme l'OMS et l'UNICEF, ne vont pas réagir et débloquer les fonds. Il est arrivé en Guinée que l'État ne veuille pas faire la déclaration officielle, mais que les partenaires internationaux invitent, voire suggèrent fortement à l'État, de le faire pour bénéficier de l'appui international. Un autre acteur international a dit que dès qu'il y a une crise sanitaire, « l'OMS est la première autorité saisie par la partie nationale. C'est dans le RSI qui dit que dans les 24 heures qui suivent ou dans les 48 heures maximum, il faut informer l'OMS de l'existence d'une crise ». Pour obtenir des fonds des bailleurs de fonds internationaux comme la Banque mondiale, un partenaire international a dit qu'en temps de crise exceptionnelle, on délaisse les procédures habituelles de demandes de fonds. L'État fait la demande de soutien, mais la réponse est plus rapide qu'en temps normal.

Deuxièmement, un acteur international a affirmé qu'étant donné que c'était la panique, l'État allait voir tout le monde pour obtenir de l'aide. Du point de vue national, on a dit que c'est la Guinée et l'OMS qui ont demandé au monde entier de réagir à l'épidémie. Quand des ONG internationales ou des laboratoires internationaux étaient intéressés à apporter un soutien, ils pouvaient contacter directement le ministère de la Santé. Un autre participant international a ajouté que :

Tout le monde sait que l'épidémie d'Ebola, c'était une épidémie d'importance et donc il y avait des appels à toutes les organisations internationales. Chaque organisation internationale avait un intérêt à régler quand même l'urgence. Surtout comme CDC, c'est l'institut par excellence aux États-Unis pour la protection des États-Unis avec le risque des voyageurs et tout ça et que ça puisse vraiment arriver sur le bord des États-Unis, le gouvernement américain a forcément eu intérêt à intervenir pour la sécurité dans le cadre du Security Global Agenda. Donc, ça va de soi que le CDC devait être impliqué.

Dans cet état de panique, une organisation internationale a été critiquée selon l'un de ses employés, pour être intervenue trop tard en Guinée. Parfois, l'État attendait les offres des partenaires plutôt que de les approcher directement. Cependant, selon lui, les ressources limitées à la fois financières et humaines font qu'on ne peut pas être partout tout le temps.

Troisièmement, ce qui est ressorti de certains discours des partenaires internationaux, c'est qu'ils ont été contactés par d'autres organisations internationales pour venir en appui. Par exemple, l'Institut Pasteur a été contacté par la Croix-Rouge française pour monter un laboratoire de diagnostic à Macenta en soutien au CTE géré par la Croix-Rouge française. Pour une organisation nationale comme la Croix-Rouge guinéenne, on affirme qu'on a le mandat d'intervenir en tant qu'auxiliaire des pouvoirs publics, donc que nous n'avons pas besoin d'obtenir une demande officielle de l'État. Dans les cas des autres partenaires du mouvement de la Croix-Rouge (FICR et autres sociétés nationales), la Croix-Rouge guinéenne a pu demander du renfort en raison de ses capacités qui étaient dépassées.

Quatrièmement, il y a eu un problème rapporté surtout au niveau décentralisé et c'est celui des partenaires internationaux qui partaient directement sur le terrain, sans passer par la coordination nationale. Aux dires d'un travailleur national, les entités onusiennes comme le PAM suivaient les procédures et la hiérarchie instaurées, tandis que des ONG se pensaient plus libres et seulement quelques-unes respectaient les procédures en passant par les autorités nationales.

Pour des acteurs qui sont moins traditionnellement impliqués dans les crises sanitaires en Guinée, comme la FAO, un participant a dit que c'est son organisation qui a dû forcer pour pouvoir s'impliquer. Selon lui, « ils comprenaient difficilement qu'est-ce que la santé animale avait à voir avec un phénomène de ce genre-là. »

En résumé, sur 13 répondant.e.s, seulement six ont obtenu une demande officielle de l'État; six ont eu une réponse plus nuancée; et deux sont intervenus de leur plein gré. Parmi les réponses plus nuancées, les arguments évoqués touchaient surtout à l'aspect de l'ampleur de la crise et qu'ils n'avaient pas le choix d'intervenir et de proposer leur aide même s'ils n'avaient pas été directement approchés. Les acteurs nationaux qui ont discuté de la question ont reconnu la nécessité de recourir à l'aide internationale, mais certains ont déploré le fait qu'on outrepassait leur autorité – surtout dans le cas des ONG internationales.

#### 4.3.4.4 Communication et partage d'informations

Afin de mieux comprendre comment s'est passé le travail entre de nombreux partenaires et comment l'intervention s'est organisée, nous documenterons la communication et le partage d'informations entre les parties prenantes.

Lorsque le mode de gestion était sous forme de Cellule de crise, les réunions avaient lieu au bureau de l'OMS parce que, selon les dires d'un acteur international, « ce n'était pas très structuré, donc l'OMS a voulu être derrière le ministère de la Santé puisqu'on avait une grande salle de conférence. Donc, tous les jours à 14h00, la cellule de crise, c'était entre les différents représentants des institutions ». De mars à septembre 2014, c'est là que se sont tenues les rencontres de coordination. C'est à la création de la Cellule nationale de coordination et de lutte contre Ebola, que le lieu a changé.

Avant que la Cellule nationale de coordination et de lutte contre Ebola soit mise en place, il y avait quand même des réunions entre les différentes commissions (prise en charge; surveillance; etc.). Les partenaires pouvaient assister à la réunion interministérielle. Les participant.e.s aux réunions des commissions dépendaient du type de commission. Par exemple, un acteur interrogé a discuté de la commission prise en charge qui regroupait, entre autres, des gestionnaires des hôpitaux, des professeur.e.s, et des partenaires techniques et financiers. Lors de ces rencontres, on se questionnait sur comment améliorer la prise en charge des cas. Il y avait un participant responsable de faire le pont entre cette commission, et celle de la surveillance puisque ce sont deux thèmes étroitement liés. Pendant la réunion de prise en charge, cette personne devait passer les informations de la surveillance. Selon cet acteur local, anciennement employé à l'échelle nationale, « comme

ce n'était pas bien structuré, le chef de l'État a voulu bien organiser. Il a mis en place une Coordination nationale ».

Comme présenté à l'annexe 21, il y avait un grand nombre de réunions entre les différents partenaires pendant l'épidémie d'Ebola. Les réunions de coordination se tenaient quotidiennement. La réunion épidémiologique avait lieu de 7h00 à 8h00; et d'autres réunions techniques (coordination; surveillance; communication; logistique; laboratoires; prise en charge; finances; etc.) suivaient à d'autres moments dans la semaine. C'est d'ailleurs ce que nous ont rapporté la majorité des acteurs interrogés. Que ce soit au niveau central à Conakry ou encore dans les préfectures, les réunions se faisaient chaque jour avec l'ensemble des partenaires pour partager le rapport de situation journalier, le SITREP. Ce rapport était documenté grâce au remontage des informations de la périphérie, vers le centre. Ces dernières étaient remontées principalement par téléphone, puisque l'internet n'était pas disponible dans toutes les structures pendant l'épidémie d'Ebola, et que les employés nationaux et locaux n'étaient pas nécessairement formés à son utilisation. Au niveau de la Cellule nationale de coordination, un acteur local a affirmé que :

Quand ça a été centralisé au niveau de la cellule, c'était bien organisé. Il y avait une maquette qui était remplie, qui était passée à tout le monde. Et là, vous venez dans la maquette, il y a le nombre d'admis; le nombre de tests positifs et négatifs; le nombre de décès; le nombre de sortis guéris. [...] Ça, avec la participation des partenaires. Parce que quand cela arrivé, nous on n'avait pas les compétences. Les partenaires nous ont aidés à organiser les différentes maquettes. [...] Le système a bien fonctionné et cela nous a permis d'apprendre comment faire le SITREP.

Tous les partenaires internationaux ont affirmé que c'était une nécessité de participer aux rencontres quotidiennes. D'ailleurs, ces derniers devaient partager leurs données et leurs rapports pour contribuer au contenu qui était présenté pendant la rencontre.

La coordination, il y avait 2 niveaux. Il y avait le niveau national. À Conakry, il y avait ce qu'on appelle la Coordination nationale d'Ebola qui était gérée par Dr Sakoba. [...] Tous les partenaires qui intervenaient dans la lutte contre Ebola devaient participer. Au niveau des préfectures, dont Macenta et Forécariah, il y avait aussi la même coordination qui était décentralisée. Il y avait un coordonnateur Ebola Macenta, il y avait un coordonnateur Ebola Forécariah. Là aussi des réunions étaient organisées et nos équipiers y participaient. -Acteur international

Ce qui a été important pendant la période d'Ebola n'a pas été seulement la réunion quotidienne entre les partenaires. Selon un acteur international,

Il y avait comme une post-réunion, un café en bas où on se retrouvait parfois autour d'une table de 25 ou 30 personnes, c'est-à-dire tous les cadres des grandes organisations. Mais, c'était plus intéressant parce qu'ils faisaient la présentation épidémiologique et trois présentations de partenaires sur leurs stratégies. C'était comme une espèce de cerveau commun qui va super vite.

Selon quelques informateurs clés, ces réunions informelles étaient souvent plus bénéfiques que les réunions formelles qui se tenaient entre 7h00 et 8h00 le matin. C'est souvent là que les partenariats se développaient et où l'information passait davantage.

À l'échelle locale, au niveau de la DSVCo par exemple, les entretiens ont permis de nous informer sur le contenu des rencontres de coordination ou aussi appelées statutaires hebdomadaires par certains acteurs, où tous les représentants des communes venaient.

Justement, au moment des réunions de coordination, on passe en revue tous les problèmes de santé qui se sont passés pendant la semaine écoulée et à partir même du moment où nous nous rencontrons. S'il y a des informations venant aussi du département ou encore de la Ville de Conakry, on essaie de passer l'information. – Acteur local

Les partenaires qui agissaient au niveau local se présentaient à ces rencontres pour assurer le partage de l'information. Dans chaque DCS, il y avait une réunion quotidienne pour faire le point de la situation avec les membres de l'équipe et les partenaires d'appui œuvrant dans la commune. Pour un acteur local, le fait que la majorité des réunions soient concentrées dans les communes a été bénéfique en raison de la décentralisation de la gestion. Durant la crise, la DSVCo a délégué des membres de l'équipe régionale auprès des DCS et des districts sanitaires pour venir en appui. À l'échelle préfectorale, on nous a rapporté que les réunions de coordination étaient à l'image de celles de Conakry, soit qu'elles se déroulaient de façon quotidienne.

La réunion stratégique se faisait à la DRS/DPS. Et la réunion des partenaires se faisait à l'OMS. Donc, le préfet, s'il n'est pas présent, il y a un de ses représentants. Même le gouverneur souvent, il participe. Comme c'est une région, il y a celui qui coordonne la région. – Acteur national

Un acteur national a critiqué le manque de communication entre les réunions, notamment les réunions des laboratoires qui se tenaient uniquement une fois par semaine. Pour lui, cela a été une faiblesse parce que « chacun gérait et communiquait à la Coordination nationale directement » sans informer les partenaires. Par ailleurs, un acteur international

a dit qu'en raison du grand nombre de réunions pendant la période d'Ebola, les organisations ayant moins d'employés ne pouvaient pas assister à chacune d'elles.

Lors de l'observation sur le terrain, un travailleur national est revenu sur la période Ebola en discutant des rencontres qui s'éternisaient pendant les premiers mois de l'épidémie. Il a dit qu'au début de la crise, les réunions stratégiques avec les parties prenantes duraient de trois à quatre heures par jour. Selon un fonctionnaire guinéen habitué de travailler avec les organisations internationales, « alors là, on s'est dit qu'avec ça on ne peut pas contrôler la maladie, on passait trop de temps à palabrer ». Pour la majorité des Guinéen.ne.s, c'était normal; mais, pour les partenaires internationaux, il s'agissait d'une perte de temps. Ces derniers ont demandé de diminuer la durée ou ils allaient quitter les rencontres avant la fin ou tout simplement s'absenter. L'engagement avec les partenaires internationaux, « qui sont esclaves du temps » selon le fonctionnaire guinéen, fait que les réunions d'information épidémiologique durent maintenant maximum une heure à l'ANSS.

En conclusion de cette partie sur l'intégration, nous constatons que les relations entre les partenaires et la coordination des activités entre ceux-ci ont souvent été problématiques pendant l'épidémie d'Ebola. On a souvent critiqué le fait que les partenaires en faisaient parfois uniquement à leur tête et ne passaient pas par la structure de gestion nationale avant d'intervenir. Le manque de respect de la hiérarchie instaurée a été critiqué par de nombreux Guinéen.ne.s rencontré.e.s. Malgré les mécanismes de communication et de partage d'informations mis en place, des lacunes ont tout de même été observées pendant la crise.

#### **4.3.5 Adaptabilité : apprendre de l'expérience et transiter vers la résilience**

Cette partie sur l'adaptabilité fournira les résultats récoltés au sujet des transformations de façons de faire pendant et après l'épidémie d'Ebola dans l'optique d'améliorer la façon dont on fait face aux crises en Guinée. En fonction des leçons apprises, nous résumerons les changements de façons de faire qui mènent à une meilleure préparation à une autre crise potentielle sur le territoire. D'abord, le tableau 9 ci-dessous montre les principaux arguments notés par les personnes interrogées qui expliquent les

améliorations qui ont été effectuées dans la gestion des crises sanitaires depuis Ebola et en quoi le pays est mieux préparé à faire face à une autre crise d'envergure.

**Tableau 9: Améliorations notées depuis l'épidémie d'Ebola (2014-2016) et en quoi le pays est mieux préparé à faire face à une autre potentielle épidémie d'envergure, selon le niveau d'appartenance institutionnelle des personnes interrogées.**

Argument simplifié	Nombre de répondant.e.s par appartenance institutionnelle			Total
	Internationale	Nationale	Locale	
Création de structures de gestion des crises sanitaires (ANSS; COU)	2	0	0	2
Réunions d'information épidémiologique hebdomadaires; rencontres régulières entre partenaires	0	2	0	2
<i>Leadership</i> de la direction de l'ANSS	0	2	0	2
Existence des ERARE et EPARE	3	1	1	5
Formations diverses offertes et renforcement des capacités des ressources humaines	7	6	4	17
Matériel acquis; technologie	6	6	3	15
Amélioration de la surveillance et de la notification des cas suspects	5	6	2	13
Infrastructures rénovées et équipées (panneaux solaires, matériel informatique, etc.)	3	0	1	4
Recrutement de personnel et déploiement à l'échelle du pays	4	2	0	6
Intégration de l'approche <i>One Health</i>	1	1	1	3
Développement de la santé communautaire	3	4	0	7
Renforcement des laboratoires	1	2	0	3
Rédaction de plans, cadres, protocoles; actualisation de procédures	5	2	0	7
Unités de triage dans les hôpitaux et création des CTEPI	1	1	1	3
Intégration des socio-anthropologues dans la riposte	1	1	0	2

À la vue des résultats exposés, 17 personnes (sept internationales; six nationales et quatre locales) reconnaissent que le transfert d'expertise, le renforcement des capacités, et toutes les formations offertes aux ressources humaines œuvrant dans toutes les sphères de la gestion des épidémies ont été favorable à l'amélioration de la capacité de réponse guinéenne. Le deuxième argument évoqué par une quinzaine de personnes (six internationales; six nationales; et trois locales) a été celui de l'acquisition de ressources matérielles et technologiques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Par la suite, 13 individus (cinq internationaux; six nationaux; et deux locaux) ont abordé l'amélioration du

système de surveillance à l'échelle du pays et de la notification des cas suspects de maladies à potentiel épidémique. Parmi les autres principaux arguments mentionnés, soulignons le développement de la santé à base communautaire (sept répondant.e.s); la rédaction de plans, cadres et protocoles, ainsi que l'actualisation de procédures existantes (sept répondant.e.s); le recrutement de ressources humaines au sein du système de santé guinéen et son déploiement à l'échelle nationale (six répondant.e.s); et, la création des ERARE et EPARE (cinq répondant.e.s).

#### *4.3.5.1 Dotation en ressources de toutes sortes*

Afin de justifier ces arguments, nous présenterons quelques éléments clés soulignés par les participant.e.s. Par exemple, un acteur international a dit qu'Ebola avait été un mal nécessaire pour la Guinée parce que cela avait permis de prendre du recul pour mieux rebondir, et aussi obtenir l'attention et l'appui de la communauté internationale pour améliorer la riposte aux crises. En résumé, il croit que :

Sur le plan sanitaire, l'appui a permis la construction des nouvelles structures de santé, la réhabilitation des infrastructures, l'équipement de ces structures, la dotation en outils de surveillance, le renouvellement de moyens logistiques; le renforcement du personnel, l'engagement des nouveaux agents, le renforcement de capacités des travailleurs professionnels; le développement des nouveaux outils, des nouvelles stratégies de définition des cas, des algorithmes de prises de décisions, de la surveillance. Plusieurs études ont été réalisées pendant la riposte, par exemple Ebosex et des essais vaccinaux.

Quelques acteurs nationaux ont reconnu qu'avant Ebola, on ne se rendait pas compte que les centres de santé étaient si peu équipés. L'acquisition du matériel pendant l'épidémie fait que maintenant, la capacité de réponse est meilleure en matière de véhicules, de camions, et d'équipements de toute sorte. Non seulement les structures sanitaires ont été rénovées et dotées en matériel, mais les laboratoires ont aussi connu un renforcement autant du point de vue matériel, qu'en matière de connaissances et compétences des ressources humaines. Les employé.e.s ont été formé.e.s sur le transport sécurisé des matières infectieuses, sur la biosécurité, etc., et ont eu des supervisions formatives.

Pour finir sur l'aspect des ressources humaines, le recrutement de quelque 4000 agent.e.s de santé est un investissement de la part de l'État. Aux dires d'un fonctionnaire, on a spécialement ciblé des jeunes lors de ce recrutement pour préparer la relève. Tous les

jeunes agent.e.s de santé sont automatiquement formé.e.s ou mis à niveau par rapport au fonctionnement des centres de santé guinéens, notamment sur la gestion des soins de santé primaire.

#### *4.3.5.2 Structures et équipes de réponse formées*

Sans trop revenir sur les éléments présentés dans les autres sections, nous allons tout de même rappeler les éléments les plus mentionnés par les participant.e.s au sujet de la préparation à une autre crise potentielle. Parmi ceux-ci, il y a dorénavant l'existence d'une coordination de pour la gestion des crises sanitaires, l'ANSS; l'existence d'un COU national au sein de l'ANSS, mais aussi de COU décentralisé avec des procédures établies; la création des équipes ERARE et EPARE pour l'investigation et la réponse; l'existence d'un département dédié à la prise en charge des cas pendant les épidémies et le contrôle des infections; la mise en place de structures pour la prise en charge des maladies à potentiel épidémique, les CTEPI; etc. Effectivement, selon un acteur international, désormais, tous les hôpitaux sont dotés d'espaces de triage pour mieux cerner les cas suspects et de Centres de traitement des maladies à potentiel épidémiques, communément appelés CTEPI. Selon un acteur national, ces derniers fonctionnent sous deux régimes soit : « en temps normal [où] ils seront utilisés comme service des maladies infectieuses ordinaires. Mais, dès qu'il y a épidémie, ils changent et deviennent des structures de prise en charge. Le plan a été conçu ».

#### *4.3.5.3 Nouvelles approches adoptées*

Outre le programme de la SA-CEINT décrit antérieurement qui constitue une force à l'avenir puisqu'il a fait ses preuves, il y a d'autres approches nouvellement adoptées depuis Ebola en Guinée. Parmi celles-ci, on essaie de davantage d'intégrer les socio-anthropologues dans la gestion des crises sanitaires en Guinée. L'objectif est de mieux adapter la réponse au contexte local. En tant qu'acteur international, « on vient avec les solutions occidentales sans prendre en compte les approches anthropologiques propres de la Guinée. Ce qui cause beaucoup de problèmes » - Acteur international. Il est désormais connu et acquis que l'implication de ce corps de profession est primordiale pour respecter la culture, les croyances et les rites propres aux communautés; et ainsi proposer des approches adaptées pour réduire les réticences communautaires.

Une autre approche nouvellement implantée en Guinée est celle du *One Health*. Pour un acteur international, Ebola a permis d'opérationnaliser l'approche et de faire travailler ensemble les secteurs de la santé humaine, animale et environnementale, ce qui n'existait pas, concrètement, auparavant. Lors de l'observation directe, l'approche n'était qu'à ses balbutiements. Des rencontres d'information avaient lieu afin d'opérationnaliser l'approche.

La santé à base communautaire est également une approche fortement en hausse dans le pays. Bien que des projets existaient depuis 2013 dans certaines préfectures, ce n'est que dans le post-Ebola que les partenaires ont tenu à financer davantage ce domaine. Selon un intervenant national, avec Ebola, on s'est rendu compte que l'appui communautaire pouvait avoir un impact significatif sur la lutte contre la maladie et non seulement lors des crises. Ces agents communautaires, un peu partout à l'échelle du pays, réalisent une série d'activités d'information, de sensibilisation, de prise en charge des cas simples comme ceux du paludisme pour les référer aux structures appropriées, cela peut permettre de sauver des vies. Ce dispositif de la santé à base communautaire est en période de renforcement et d'expansion dans tout le pays. Aux dires du participant national, le Fonds mondial contribue à près de trois millions de dollars pour renforcer cette dimension communautaire. En somme, ces nouvelles approches s'accompagnent de protocoles et divers documents pour la mise en œuvre. D'ailleurs, la rédaction de toute documentation quant à la gestion des crises sanitaires est en cours dans le pays depuis la fin de l'épidémie. Il s'agit de l'une des informations transmises par de nombreux interlocuteurs.

#### *4.3.5.4 Appropriation guinéenne en croissance*

Pour conclure la section sur la caractéristique de l'adaptabilité, nous considérons important de fournir les résultats sur l'appropriation de l'aide et de la gestion des crises depuis l'épidémie. Sans une appropriation nationale, il est difficile de se préparer et de faire face à une autre crise potentielle de façon plus autonome. Pour un acteur international, cela demeure un défi en Guinée et cela se traduit par des communautés qui parlent du projet de telle organisation et non pas du projet de leur communauté. Un autre acteur international a affirmé qu'il a noté un manque d'engagement et de volonté de la part des Guinéens de s'approprier les projets et les actions. Un de ses collègues internationaux a dit « je veux

bien vous aider, mais faites des choses tous seuls. La Guinée est un pays d'assistés. Il y a des partenaires et on attend que les partenaires fassent tout ». Cette personne a donné un exemple criant, celui des ateliers organisés où, dès qu'il y a un.e expatrié.e qui sait se servir d'un ordinateur, on le ou la nomme automatiquement rédacteur/rédactrice pour l'atelier et cette personne doit tout faire. L'autre exemple mentionné est celui de demander une rétroaction aux Guinéen.ne.s par rapport à des rapports rédigés où, bien souvent, il n'y a aucun retour aux courriels. Lors de l'observation directe, il a été possible de noter des événements ou exemples similaires.

Aux dires d'un acteur international, même si les partenaires évoquaient l'aspect pérennisation pendant la riposte contre Ebola, rares sont ceux qui s'appliquaient pour garantir une continuation des services après leur départ. Pour lui, la partie nationale a aussi fait défaut à ce sujet puisqu'elle n'avait pas un plan clair de pérennisation des acquis de la riposte. Selon ce travailleur international, « le danger est que le système est devenu totalement dépendant des partenaires même dans la prise de certaines grandes décisions. L'appropriation n'y est pas encore ». Il a pu noter que sur le terrain, « au moindre retrait d'un partenaire, l'activité s'arrête complètement ou se complique sérieusement ». À cet effet, il a donné l'exemple des centres de tri qui ont été implantés dans les structures de soins à l'échelle du pays, mais qui ne sont plus fonctionnels depuis le départ du partenaire. Il en est de même pour la PCI dans les points d'entrée du pays ainsi que les structures de soins. L'acheminement des échantillons des districts vers le laboratoire de Conakry, anciennement assuré l'OMS, est devenu problématique quand l'organisation a tenté de se retirer de cette activité. Le ministère de la Santé et ses structures, n'a pas organisé et financé cette activité critique pour la surveillance dans le pays, donc c'est l'ANSS qui tente de contrôler la situation en défrayant les coûts associés. Cependant, le budget de l'ANSS est, selon plusieurs participant.e.s, toujours entièrement financé par les partenaires.

Malgré les leçons apprises avec Ebola, les changements de façons de faire, les nouveaux outils permettant de mieux se préparer à une autre crise potentielle, sans une implication franche des acteurs guinéens, les acteurs internationaux rencontrés qui ont discuté de cela, sont sceptiques quant à la possibilité de devenir réellement résilient. Cela

nous amène à discuter de la caractéristique de la résilience sanitaire dans la prochaine section.

#### **4.3.6 Résilience sanitaire : réagir promptement aux crises**

Dans cette section, nous présentons des résultats qui, selon nous, démontrent bien les acquis en termes de résilience en Guinée. Les résultats présentés subséquentment touchent toutes les caractéristiques de la résilience discutées précédemment. Nous avons jugé pertinent d'en faire une section à part, pour montrer l'aspect global de la résilience. Rappelons que le concept de résilience signifie « la capacité de détecter rapidement les perturbations lorsqu'elles surviennent et d'intervenir rapidement » (Kruk et al., 2015). En premier lieu, nous discuterons du *leadership* national présent avant l'épidémie – si tel est le cas – ou acquis pendant la crise. En deuxième lieu, nous exposerons les résultats à la question à savoir « est-ce que la Guinée pourrait gérer une autre épidémie d'envergure de façon plus autonome, sans les partenaires techniques et financiers? » En troisième lieu, en mars 2016, il y a eu une résurgence d'Ebola en Guinée après que l'OMS ait eu déclaré la fin de l'épidémie le 29 décembre 2015 (B. Diallo et al., 2016). Cette nouvelle flambée a eu lieu dans un village guinéen appelé Koropara. Pour certaines personnes rencontrées, le cas de Koropara constitue un exemple du degré de résilience de la Guinée face aux épidémies. La dernière partie de ce chapitre sera donc consacrée à ce cas d'étude.

##### 4.3.6.1 Affirmation du leadership national

Le développement d'un *leadership* national dans la gestion des crises sanitaires peut permettre de mieux répondre aux épidémies d'envergure et d'être plus résilient. Lors des entretiens semi-dirigés, 16 personnes (sept internationales; six nationales; trois locales) ont abordé la notion du *leadership* national acquis pendant et après l'épidémie. À cet égard, une partie prenante internationale a mentionné le temps que cela a pris pour que le *leadership* se définisse et se mette en place dans le pays.

*Le leadership guinéen s'est affirmé à travers le temps, jusqu'à s'assumer le long de l'épidémie. La mise en place de la structure de coordination pendant la riposte, l'application par la coordination des meilleures stratégies, la recherche des justes mesures pour coordonner différentes approches et partenaires, témoignent en faveur de ce leadership réussi. La preuve est le contrôle de l'épidémie. Mais le point négatif était simplement le temps plus ou moins long pour s'assumer.*

Ce qui émane de plusieurs discours c'est que, n'eut-été ce *leadership*, peut-être que la crise ne se serait pas éradiquée ainsi. Un acteur international a d'abord reconnu le « *leadership* qui s'est matérialisé par l'implication personnelle du Président de la République » et de la Cellule de riposte contre Ebola qui dépendait directement de lui. Toutefois, un acteur des Nations unies a critiqué l'implication trop importante du Président dans la gestion d'Ebola. Pour lui, cela s'est avéré un échec total, parce que le Président est devenu « Mister Ebola », un « micro-manager ». À titre d'exemple, il a dit qu'il avait été témoin de voir fréquemment le Président téléphoner au coordonnateur national de la riposte pour gérer des détails comme où mettre tel laboratoire ou tel camion. Pour lui, ce n'était pas son rôle.

Ensuite, huit participant.e.s ont ouvertement évoqué le *leadership* qualifié de salutaire du Dr Sakoba Keita<sup>81</sup>, anciennement chef de division au ministère de la Santé, devenu coordonnateur de la Cellule nationale de riposte contre Ebola, et aujourd'hui directeur de l'ANSS. Du point de vue local, un participant a dit que dès que cet homme est devenu le porte-parole du Président au sein de la Cellule nationale de coordination, la crise a été bien gérée. Au sujet du *leadership* personnel de Dr Sakoba, un bailleur de fonds bilatéral a affirmé que :

Soit quelqu'un se perd dans le costume soit il le prend. [Dr Sakoba] a pris toujours plus. Avec la configuration telle qu'elle était, je crois qu'il a très bien géré. [...] Franchement, il avait une attitude, il a pris le *leadership*. [...] Il était quand même autoritaire parce que les partenaires ne sont pas faciles à gérer, ils croient tous qu'ils sont plus intelligents que les autres et qu'ils vont faire beaucoup mieux. Il les a mis au pas.

Cette affirmation est appuyée par un acteur national qui a dit qu'il a réussi à mieux gérer les partenaires, parce qu'« il a toujours ce réflexe de dire, on est chez nous. [...] Êtes-vous ici pour nous aider ou nous voler quelque chose? » Plusieurs autres travailleurs internationaux ont aussi reconnu le *leadership* de cet homme, mais ont tenu à spécifier que l'État ne peut pas s'appuyer sur le *leadership* d'un seul individu pour bien gérer les épidémies. Pour un acteur international, encore aujourd'hui, il faut « que ce soit Sakoba qui donne l'autorisation sinon rien ne bouge. Mais, il est débordé et bientôt, il va prendre sa retraite ». Un autre a dit qu'il « le trouve d'un charisme extraordinaire, d'un courage

---

<sup>81</sup> Il n'était pas dans notre objectif de cibler et nommer précisément des personnes dans le cadre de cette recherche. Cependant, comme un grand nombre d'entretiens ont directement nommé ce dirigeant guinéen, il est apparu important de le mentionner.

individuel extraordinaire; il est drôle, il est un grand séducteur, il est très malin et il connaît son sujet », ce qui a fait qu'il a été apprécié par tous les partenaires internationaux. Aux dires d'un autre participant international, « Sakoba s'est donné sans compter, c'est un mec qui a bossé. [...] Il était épaulé par Dr [Sékou] Condé, qui était un mec très bien aussi. Heureusement qu'ils ont mené ». Le *leadership* de Dr Sakoba a aussi été reconnu par ses pairs, car l'un d'entre eux a dit que c'est ce dernier qui a directement aidé à l'engagement de 800 jeunes à la fonction publique pour lutter contre Ebola.

Il y a tout de même eu des critiques d'un acteur local à l'égard des autorités guinéennes en général et des leaders dans la gestion des épidémies, qui sont aujourd'hui submergés par des offres des partenaires internationaux et qui veulent tout avoir. Pour un acteur local, il y a une tendance en Guinée actuellement qui consiste à faire le travail avec un partenaire comme CDC, donc CDC donne de l'argent. Cela étant, on peut se mettre à travailler avec l'OMS sur la même chose, parce que l'OMS a fait une autre offre de l'autre côté. Selon lui, c'est contre-productif de faire un dédoublement de travail au lieu de les faire travailler ensemble. Il a d'ailleurs donné une panoplie d'exemples à ce sujet. Aux vues de l'acquisition d'un tel *leadership* spécialement chez un individu, encensée par plusieurs, une question a été posée à l'ensemble des participant.e.s à la recherche à savoir si la Guinée serait en mesure de gérer une autre épidémie d'envergure, sans les partenaires internationaux ou du moins en y étant moins dépendant.

#### 4.3.6.2 Capacité de gestion autonome d'une autre potentielle crise d'envergure

Effectivement, l'une des questions qui ont été posées à l'ensemble des parties prenantes rencontrées a été au sujet de la capacité pour la Guinée, en date de l'entretien, de gérer une autre épidémie d'envergure comme Ebola, de façon autonome, c'est-à-dire sans les partenaires techniques et financiers. Ce sont 38 personnes sur 41 qui ont accepté de répondre à la question. Le tableau 10 ci-dessous présente les résultats pour l'ensemble des entretiens effectués selon l'appartenance institutionnelle. Nous avons jugé indispensable d'inscrire une citation clé de la part de chacun des répondants pour avoir une vision d'ensemble de la résilience de la Guinée quant aux crises sanitaires.

**Tableau 10: Avis des répondant.e.s concernant la possibilité de gérer une autre crise sanitaire d'envergure de façon autonome, c'est-à-dire sans les partenaires techniques et financiers internationaux.**

Entretien	Autonomie de gestion d'une potentielle autre crise sanitaire d'envergure en Guinée			Institution d'appartenance	Citation clé
	Oui	Partiellement	Non		
E01			Non	Locale	« La Guinée ne sera pas capable. Même si elle était en mesure de le faire, les cadres qui sont en Guinée ne le permettraient pas, parce qu'Ebola a été en réalité un véritable business pour tout le monde. »
E02	N'a pas répondu à cette question			Internationale	
E03			Non	Nationale	« Autonome, c'est trop dire. Mais, l'autonomie dans un environnement où nous n'avons pas suffisamment de ressources financières pour faire face à certaines dimensions, c'est un peu difficile de le dire. »
E04			Non	Nationale	« Globalement, j'ai bon espoir que ça s'améliore, mais ça va prendre du temps. [...] Je pense qu'on a besoin d'un travail de fonds et un travail calme. Il faut accepter qu'il faille maintenir des situations d'urgence, pour faire face à l'urgence que les gens ici ne savent pas gérer. Mais, il ne faut pas les laisser dans cette situation-là, il faut essayer de les développer. »
E05			Non	Internationale	« Non, en raison de l'engagement de l'État. Je ne sais pas si c'est un manque, mais l'État devrait s'engager davantage pour que l'apport extérieur ne vienne qu'en complément. On ne peut pas reposer l'essentiel sur les engagements extérieurs. [...] Ce serait extrêmement compliqué même si les équipes sont préparées à l'effet, mais la mise en œuvre, l'opérationnalisation, posera problème en termes de ressources mobilisées. »
E06			Non	Locale	« Un homme seul ne peut pas évoluer seul, quel que soit votre compétence, vous avez besoin toujours des autres. C'est évident. Normalement, on a la compétence, mais comme on le dit bien, [...] quelqu'un qui vient pour donner des conseils, c'est aussi très bien. »
E07			Non	Nationale	« Il manque certaines choses. La Guinée ne peut pas gérer, à elle seule, les épidémies de grande ampleur parce que premièrement, il y a l'aspect financier. Deuxièmement, il y a l'aspect équipement et logistique. Troisièmement, il y a l'aspect expertise. Aujourd'hui quand même, on a les notions de base pour circonscrire n'importe quelle

Entretien	Autonomie de gestion d'une potentielle autre crise sanitaire d'envergure en Guinée			Institution d'appartenance	Citation clé
	Oui	Partiellement	Non		
					épidémie en Guinée. C'est une maladie qui n'est pas encore totalement connue. [...] Mais, aujourd'hui, on est mieux préparés à gérer une épidémie, réduire les risques de propagation et de contamination. »
E08			Non	Internationale	« Non, pas du tout! Notre économie est une économie qui ne peut pas soutenir. Ce n'est pas possible. [...] On a bien des problèmes. »
E09			Non	Internationale	« Ah non! L'argent! Puis, il manque la confiance des partenaires pour donner l'argent à la Guinée. »
E10			Non	Internationale	« Non. [...] L'OMS que je vois là, c'est la Guinée, c'est le ministère de la Santé. Donc non, aucun pays en Afrique ne peut gérer sans les partenaires techniques et financiers. »
E11			Non	Locale	« Ce qu'il manque c'est les ressources financières et les ressources matérielles »
E12			Non	Nationale	« Non. [...] La collaboration entre les partenaires et nous doit toujours continuer pour préparer les prochaines épidémies. »
E13			Non	Internationale	« Malheureusement, aujourd'hui, on ne souhaite pas cela, mais s'il y a un seul cas d'Ebola ce sera problématique. Il y a des projets (qui existent), par exemple ils ont mis les ERARE. [...] Les ERARE c'est géré par qui? Par l'ANSS. [...] Le projet est porté par qui au niveau national? L'ANSS. C'est l'ANSS qui a mis ces gens-là dans les directions régionales de la santé. [...] Toute la politique sanitaire du pays est définie par ces départements. Après, on crée l'ANSS et l'ANSS qui fait tout. »
E14		Partiellement		Internationale	« Ce n'est pas encore là. C'est pour ça que les crises sont définies à partir de leur importance. Je pense que pour ce qui est mineur, ils vont pouvoir gérer. Mais, ça va dépendre de l'ampleur. »
E15			Non	Nationale	« Non. Le seul truc c'est qu'on sait comment le gérer. On ne peut pas le faire seul. On peut quand même commencer à réagir. Ce n'est plus une surprise. Il manque de capacités. Il manque d'intérêt aussi. À chaque fois, on insistait parce qu'il y avait des gens extrêmement compétents, mais ils laissaient les partenaires tout faire. C'était vraiment dommage parce qu'ils oubliaient qu'eux sont venus les aider. C'est comme s'ils pensaient qu'eux sont venus pour travailler pour eux. Non, ils sont venus nous aider, ils vont partir. La preuve c'est que dès que le truc est fini, ils sont partis. »

Entretien	Autonomie de gestion d'une potentielle autre crise sanitaire d'envergure en Guinée			Institution d'appartenance	Citation clé
	Oui	Partiellement	Non		
E16			Non	Internationale	« Non, ce n'est pas possible. Tu sais, quand tu parles de grosse crise, il y a les moyens financiers qui sont toujours là. Peut-être qu'en matière de compétence oui, mais en matière de ressources, non. »
E17		Partiellement		Internationale	« Non, je dirais qu'ils ne seraient pas totalement autonomes, mais je suis certain qu'ils seraient moins dépendants qu'avant. [...] Aujourd'hui, il y a quand même des gens qui peuvent avoir des petits réflexes. Vous savez quand on a annoncé la fin d'Ebola et des soubresauts, il y a eu quand même 2 ou 3 fois (le retour). Ils ont su quand même répondre adéquatement. [...] Mais, malheureusement, pour être franc avec vous, on aurait pu souhaiter qu'ils en soient plus conscients et plus engagés. [...] C'est pourquoi je dirais qu'ils ne seraient pas totalement autonomes, mais je suis certain qu'ils seraient moins dépendants qu'avant. Quand c'est une crise majeure, ça devrait éveiller les consciences. »
E18			Non	Locale	« Vous savez les partenaires c'est important pour 2 choses. Un, il y a l'expérience et puis il y a les moyens. Quand ils sont avec nous, ils viennent avec des moyens. Quand ils ne sont pas là, il n'y a pas les moyens. »
E19			Non	Internationale	« Si Ebola recommençait avec le niveau de collaboration intersectorielle qu'il faut, est-ce qu'ils y arriveraient sans les partenaires? Pas maintenant. Dans un an, deux ans, trois ans, disons dans 2 ou 3 ans, si ça continue comme maintenant avec le gros financement de la Banque mondiale qui va venir pour le renforcement du système de surveillance, l'approche <i>One Health</i> , REDISSE, la politique nationale de santé communautaire, ça devrait marcher. Mets la politique nationale de santé communautaire, mets les sources de financement [...], ça va marcher. Mais, il y aurait besoin d'une part de financement de l'État. Si c'est toujours les mêmes acteurs qu'avant, est-ce que même l'argent va arriver sur le terrain? »
E20			Non	Internationale	« Non. Même la rougeole ne pouvait pas être gérée seule. [...] Ce n'est pas encore prêt. Il manque l'argent et les plans de riposte. Il faut l'opérationnalisation. Le ministre m'a dit merci beaucoup [...], on apprécie ce que vous faites pour la Guinée, sans vous, voilà, on est content de compter sur vous. »
E21			Non	Nationale	« On serait plus rapide qu'en 2014! Mais franchement, ce serait difficile. [...] Dans 2 ou 3 ans, nous serons prêts à combattre. »

Entretien	Autonomie de gestion d'une potentielle autre crise sanitaire d'envergure en Guinée			Institution d'appartenance	Citation clé
	Oui	Partiellement	Non		
E22			Non	Locale	« Non. J'ai interviewé presque tous les DRS qui ont travaillé dans les sites, toute l'ANSS, à Forécariah, Coyah, Conakry, partout. Je sais ce que je dis c'est non. Pourquoi? Nous n'avons pas été intelligents dans la gestion de l'aide. On est venu, les gens qui nous ont aidés ne nous ont pas fait passer de l'aide. [...] À l'heure là, si une maladie à l'image d'Ebola vient, le personnel de santé a la compétence théorique, mais ils n'ont pas l'équipement leur permettant d'être sécuritaire. [...] Les centres d'opération d'urgence, ont été mis en place, mais ne sont pas opérationnels. »
E23			Non	Nationale	« Non, il faut toujours les partenaires. Il faut une collaboration franche. Le chemin est là, mais on est en train de mettre les choses en place. [...] Il manque encore l'expérience, quelques changements [culturels]. Il faut toujours une bonne initiative, car il faut savoir travailler dans l'urgence en tout temps. Il faut toujours l'aide des partenaires. Ils ont les fonds. »
E24	N'a pas répondu à cette question			Nationale	
E25		Partiellement		Nationale	« Bon ça dépend de quelle épidémie. Au niveau général, les ressources humaines, les ressources financières, ça, il manque. [...] À l'heure-là, on pourrait maîtriser sur le plan laboratoire. [...] Ça dépend. S'il y a, comme l'autre fois, 500 cas par jour, là ce n'est pas possible. [...] Là, les partenaires vont venir. Mais, je ne pense pas qu'on arrive à ça, parce qu'à l'heure là, tous les coins sont un peu protégés. Il y a des sites de surveillance partout. Donc, à l'heure-là, on pourra maîtriser sur le plan labo. Ça nous met beaucoup à l'aise. Malgré tout, l'accalmie-là, on a des cas suspects tout le temps. On a des cas suspects. Les diagnostics c'est négatif et on n'en parle pas. À la réunion, ils disent zéro cas, mais c'est signalé. »
E26		Partiellement		Nationale	« Il y a eu résurgence de l'épidémie à Koropara, à N'Zérékoré. Directement, on a actionné les leçons apprises, et on a circonscrit la partie, la région forestière. On était dans les limites des 48 jours qui ont suivi, et le 1 <sup>er</sup> juin, ça a été définitivement fini. [...] Il y a eu quelques points forts [...], mais aussi des faiblesses. »
E27			Non	Internationale	« On avait des leviers, on était au cœur d'un événement de traumatisme mondial, mais aujourd'hui, tu as la même crise, ça veut dire quoi? J'ai une grosse inquiétude [...]. Si le cas de Koropara se répétait aujourd'hui, ce que tu aurais c'est un village où il y a

Entretien	Autonomie de gestion d'une potentielle autre crise sanitaire d'envergure en Guinée			Institution d'appartenance	Citation clé
	Oui	Partiellement	Non		
					entre 2 et 4 décès, on est alerté très tard, on aurait de la difficulté pour entrer (dans la zone), on ne disposerait plus des fonds. »
E28			Non	Nationale	« On est dépendant encore des partenaires, il faut dire la vérité. C'est vrai que [le financement de] l'État est parti de 1,7% en 2009 et on est aujourd'hui à 8%, mais les partenaires ont encore leur place au point de vue financier et au point de vue technique. Les ressources humaines ne sont pas suffisamment formées pour faire face à tous les problèmes que nous avons. Il manque aussi en quantité et en qualité. »
E29			Non	Nationale	« Ce n'est pas évident. Il faut reconnaître qu'il manque de ressources. Ce n'est pas uniquement la Guinée. Je reviens d'un atelier sous-régional où la plupart des préoccupations des pays sont les mêmes, c'est le financement des programmes par les États. C'est beaucoup plus par les partenaires que par les États. Tant que le système ou cette tendance-là ne s'abaisse pas, la dépendance continuera pour les ressources financières. »
E30		Partiellement		Nationale	« On a une capacité à gérer à petite échelle, mais si c'est grand on ne peut pas. On n'a pas les moyens financiers et matériels. »
E31		Partiellement		Internationale	« Je pense que sur le plan technique avec peut-être 10 à 15% d'expertise technique [étrangère], ils peuvent gérer. Maintenant, là où je ne pense pas que ce soit possible, c'est la disponibilité des moyens financiers. Ebola avec quelque 2-3 cas, on peut dépenser énormément de moyens. Je ne pense pas que la Guinée a ses moyens. Déjà, quand on voit la pharmacie nationale, il n'y a pas de stock d'urgence. Il n'y a pas de ligne budgétaire aussi. Je pense que même l'agence nationale, depuis qu'elle a été créée, n'a pas encore de ligne budgétaire. Alors que normalement, si c'est une agence qui doit intervenir en situation d'urgence, elle doit avoir une ligne budgétaire mobilisable en 24 heures. Je ne pense pas que sur le plan financier que ce soit possible, mais sur le plan technique oui. »
E32			Non	Internationale	« Non. Il manque la mémoire. Ils ont oublié. Quand tu parles avec des gens, ils te disent Ebola ne reviendra jamais ici. [...] Au lieu de dire, on va se préparer au cas où, parce que ça va revenir. La rougeole revient chaque année. Ça va revenir. Le choléra va revenir. [...] Oui, ça va être ceinturé peut-être plus rapidement. »

Entretien	Autonomie de gestion d'une potentielle autre crise sanitaire d'envergure en Guinée			Institution d'appartenance	Citation clé
	Oui	Partiellement	Non		
E33			Non	Internationale	« Je crois qu'ils auraient du mal à gérer seul, oui carrément. Le fait qu'il y a l'ANSS, c'est déjà une grosse avancée. Avant, il n'y avait pas de structure, il y avait un peu de surveillance épidémiologique, mais son efficacité était, je crois, un peu relative. »
E34		Partiellement		Nationale	« Je veux être à l'image de certains pays, qu'on soit plus prompts de la notification à la réaction. Il nous manque encore des formations à faire, des équipements. L'automatisme n'est pas encore là. Je me fixe d'ici fin 2018 pour qu'on termine tout le processus. Le problème dans la vie, c'est de changer le comportement des gens. Ils sont habitués à un rythme. Quand tu veux les faire changer et appliquer la nouvelle technologie, ce n'est pas facile. »
E35		Partiellement		Nationale	« Dire qu'on peut gérer une épidémie majeure sans l'intervention des partenaires, j'ai des doutes. C'est encore difficile parce que ça ne dépendrait pas uniquement des compétences acquises, mais ça dépendrait même de notre culture. Il faut aussi en tenir compte à savoir la promptitude et la diligence ne sont pas souvent dans nos habitudes. Donc, la culture du détail près n'étant pas aussi là. C'est des choses qu'on cultive sur le long terme, qu'on répète. Que ça soit des choses acquises, ça c'est un problème. [...] On a toujours besoin de l'aide externe, de ces experts, de partenaires pour dire attention vous êtes en train de partir, mais nous voyons que vous laissez en compte tel détail, ce qui peut être fatal pour vous à moment donné. [...] Je pense que si dans deux, trois, quatre ans, si on reste sur cette lancée, ça devrait aller à 80-85%. Il faut toujours avoir des amis pour être là. Les épidémies ne sont toujours pas les mêmes ».
E36		Partiellement		Nationale	« Pour moi, on pourrait le gérer sur le plan technique. [...] Parce qu'il y a eu beaucoup d'agents de santé formés, parce qu'on tire aussi un peu les leçons, par exemple de la prise en charge de la crise dans certaines préfectures. [...] Je considère que les gens ont maintenant [...] les compétences en surveillance, dépistage et autres. Là où, à mon avis, il y a des problèmes, c'est au niveau de la mobilisation des fonds parce que dans le budget du ministère de la Santé, il y a une ligne qu'on appelle une ligne actions conjoncturelles, ça c'est pour gérer les épidémies. Mais, le montant est tellement insignifiant. Bon c'est pour la forme, c'est pour qu'on ne mette pas

Entretien	Autonomie de gestion d'une potentielle autre crise sanitaire d'envergure en Guinée			Institution d'appartenance	Citation clé
	Oui	Partiellement	Non		
					zéro. [...] Pour moi, c'est ça l'un des grands défis. Faire en sorte qu'il y ait un fonds d'actions conjoncturelles sur financement de l'État. »
E37		Partiellement		Locale	« Ça dépend. [...] S'il y a un budget et qu'on met en place tout le matériel nécessaire, la Guinée a suffisamment de personnel pour gérer. »
E38			Non	Locale	« Bon, l'autonomie dépend du financement parce que, dès qu'il y a une épidémie, ça va susciter d'autres coûts supplémentaires. L'État seul ne pourra pas supporter seul ce coût. On aura toujours besoin des partenaires. [...] Et technique aussi! Ebola par exemple c'était une maladie que nous n'avons jamais connue. Mais, quand on parle par exemple d'une épidémie de choléra, je peux vous dire qu'on peut gérer ça. Même sur le plan technique sans l'appui d'un partenaire. Mais, quand c'est un autre virus, je ne le souhaite pas, techniquement il y a des experts qui font des recherches sur ça et qui ont beaucoup plus d'informations sur le virus que nous, techniciens de santé. Donc, vous voyez, on aura toujours besoin. »
E39			Non	Internationale	« L'organisation tourne autour de l'ANSS qui centralise tout, mais qui a du mal à organiser les réponses du fait des ressources humaines peu qualifiées, de l'absence de plan de contingence bien établi et de scénarios non définis, et du rôle des partenaires non connu à l'avance. »
E40	N'a pas répondu à cette question			Nationale	
E41			Non	Internationale	« A mon avis, je pense qu'en ce jour la Guinée a fourni d'énormes efforts pour renforcer son système de surveillance, mais accuse encore beaucoup de limites pour certifier réellement si elle est prête à faire face à d'autres crises sanitaires d'une grande envergure. »
<b>TOTAL</b>	0	10 (26,32%)	28 (73,68%)		

Le tableau 10 montre que les personnes interrogées sont essentiellement d'accord sur le fait que la Guinée ne pourrait entièrement gérer une autre crise sanitaire d'importance de façon autonome. Clairement, aucune personne n'a répondu à l'affirmative en disant que la Guinée était désormais apte à gérer une importance épidémie sans les partenaires techniques et financiers. À la vue des données rassemblées dans le tableau, sur les 38 personnes ayant répondu à cette question, 28 ont répondu clairement à la négative tout en justifiant leur réponse par la suite. Dans l'autre spectre, ce sont 10 personnes sur 38 qui ont répondu de façon plus nuancée en disant que la Guinée pourrait partiellement gérer une autre crise sanitaire, ou qu'elle pourrait le faire tout dépendant de l'ampleur de l'éventuelle épidémie. Les raisons qui expliquent les réponses des participant.e.s seront exposées dans les tableaux suivants.

À la lecture du tableau ci-dessus, il semble y avoir distinction formelle entre l'appartenance institutionnelle des interlocuteurs et la réponse fournie. Parmi les 28 personnes qui ont répondu négativement, il s'agit de 13 personnes internationales, neuf nationales et six locales. Ainsi, la proportion est plus grande d'acteurs internationaux, comparativement aux acteurs nationaux, qui pensent que la Guinée n'a pas la possibilité de gérer une autre crise d'envergure sans une aide externe. Il est toutefois intéressant de noter que ce sont six acteurs locaux sur sept qui ont aussi répondu à la négative.

En analysant la proportion de répondant.e.s par type d'institution d'appartenance, ce sont 13 acteurs internationaux sur 16 qui ont répondu négativement à la question. En ce qui concerne les acteurs nationaux interrogés, il s'agit de neuf sur 15, qui ont clairement répondu « non » à savoir si la Guinée pourrait gérer une autre épidémie de façon totalement autonome. Il faut donc comprendre que pour ce qui est des acteurs qui ont eu une réponse plus mitigée, ce sont trois internationaux sur 16; six nationaux sur 15; et un local sur sept. La majeure partie des répondant.e.s plus enclins à affirmer que la Guinée est désormais plus indépendante vis-à-vis des partenaires internationaux sont des acteurs issus de l'échelle nationale et directement associés au ministère de la Santé.

Dans les citations clés présentées dans le tableau, il y a un élément qui revient dans plusieurs discours, soit celui des ressources financières. La majorité des répondant.e.s a affirmé que la principale lacune à la gestion des épidémies d'envergure en Guinée est la

mobilisation des fonds et des ressources. Ce sont 20 personnes qui ont parlé des ressources financières, techniques et matérielles dans leur discours. L'argument principal qui a été utilisé par les répondant.e.s est l'insuffisance des ressources financières pour pouvoir gérer une crise d'envergure dans les partenaires internationaux. Ce sont 20 personnes (huit internationales, huit nationales et quatre locales) sur les 38, qui ont répondu à cette question qui ont spécifiquement abordé de cette composante. Les autres arguments utilisés pour justifier leur réponse concernaient les lacunes dans les compétences, capacités et l'expérience des ressources humaines (six personnes sur 38 dont cinq nationales et une locale), les ressources techniques, matérielles, logistiques et technologiques manquantes (cinq personnes sur 38, dont quatre nationales et une locale), le manque d'engagement de l'État et d'initiatives nationales (quatre personnes dont deux internationales, une nationale et une locale), et la dépendance aux partenaires techniques et financiers (quatre personnes, dont une internationale, deux nationales et une locale).

Ces résultats donnent une bonne idée sur ce que pensent toutes les échelles de partenaires quant à la résilience de la Guinée face aux crises sanitaires à venir.

#### 4.3.6.3 Koropara : un test ultime pour la résilience?

Lors des entretiens, huit personnes ont discuté de la résurgence d'Ebola, le 16 mars 2016, dans la sous-préfecture de Koropara, en Guinée forestière. Pour certaines d'entre elles, cet épisode a été un test pour la résilience de la Guinée face aux grandes épidémies. Un acteur des Nations unies reconnaît que la période de Koropara est un bon exemple pratique de la capacité de réponse du pays, malgré le fait que le pays était toujours en période de surveillance accrue d'Ebola contrairement à aujourd'hui. L'épidémie a été gérée par micro-cerclage; les cas ont été ciblés; isolés; et les contacts ont été suivis. C'est pendant cette période qu'on a découvert le mode de transmission dans le sperme des guéris d'Ebola.

Cet acteur onusien a fait un retour sur les forces et faiblesses de la réponse dans cette localité. Il a d'abord déploré la lenteur de l'alerte des cas suspects, puisque cela a pris trois décès suspects avant que ceux-ci soient rapportés au niveau central. Cette lenteur a probablement occasionné, selon lui, les quatre autres décès au CTE après la prise en charge des cas. Toutefois, il a noté qu'une fois les cas notifiés, la réponse a été rapide et qu'il n'y a pas eu de nouveaux cas après que les premiers aient été isolés. La Cellule de coordination

et de lutte contre Ebola a déployé une équipe de six personnes pour aller évaluer les besoins et cette équipe s'est rendue sur place en avion. Le CTE a été installé un peu en dehors du village comme à l'habitude pour une meilleure gestion de l'isolation et des militaires ont été impliqués pour surveiller la structure. Le participant a salué les efforts pour diminuer les réticences communautaires en impliquant les populations locales. Il a donné l'exemple de l'implication du ministère de la Jeunesse pour organiser des parties de football impliquant les jeunes et les travailleurs Ebola pour favoriser l'acceptabilité de ces derniers. Cet acteur a critiqué le nombre de personnes impliqués dans la réponse. Selon lui, ils avaient estimé les besoins à 30 épidémiologistes, mais il y a eu quelque 300 personnes impliquées. « Certains dormaient, ne faisaient rien. C'était une guerre de drapeau. Tout le monde voulait se montrer. Trop, c'est comme pas assez ». Il a mentionné qu'un rapport de 15 à 20 pages de la réponse à Koropara a été produit, mais que ce dernier n'est pas public.

Un acteur international distinct a affirmé que dès qu'il y a eu des cas détectés d'Ebola à Koropara, le Libéria a fermé ses frontières ce qui n'est pas l'idéal puisque cela peut inciter les habitants à passer par des points de passage non officiels et non supervisés. Si les frontières restent ouvertes, les gens peuvent être tracés et détectés au moment du passage par les autorités. Ce qui a été utile à Koropara qui n'était pas fait auparavant, c'était la cartographie du terrain. L'OIM a travaillé avec des équipes qui ont sillonné le terrain à la recherche de cas suspects et de contacts de malades. Le CDC a appuyé l'OIM en fournissant des prises satellites précises pour cartographier le terrain et permettre aux équipes d'investigation de faire du porte-à-porte à la recherche de cas.

Un fonctionnaire guinéen a reconnu que le fait que le pays était encore en surveillance renforcée pendant une période de trois mois après la première annonce de la fin d'Ebola, a possiblement beaucoup aidé pour la réponse. Pour lui, Koropara a été un bon test et l'intervention a été rapide puisque les mécanismes de suivi des contacts ont été mis en place rapidement. Il a aussi mentionné que le camp a été installé en moins d'une semaine par les Guinéens, et que la logistique a été mobilisée tout aussi rapidement. Donc, pour lui, tout le mécanisme a fonctionné, il y a eu peu de cas, et en moins d'un mois, on a contrôlé. Cependant, parmi les faiblesses rapportées, il a dit que le cas de Koropara était sur un seul

site. Il ne pense pas que s'il y avait eu plusieurs foyers épidémiques, cela aurait été aussi bien géré.

On a vu tout l'effort qu'il fallait sur un seul site. On dit: bon, si c'est trois ou quatre sites, ça risque d'être compliqué et c'est à ce moment que nous avons dit qu'il faut accélérer le processus de mise en place des équipes régionales d'alerte et de réponse, les ERARE.

Un autre acteur national a applaudi la mobilisation rapide des acteurs qui a permis de circonscrire l'épidémie rapidement. Il a ajouté que le vaccin expérimental utilisé avait probablement été une valeur ajoutée dans la réponse. Parmi les autres forces rapportées par un acteur national, il y a :

Les changements de comportements dans le domaine de l'hygiène et de la prévention, tels que le lavage des mains au savon au sein des communautés; les équipements de protection individuelle dans les hôpitaux; l'assurance des enterrements dignes et sécurisés au sein de la communauté; et, la mise en place d'un système d'alerte précoce pour prévenir les épidémies.

Du point de vue des laboratoires, c'est l'antenne créée en décembre 2015 à N'Zérékoré qui a permis de diagnostiquer les cas de la résurgence. Ce sont les Guinéens eux-mêmes qui ont géré cet aspect. Cette antenne faisait aussi la surveillance des décès communautaire ce qui a pu permettre de détecter les cas positifs. Un acteur national a affirmé que cette antenne existe toujours jusqu'à ce jour et que deux techniciens y travaillent. Il pense qu'elle restera de façon permanente grâce au soutien de l'ANSS pour le carburant, les réactifs, les primes, etc.

Un acteur international supplémentaire a analysé l'épisode de Koropara en profondeur puisque pour lui, « si tu analyses Koropara, ce que tu as en réalité, grandeur nature, c'est un test de résilience ». Premièrement, il a affirmé que les organes des Nations unies ont été mis au courant de la résurgence par ALIMA, avant que les autorités nationales via l'ANSS le soient. Il y avait un premier problème dans la notification des cas et le rapportage d'informations. À l'époque de Koropara, il y avait déjà les équipes ERARE, mais elles n'étaient pas prêtes selon ce travailleur. Pour lui, heureusement que le pays était toujours en période de surveillance renforcée de trois mois. Le principal problème pendant l'intervention a été les réticences communautaires persistantes qui faisaient que des jeunes du village ne voulaient pas laisser entrer, entre autres, les véhicules de la Croix-Rouge.

Après un temps et des discussions, on a réussi à mobiliser 300 personnes parmi lesquelles il y avait : « des épidémiologistes de l'OMS; au niveau UNICEF c'était tout ce qui était basse vie et communication; au niveau de la Croix-Rouge, c'était tout ce qui était communication et tests rapides ». Cependant, « ce temps de latence quand on n'entre pas dans le village, a permis à des gens de partir », ce qui a compliqué la réponse et le suivi de ces contacts potentiellement infectés. Il convient de partager l'analyse qu'a faite ce travailleur international sur ce qui a bien fonctionné à Koropara et qui n'existait pas avant. Le premier élément mentionné est le *leadership* acquis par Dr Sakoba après plusieurs mois de crise qui s'exprimait par une autorité sur les partenaires et sur les autorités guinéennes ainsi qu'un savoir-faire. Le deuxième élément est la vaccination en ceinture autour des malades et personnes décédées ainsi que le bon suivi des contacts, qui ont sûrement été efficaces parce qu'à son avis, la réponse a tardé d'au moins 15 jours à Koropara et il y avait largement le temps de voir fleurir Ebola. Malgré cela, le nombre de cas a été limité. Le troisième élément concerne l'apparition du Zmapp, un médicament expérimental pour la prise en charge des patients qui, selon lui, a fait diminuer considérablement le taux de létalité. Pour lui, ce sont les forces de la réponse à Koropara. Il a tout de même déploré la guerre de drapeaux et le fait que toutes les organisations voulaient se montrer. De plus, il a comparé le cas de Koropara, en mars 2016, et ce qui pourrait se faire aujourd'hui, en matière de réponse à une épidémie. À cet égard, il s'est interrogé sur la possibilité de mobiliser 300 personnes aujourd'hui, sur leur transport, parce qu'il n'y a pas d'avions disponibles comme pendant la période de 2014-2016. Dans le cas de Koropara, il y avait deux vols quotidiens en partance de la capitale pour aller dans ce village. Donc, pour ce travailleur international, malgré le *leadership* qu'il qualifie de fantastique de Dr Sakoba et la bonne coordination de l'ANSS, les 300 personnes impliquées dans la riposte de Koropara ont été payées par l'OMS, le PAM, le PNUD, l'UNICEF, etc. Sans ces partenaires qu'advierait-il? Il faudrait que ce soit les ERARE qui répondent, mais pour lui, elles ne sont pas suffisamment dotées en ressources pour le faire.

En somme, les discours des participant.e.s présentent des acquis pour la Guinée sur le plan de la résilience face aux crises sanitaires. En revanche, les acteurs surtout internationaux s'inquiètent du retour d'une telle épidémie vu que la période de surveillance renforcée est terminée et que plusieurs partenaires ont désormais quitté le pays.

#### **4.3.7 Rôles et responsabilités des acteurs en gestion des crises sanitaires en Guinée**

La dernière section de ce chapitre porte sur les rôles et responsabilités des parties prenantes impliquées pendant la crise d’Ebola en Guinée et dans le renforcement du système de santé post-Ebola. Dans la codification des données, les rôles et responsabilités ont été inclus dans la caractéristique de l’intégration. Cependant, nous avons tenu à faire une partie distincte de ce chapitre puisque les résultats permettront de répondre à une partie de la question de recherche qui porte précisément sur les rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans les crises sanitaires.

Selon les dires de plusieurs personnes interrogées, au début de la crise d’Ebola, les rôles et responsabilités des acteurs impliqués étaient plus flous et moins bien définis. Un acteur national a dit que la cartographie des acteurs n’a été faite que bien plus tard, après le début de la crise d’Ebola. Comme en témoignent plusieurs des entretiens effectués, ce n’est qu’une fois que la Cellule nationale de coordination et de lutte contre Ebola a été mise en place, à partir de septembre 2014, que les activités se sont vraiment placées. Avant l’instauration de cette dernière, il persistait plusieurs lacunes en ce qui concerne la coordination sous le Comité de crise interministériel.

Le tableau 23 présenté à l’annexe 22, résume les rôles et responsabilités des acteurs internationaux, nationaux et locaux, impliqués dans la riposte contre Ebola entre 2014 et 2016, et dans le relèvement post-Ebola. La liste est non-exhaustive, mais rassemble les principaux acteurs rencontrés sur le terrain ou dont les gens ont parlé lors des entretiens. Les données du tableau sont divisées selon ce qui a été obtenu via les entretiens effectués; l’observation directe; ainsi que la revue de la littérature.

Le tableau 11, ci-après, fait état d’une compilation des rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans la gestion des crises sanitaires en Guinée. Les acteurs sont divisés par appartenance institutionnelle. Nous constatons que certains rôles et responsabilités sont partagés par plusieurs acteurs. Les acteurs internationaux ont pour principal rôle d’accompagner les acteurs nationaux dans la réponse. Ensuite, tout dépendant de leur champ d’expertise, ils œuvrent dans des domaines bien précis. En matière de gestion et de coordination des crises sanitaires, c’est la cellule nationale, aujourd’hui l’ANSS en Guinée,

qui a un rôle principal à jouer. L'OMS l'appuie en fonction des recommandations du RSI, mais c'est aux autorités nationales de prendre la direction de la réponse.



Rôles et responsabilités	Acteurs																			
	Internationaux											Nationaux				Locaux				
	FAO	PAM	OCHA	Banque mondiale	Baillleurs de fonds bilatéraux	OMS	OIM	UNICEF	PNUD	ONG I (MSF, ALIMA)	FICR et autres sociétés nationales de la Croix-Rouge	CDC	Comité interministériel de crise/ Cellule nationale de lutte contre Ebola/ANSS	Croix-Rouge guinéenne	INSP et laboratoires nationaux	DSVCo et DCS	DRS	DPS	Structures de santé	ONG locale
Logistique		X				X						X	X							
Distribution d'argent		X							X											
Accompagnement des acteurs nationaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
Collecte, notification et analyse des données						X	X			X	X	X			X	X	X	X		
Suivi des guéris d'Ebola						X		X	X	X		X		X	X					
Contrôle des points d'entrée et des flux migratoires <sup>82</sup>							X							X						

<sup>82</sup> En appui aux autorités douanières et aux services de sécurité.

Rôles et responsabilités	Acteurs																			
	Internationaux										Nationaux				Locaux					
	FAO	PAM	OCHA	Banque mondiale	Baillleurs de fonds bilatéraux	OMS	OIM	UNICEF	PNUD	ONG I (MSF, ALIMA)	FICR et autres sociétés nationales de la Croix-Rouge	CDC	Comité interministériel de crise/ Cellule nationale de lutte contre Ebola/ANSS	Croix-Rouge guinéenne	INSP et laboratoires nationaux	DSVCo et DCS	DRS	DPS	Structures de santé	ONG locale
Participer au relèvement post-crise						X			X			X	X							
Recrutement, formation et déploiement de personnel						X				X	X		X		X				X	X
Fournir des ressources	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Enterrements dignes et sécurisés et transport des malades											X			X						
Diagnostic des cas										X	X				X				X	
Renforcement du système sanitaire				X	X	X				X		X	X							

## **4.4 Synthèse des résultats**

Pour conclure ce chapitre, il est intéressant de situer les résultats de la recherche par rapport aux schémas qui ont été proposés dans le cadre conceptuel. Cela permettra de présenter, de façon synthétisée, les résultats obtenus lors de la collecte de données. En premier lieu, nous avons mis à jour le schéma sur les rôles et responsabilités des acteurs pendant les crises sanitaires en fonction des résultats obtenus en Guinée. En deuxième lieu, nous présentons le cadre conceptuel de la résilience sanitaire par rapport à l'importance des variables de la résilience.

### **4.4.1 Définition des rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans la gestion des crises sanitaires**

En fonction des résultats obtenus lors de la recherche, nous avons adapté la figure 1 sur les rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans les crises sanitaires, présentée dans le chapitre 1 de la thèse. La figure 6 ci-dessous comprend les rôles et responsabilités résumés, dans les encadrés à gauche, pour chacune des échelles des acteurs. Évidemment, la liste des rôles et responsabilités est non-exhaustive, mais présente un portrait des attributions pour chacun des types d'acteurs. À droite de la figure, les formes ressemblant à des drapeaux exposent les grandes catégories d'acteurs pour chacune des échelles sont présentés

Figure 6: Cartographie adaptée des rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans la gestion des crises sanitaires selon les résultats obtenus



Ainsi, nous remarquons qu'au niveau des types d'acteurs, à droite de la figure 6, il y en a davantage que ce qui était présenté initialement dans le cadre conceptuel de la recherche. Par exemple, à l'échelle internationale, il a été pertinent d'inclure les bailleurs de fonds bilatéraux, et les institutions financières comme la Banque mondiale, puisqu'elles jouent un rôle dans la gestion des crises sanitaires dans les États fragiles, même s'il n'est pas opérationnel. Dans le schéma initial, nous avons limité l'implication des Nations unies à l'OMS, mais nous avons dû modifier cela pour inscrire une catégorie plus générale, soit les organes des Nations unies, qui incluent entre autres l'OMS, mais plusieurs autres acteurs onusiens dont le PAM, la FAO, l'OIM, OCHA, le PNUD, etc. À l'échelle nationale, nous avons pu préciser le type d'acteurs et l'élargir pour inclure, à titre d'exemple, les laboratoires, la Société nationale de la Croix-Rouge, et les différents organes de coordination des crises qui peuvent exister. Enfin, du point de vue local, nous avons précisé les acteurs impliqués dans la gestion décentralisée aux niveaux régional, préfectoral, et communautaire.

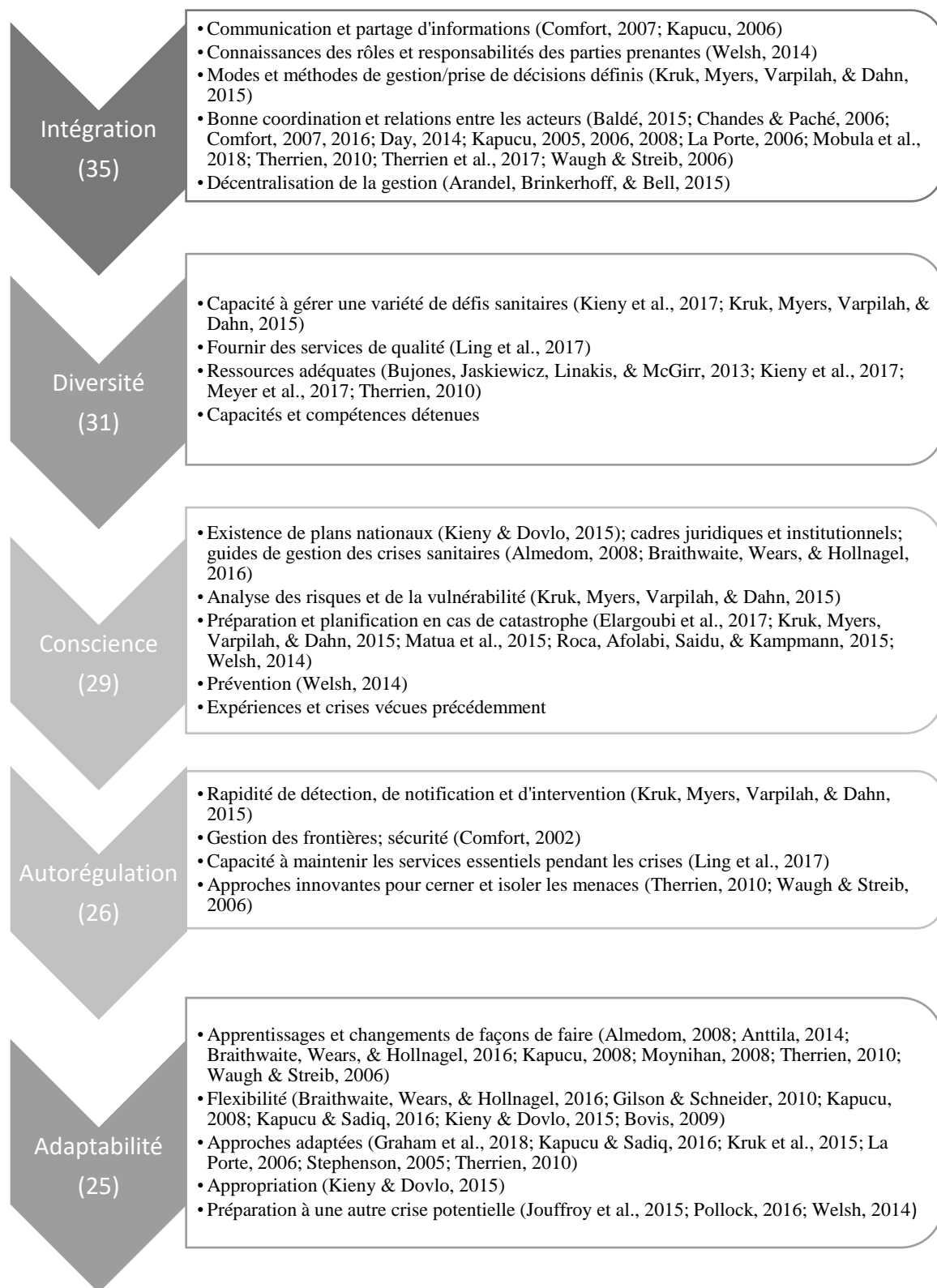
Pour ce qui est du rôle et des responsabilités de chaque échelle d'acteur, à gauche de la figure, ce qui était présenté dans le schéma initial n'a pas été fait en vain. La majorité des attributions ont pu être documentées dans les résultats. Il a tout de même été possible d'ajouter quelques autres responsabilités à chacun des niveaux. Un bon exemple est celui de l'intégration de tout l'aspect de gestion décentralisée de la crise à l'échelle locale. Dans la revue de littérature, nous n'avions pas lu à ce sujet pour nous permettre de l'inclure dans la figure liminaire. Les résultats ont démontré l'importance des organes de gestion décentralisés au sein des DRS et des DPS lors de l'épidémie d'Ebola.

#### **4.4.2 Méthodes d'intervention lors des crises sanitaires, basées sur le concept de résilience**

La figure 7 ci-dessous présente les cinq caractéristiques de la résilience sanitaire, par ordre d'importance selon les résultats obtenus, ainsi que les méthodes d'intervention y étant associées. Il s'agit de l'amalgame entre les résultats obtenus, ainsi que tout ce qui avait été préalablement produit lors de la revue de littérature en amont des recherches terrain, c'est pourquoi des auteur.e.s ont été ajouté.e.s dans la figure. Incontestablement, la

liste des méthodes d'intervention n'est pas exhaustive, mais rassemble les grands thèmes abordés par les acteurs rencontrés en Guinée, les événements observés, ainsi que ce qui est issu de la documentation analysée.

**Figure 7: Méthodes d'intervention basées sur l'importance des caractéristiques de la résilience**



La figure 7 expose la caractéristique de la résilience la plus importante selon les résultats de la recherche, soit l'intégration. Pour une gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles, l'intégration, à travers de multiples pratiques dont : la communication et le partage d'informations; la connaissance des rôles et responsabilités des parties prenantes; la définition, au préalable, des modes et méthodes de gestion et de prises de décisions; la coordination et les bonnes relations entre les acteurs; ainsi que la décentralisation des lieux de gestion; constituent les méthodes d'intervention les plus prometteuses pour répondre à une crise. Les pratiques suggérées pour chacune des caractéristiques de la résilience sont ainsi présentées dans le schéma. Sans revenir sur chacune d'elles, soulignons qu'elles reprennent essentiellement ce qui se retrouve dans l'ensemble du chapitre de résultats.

Il faut toutefois noter que les caractéristiques ayant reçu le moins grand pointage ne sont pas moins importantes que les autres. Cependant, elles reposent essentiellement sur les pratiques des caractéristiques précédentes. Par exemple, la caractéristique de l'adaptabilité est tout aussi pertinente que les autres, mais elle ne saurait être accomplie sans toutes les pratiques et méthodes d'intervention des caractéristiques de l'intégration, de la diversité, de la conscience, ainsi que de l'autorégulation. La capacité de gestion autonome d'une crise sanitaire dans un État fragile dépend et s'appuie sur une bonne coordination des parties prenantes impliquées puisqu'elles sont toujours nombreuses autres composantes en raison de la faiblesse du système de santé, qui a été objectivement notée par plusieurs chercheurs, chercheuses et praticien.ne.s. Cette figure constitue donc un résumé de l'ensemble des résultats obtenus pouvant nous permettre de répondre à la question de recherche.

## **Chapitre 5 : Bâtir la résilience sur les vestiges de la période d’Ebola : acteurs et méthodes d’intervention**

Le chapitre 5 a pour objectif d’analyser et d’interpréter les résultats de recherche présentés dans le chapitre précédent. Cette analyse porte sur les rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans le cas de la crise d’Ebola en Guinée; ainsi que sur leurs méthodes d’intervention, basées sur le concept de résilience. Il sera alors possible de faire une comparaison entre les résultats obtenus dans notre processus de recherche ainsi que ceux répertoriés dans la littérature existante sur la résilience et la gestion des crises.

Afin d’étudier les méthodes d’intervention et leurs liens avec le concept de résilience, les constats que nous exposerons dans ce chapitre sont issus des résultats obtenus dans notre processus de recherche. Au lieu de présenter ces constats par caractéristique de la résilience comme nous l’avons fait dans le chapitre sur les résultats, nous avons jugé plus opportun de jumeler certaines caractéristiques et de mettre l’emphase sur celle qui a le plus émergé lors de l’analyse des données. Nous avons donc regroupé les variables de la conscience, de la diversité et de l’auto-régulation. Ces trois caractéristiques de la résilience seront discutées dans les deux premières sous-sections portant sur la fragilité du système de santé et celle du système de gestion des crises en Guinée. Les constats au sujet de l’adaptabilité seront présentés de façon plus diffuse à travers l’ensemble de la discussion étant donné que cette caractéristique touche à une multitude de composantes de la gestion des crises. Puisque la caractéristique de l’intégration est la plus importante dans nos résultats avec 35 points, nous avons décidé de faire une sous-section sur la fragilité de la coordination entre les acteurs. Ainsi, la discussion sera divisée en trois sous-sections portant respectivement sur la fragilité du système de santé; la fragilité du système de réponse aux crises; et, la fragilité dans la coordination entre les acteurs impliqués pendant l’épidémie d’Ebola.

Finalement, comme les auteur.e.s étudié.e.s ne proposent pas un modèle complet et spécifique pour la gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles, nous avons développé un modèle novateur. Ce dernier fait l’amalgame entre la théorie de la complexité et l’analyse de la résilience, à partir d’une adaptation de quelques modèles de résilience

existants et pertinents par rapport au sujet de recherche. Par conséquent, ce chapitre sur l'analyse des résultats dévoilera notre modèle tridimensionnel de la gestion résiliente des crises, qui s'adapte aisément au contexte particulier de chacune des crises, et qui pourra permettre de combler des lacunes dans la littérature. Pour chacune des trois dimensions de ce modèle, un tableau présentera des recommandations pour une gestion résiliente.

### **5.1 Fragilité du système de santé et répercussions sur la réponse à l'épidémie**

Les résultats au sujet de l'importance que peuvent avoir les caractéristiques de la résilience que sont la conscience (29 points), la diversité (31 points) et l'auto-régulation (26 points) mettent en exergue la fragilité du système de santé avant l'épidémie d'Ebola en Guinée. Les informations présentées dans l'ensemble du chapitre 4 confirment ce qui est discuté dans la littérature par plusieurs auteurs (Boozary et al., 2014; Diakité, 2014, 2016; Diop et al., 2014; Elargoubi et al., 2017; Fidler, 2015; M.-P. Kieny et al., 2014; Migliani et al., 2016; Roca, Afolabi, Saidu, & Kampmann, 2015; Somparé, 2017; Système des Nations unies en Guinée, 2016b). Certain.e.s de ces auteur.e.s ont affirmé les enjeux de développement ou les conditions socio-économiques préalables qui ont entravé la réponse à la crise en Afrique de l'Ouest. Par exemple, Roca et al. (2015) ont discuté des pays d'Afrique subsaharienne en général qui ont un manque flagrant de ressources (humaines ; matérielles ; financières) en santé. Benton et al. (2014) ont mentionné les mêmes faiblesses dans le cas des États fragiles. De leur côté, Elargoubi et al. (2017) ont évoqué l'indice de développement humain faible dans les pays touchés par l'épidémie, ainsi que les facteurs sociaux tels que la pauvreté, la densité urbaine, les déplacements de populations et migrations qui ont contribué à la dispersion du virus. Un dernier exemple est celui de Fidler (2015, p.182) qui a rapporté plusieurs causes de la faiblesse de la réponse à la crise en Afrique de l'Ouest, dont le manque de capacités des systèmes de santé, et l'impact que les conflits armés du passé ont pu avoir sur la capacité des sociétés à répondre aux maladies infectieuses. Les résultats de notre recherche ont confirmé plusieurs de ces informations dont nous discuterons ci-après.

### 5.1.1 (Mé)connaissance des forces et faiblesses du système

Le bref historique et le retour sur les crises vécues précédemment en Guinée, présenté dans la caractéristique de la conscience des résultats (section 4.3.1.1 à la page 92), ont attesté du fait qu'il y a des épidémies cycliques qui surviennent sur le territoire depuis des années et des maladies endémiques (Bicaba et al., 2011; Plucinski et al., 2015), et de l'omniprésence des acteurs humanitaires, comme MSF, qui sont sur le territoire depuis des années même si le pays ne vit pas une crise humanitaire comme une guerre. Dans la littérature, Audet (2014) a brièvement remis en question la présence de ces organisations humanitaires qui travaillent sur des problématiques de santé publique chroniques même si les États ne sont pas en crises humanitaires. En Guinée, même lors de crises sociales, comme celle de 2007 mentionnée dans les résultats (page 93), l'État n'arrivait pas à gérer les conséquences sans les partenaires internationaux dont MSF et le CICR (OCHA Guinée, 2009). La présence constante des partenaires internationaux démontre de nombreuses failles en termes de prestation de services sanitaires dans le pays, donc des déficiences par rapport aux caractéristiques de la diversité et de l'auto-régulation.

Des expert.e.s en réduction des risques de catastrophes ont ouvertement évoqué la dépendance à l'égard de l'aide externe (bailleurs de fonds et partenaires) pour la réalisation de nombreuses activités portant sur la santé en Guinée, mais aussi en ce qui concerne les ressources techniques, capacités et compétences (Système des Nations unies en Guinée, 2016b). Cette dépendance du secteur de la santé face à l'aide internationale, notamment pour l'acquisition d'équipements et de fournitures médicales, avait été notée, dès 2006, par la Banque Mondiale (World Bank, 2006). Nos résultats ont confirmé cette dépendance persistante à l'égard des partenaires techniques et financiers même dans le relèvement post-Ebola. Par exemple, le tableau 10 sur l'aptitude de la Guinée à gérer une autre crise sanitaire d'envergure de façon autonome est assez évocateur des lacunes persistantes, dont le manque de financement qui a été l'argument principal évoqué par nos participants. Les résultats sur les faibles investissements nationaux en santé (section 4.3.2.2.1 à la page 99) démontrent également la dépendance du système de santé au financement international non seulement lors des crises, mais aussi pour les besoins de santé primaires.

D'ailleurs, notre recherche soutient les propos de Bicaba et al. (2011) qui disent que le financement extérieur (international) du système de santé est important en Guinée comme dans l'ensemble des pays en développement. Comme présenté par The Fund for Peace (2019) dans son index de fragilité des États, la Guinée a connu une hausse significative de l'intervention extérieure pendant la période de 2013 à 2015, ce qui coïncide avec l'épidémie. Pendant notre étude, nous avons pu comprendre que l'appui de bailleurs de fonds a été considérable et s'est fait selon différents mécanismes tout dépendant de la nature des bailleurs. Par exemple, les ONG préféraient une approche par projet, comme Expertise France qui a décidé de financer le projet d'implantation des ERARE post-Ebola (Expertise France, S.d) ou encore MSF qui travaillait à l'éradication de la rougeole dans la période qui a suivi Ebola. Certains bailleurs bilatéraux et organisations/institutions internationales ont, pour leur part, priorisé une approche d'appui budgétaire direct ou encore une approche programme. Un bon exemple est le financement du large programme REDISSE par la Banque mondiale dans la période post-Ebola (World Bank, 2016). Il y a tout de même des organisations internationales qui ont initié divers projets de renforcement du système de santé post-Ebola.

Nos résultats dressent un portrait général de la fragilité du système de santé, et de l'absence de résilience de ce dernier en amont de la crise d'Ebola. L'un des arguments évoqués est l'incapacité de la Guinée à poursuivre les activités régulières pendant la crise d'Ebola et de maintenir les services essentiels de base (section 4.3.2.1 à la page 97), ce qui vient documenter les caractéristiques de la résilience sur la diversité et l'auto-régulation (Ling et al., 2017). À cet effet, la littérature sur les systèmes de santé résilients nous apprend que les États devraient être en mesure de poursuivre un minimum d'offre de services sanitaires réguliers pendant les épidémies, tout en maintenant les autres secteurs étatiques fonctionnels (Almedom, 2008; Kieny & Dovlo, 2015b; Kieny et al., 2014; Therrien et al., 2017). Dans le cas de la Guinée, il est clair que le système en place n'était pas résilient dans la mesure où les résultats montrent que le pays n'a pas réussi à maintenir une offre de services essentiels, et que tous les efforts ont été concentrés sur la gestion de la crise d'envergure pour bon nombre d'organisations internationales, nationales et locales. Nos résultats ont témoigné du fait que toute l'attention a été portée sur la gestion de la crise d'Ebola entre 2014 et 2016, aux dépens des autres pathologies et activités habituelles ou

qui étaient en cours à ce moment. Ces résultats confirment les propos de Ade et al. (2016); Diakité (2014, 2016); Somparé (2017) qui ont démontré que l'épidémie d'Ebola avait ralenti l'implémentation de certaines activités stratégiques ou opérationnelles en santé pendant cette période et que les ressources humaines en santé avaient été dédiées à la réponse d'urgence. De plus, nos résultats ont montré quelques conséquences du ralentissement des activités régulières, comme le fait que l'épidémie de rougeole, qui était en cours en Guinée lors de notre passage, a fortement affecté la cohorte des enfants qui auraient dû être vaccinés contre la rougeole pendant l'épidémie d'Ebola.

D'un autre côté, nos résultats pour la caractéristique de l'auto-régulation (section 4.3.3, page 111) confirment une méconnaissance des forces et principalement des faiblesses du système de santé en amont de l'épidémie d'Ebola. Un système résilient comprend ses forces et faiblesses et connaît les ressources disponibles dans le pays. Malgré le fait que quelques études publiées avant la grande épidémie, comme celle de Bicaba et al. (2011), notaient d'importantes lacunes en santé dans le pays, plusieurs de nos répondant.e.s ont affirmé qu'Ebola a engendré un réveil des autorités et des consciences sur la fragilité globale du système de santé national. Pour des acteurs rencontrés, Ebola devait survenir, et a été un élément déclencheur pour améliorer le système. Effectivement, un répondant a mis l'accent sur le fait qu'avant Ebola, les gens et même les autorités guinéennes ne comprenaient pas nécessairement la valeur de la santé publique. On confondait la santé publique à la promotion de la santé. Quand l'épidémie d'Ebola a fait irruption, on a pu noter cette problématique et agir en conséquence. Depuis lors, nos résultats démontrent que le système de santé a grandement changé et a bénéficié d'opportunités variées pour se renforcer et c'est ce qui a été présenté principalement dans les résultats sur l'adaptabilité (section 4.3.5, page 142) et le tableau 9 sur les améliorations notées depuis l'épidémie. Ces changements seront discutés dans les sections subséquentes sur les ressources financières, techniques, matérielles et humaines qui reprennent des résultats de la section sur la diversité.

### 5.1.2 Mincres ressources financières

Au sujet de l'aspect financier, nos résultats (section 4.3.2.2 à la page 99) ont confirmé les faibles investissements nationaux dans le secteur de la santé, c'est-à-dire largement sous la cible d'Abuja de 15% (ONU & Commission de l'Union africaine, 2011), qui sont décriés dans maintes publications scientifiques et professionnelles (Bicaba, Koita, Muaba, Fofana, & Blanchot, 2011; Diop et al., 2014, 2014; Mathonnat, 2008; McIntyre & Kutzin, 2017; Ministère de la Santé, 2015a). Pour le Ministère de la Santé (2015a), « cette situation entraîne un sous-financement généralisé des structures de santé du secteur public, en particulier au niveau des districts sanitaires qui ne reçoivent pas régulièrement de budget de fonctionnement et dépendent donc essentiellement des mécanismes de recouvrement de coûts ». Cette problématique a pour effet direct de fragiliser le système de santé guinéen, et par conséquent, la qualité de la réponse aux crises sanitaires. Il est possible de faire un lien entre ces investissements insuffisants et les lacunes en termes d'autres ressources (humaines, matérielles, etc.) qui ont été mises en évidence pendant l'épidémie d'Ebola. Les arguments évoqués dans les résultats sur les ressources financières, dont le faible financement qui agit directement sur la capacité d'embauche de personnel, d'achat de médicaments ou de vaccins, confirment les propos du Ministère de la Santé guinéen (2016, p.10) selon lesquels le sous-financement public de la santé entraîne « de nombreuses contraintes qui limitent les performances du système de santé en matière d'indisponibilité des services, de faible qualité des prestations et de sous-utilisation des formations sanitaires par les usagers ». Cela appuie d'autant plus les écrits de Diop et al. (2014) qui lient le manque de financement national accordé à la santé aux lacunes sur le plan des infrastructures sanitaires dans tout le pays. À cet effet, les résultats présentés quant aux ressources techniques, matérielles et logistiques (section 4.3.2.3 à la page 105) étoffent les manquements en amont de l'épidémie d'Ebola en Guinée.

Dans cette perspective, Mathonnat (2008) mentionne que l'un des éléments permettant un renforcement des systèmes de santé est une augmentation du financement à la santé. De son côté, Therrien (2010, p.159) soutient que « la santé financière et budgétaire doit obligatoirement être en bon état pour faire face à des imprévus » comme les crises. De ce point de vue, nous pouvons affirmer que la Guinée tend vers une approche plus résiliente quant à l'octroi de plus de ressources financières publiques, même si elles demeurent

encore faibles. Nous avons pu noter, dans la figure 5 de nos résultats, une légère augmentation du pourcentage du PIB accordé à la santé depuis 2010. La hausse un peu plus marquée depuis 2015 confirme une volonté et l'engagement officiel de l'État à augmenter ce budget dans les années à venir. Dans son Plan de relance du système de santé pour la période 2015-2017, le premier plan triennal du PNDS 2015-2024, le Ministère de la Santé (2015a) s'est engagé à offrir un financement adéquat et équitable du secteur pour assurer un accès universel aux soins de santé. L'objectif stratégique 3 du PNDS est d'améliorer la performance du système national de santé, ce qui inclut une sous-orientation sur l'augmentation du financement du secteur (Ministère de la Santé, 2015b). Pour sa part, le cadre de dépenses du ministère de la Santé fait état du sous-financement public de la santé comme problème prioritaire pour la période 2017-2019 (Ministère de la Santé, 2016). Parmi les actions prioritaires ciblées pour atteindre un financement adéquat, le Ministère de la Santé (2016, p.26) a proposé, entre autres, d'élaborer une proposition de loi pour relever progressivement le taux du budget de la santé dans le Budget de l'État à 15%. De plus, on y présente un objectif ambitieux de passer d'un budget de 4,7% à 10%, à l'horizon 2019 avec 100% de décaissement (Ministère de la Santé, 2016).

D'un autre côté, une étude de Mathonnat (2008) a pointé le défi du faible décaissement des montants d'argent dans les pays en développement en raison, bien souvent, d'un manque d'efficacité ou encore d'un manque de crédibilité gouvernementale, qui peuvent être causés par la corruption ou des problèmes de gouvernance. Dans le passé, la Banque mondiale avait également noté des problèmes d'exécution du budget gouvernemental en santé en Guinée (World Bank, 2006). Les données en provenance des *Lois de finances pour les prévisions; chaîne dépenses pour l'exécution*, récoltées auprès du ministère du Budget guinéen, démontrent une exécution du budget variable entre 2010 et 2016. Effectivement, en 2010, on parlait d'une exécution de 122%; en 2011, de 59%; en 2012, de 92%; en 2013, de 79%; en 2014, de 22%; en 2015, de 60%; et en 2016, de 60%. Le ministère a tenu bon de spécifier que le faible taux d'exécution en 2014, soit de 22,6%, s'expliquait par le fait que la plupart des dépenses pendant Ebola avaient été exécutées hors de la chaîne de dépenses par les organisations étrangères. Ces problèmes d'exécution du budget peuvent compter parmi les raisons qui font davantage craindre les bailleurs de fonds de financer certains pays en développement. Nos résultats (section 4.3.2.2.2 à la page 102)

ont démontré cette réticence et les craintes que pouvaient avoir les donateurs et partenaires à financer la réponse à la crise qui s'est traduite par l'absence de financement en début de crise, jusqu'à ce que la Banque mondiale déclenche un élan de confiance chez les membres de la communauté internationale.

Dans plusieurs publications (Brigaud & Pascal, 2015; Dubois et al., 2015; Milleliri, 2014), on a critiqué la coopération internationale dans la gestion et le financement de la crise d'Ebola. Pour Milleliri (2014, p.91), la coopération internationale face à Ebola a été non seulement lente, mais aussi de trop faible portée en raison de la prédominance des enjeux politiques et économiques de la crise qui a relayé, au second plan, les enjeux sanitaires. Malgré des appels répétés à financer la crise et à obtenir du support (Dubois et al., 2015), il a fallu du temps avant que des organisations internationales appuient le travail de MSF et de l'OMS sur le terrain. Cette lenteur a eu un effet direct sur la rapidité de réaction à la crise et sur la propagation de l'épidémie. Elle a été un frein en termes de résilience puisque la caractéristique de l'auto-régulation, défendue par Kruk et al. (2015); Ling et al. (2017), concernant l'habileté à cerner les menaces rapidement et à mobiliser les ressources, n'a pas été complètement remplie. Pour une approche plus résiliente, Kruk et al. (2010) parlent d'ailleurs d'avoir un financement flexible qui peut couvrir non seulement les services essentiels sur le court terme, mais aussi le renforcement des capacités à plus long terme.

Dans cette lancée, le Système des Nations unies en Guinée (2016) suggère de mettre en place un fonds d'urgence sécurisé, pouvant être octroyé rapidement afin d'éviter les lourdeurs administratives. Il mentionne que ce fonds pourrait être financé par des sources diverses, dont le budget propre de l'État, les dons de partenaires et contributions volontaires, etc. Dans les écrits sur la résilience, Therrien (2010) propose d'ailleurs de mettre de côté des liquidités ou un montant de réserve à utiliser en cas de besoin pour absorber les chocs. Dans nos résultats (E36 du tableau 10), nous avons rapporté les dires d'un haut fonctionnaire qui a déploré le montant insignifiant de la ligne « actions conjoncturelles » du budget du ministère de la Santé. Ainsi, nous pouvons constater que, même au sein du ministère, on reconnaît l'absence d'un fonds dédié aux urgences sanitaires et de la nécessité d'en avoir un. Effectivement, la lenteur et la lourdeur administratives ont largement été mentionnées dans nos résultats sur les modes et méthodes de gestion et de

coordination adoptés pendant la crise (section 4.3.4.1 à la page 118), notamment par rapport à la transition entre la Cellule interministérielle de crise et la Cellule nationale de lutte contre Ebola. L'aspect trop politique et pas assez opérationnel de la Cellule interministérielle a été vivement critiqué. C'est également la lourdeur administrative qui a poussé les partenaires internationaux à suggérer la création de l'ANSS post-Ebola, comme agence indépendante chargée des maladies à potentiel épidémique affiliée au ministère de la Santé.

Un budget national conséquent en santé ainsi qu'un montant prévu pour les crises constituent les bases d'une approche de gestion résiliente, puisque la résilience implique de non seulement détecter rapidement les perturbations qui surviennent, mais aussi d'intervenir promptement grâce à des ressources financières suffisantes et pouvant être mobilisées rapidement. Finalement, augmenter le financement du secteur de la santé ne suffit pas, il faut aussi s'assurer de renforcer l'efficacité des dépenses en santé (Mathonnat, 2008).

### **5.1.3 Ressources matérielles et techniques de base pour offrir des services de qualité**

En ce qui concerne la disponibilité des ressources matérielles, techniques, technologiques et logistiques dans le domaine de la santé, la littérature décrit de nombreuses insuffisances dans les États fragiles, et dans le cas spécifique de la Guinée (Benton et al., 2014; Bicaba et al., 2011; Diakité, 2014, 2016; Diop et al., 2014; Elargoubi et al., 2017; Kieny et al., 2017; Kieny & Dovlo, 2015a; OMS, 2015d; Patterson, 2015; Roca et al., 2015; Somparé, 2017). Par exemple, Elargoubi et al. (2017) ont reconnu le manque d'équipement, d'infrastructures, et de compétences du personnel en Afrique de l'Ouest pour répondre à une telle épidémie, ce qui a entraîné un nombre important d'infections du personnel médical. Pour leur part, Roca et al. (2015) ont ajouté les faiblesses notables en ce qui concerne les laboratoires de diagnostic des cas d'Ebola. Diakité (2014), de son côté, a présenté de nombreuses lacunes dans son article comme le fait que la couverture en ressources matérielles telles que des équipements, de l'eau potable et de l'électricité dans les centres de santé en Guinée, était sous les 10% avant la crise.

À la lumière de résultats obtenus (section 4.3.2.3 à la page 105), la majorité des répondant.e.s ont confirmé ces faiblesses avant et pendant la crise. Ces informations permettent de documenter l'incapacité à offrir des soins de santé de qualité dans le pays, selon la caractéristique de la diversité (Kruk et al., 2015; Ling et al., 2017). Nos résultats exposent des critiques quant à la logistique déficiente; l'absence de matériel; la non-utilisation et l'absence des technologies; la manque d'infrastructures sur le territoire comme des laboratoires, des centres de santé ou des zones d'isolement dans les hôpitaux; etc. Pour servir d'exemple, nos données (page 106) rapportent le problème majeur qu'a pu être l'absence des moyens diagnostic dans les laboratoires et, par le fait même, l'incapacité de diagnostiquer Ebola au début de la crise; ainsi que l'absence de laboratoires à l'intérieur du pays. Les résultats démontrent que ce sont les partenaires internationaux qui ont comblé les lacunes dans ce domaine. Ce sont neuf laboratoires étrangers qui sont venus combler les lacunes en Guinée selon les dires des participants interrogés, et huit selon l'Office of the United Nations Special Envoy on Ebola (2016). Quoi qu'il en soit, les lacunes ont été palliées par la présence de partenaires techniques et financiers internationaux. Il y avait donc une véritable dépendance à l'égard des acteurs internationaux dans ce domaine.

Dans la période de relèvement post-crise, divers projets ont été financés par les partenaires pour renforcer le système et le doter de ressources minimales. Par exemple, des rénovations de structures sanitaires ont été réalisées (dotation en eau, électricité, matériel informatique, internet, matériel médical, etc.). L'un des principaux défis au début de l'épidémie a été l'absence de structure d'isolement pour les personnes infectées. Pendant la crise, cette problématique a été comblée par l'instauration de CTE temporaires, sous forme de tentes, par les ONG internationales dont MSF, ALIMA et la Croix-Rouge française. Nos entretiens nous ont permis de comprendre qu'il y avait une réelle volonté des acteurs guinéens d'avoir des structures plus permanentes, car certains en ont mentionné le besoin pendant l'épidémie. Ils ont fait appel aux partenaires afin de savoir s'il était possible d'installer des structures plus permanentes au lieu d'utiliser des tentes. Cela démontre une certaine volonté d'adopter des approches plus durables pendant la crise, dans une perspective de résilience afin de se préparer à une autre éventuelle épidémie. Cependant, les gestionnaires guinéens se sont vite rendu compte que ce n'était pas le temps

de vouloir implanter des structures permanentes en pleine crise et qu'ils devraient y penser ultérieurement.

En contrepartie, la caractéristique de l'adaptabilité de nos résultats (section 4.3.5 à la page 142) et spécialement le tableau 9 démontrent l'adoption d'une approche plus résiliente en aval de la crise, puisqu'on a décidé de construire des CTEPI dans les préfectures grâce à, notamment, un financement de la Banque africaine de développement. Il s'agit d'espaces de triage et de traitement permanents pour mieux cibler et prendre en charge les cas suspects de maladies à potentiel épidémique. Lors de nos entretiens, des acteurs ont parlé de ces structures comme étant des améliorations notables permettant de mieux faire face à une autre potentielle épidémie d'envergure. Quelques-uns d'entre eux, dont un travailleur international, ont cependant grandement critiqué leur construction qui ne respecte pas les principes établis d'un centre de traitement d'Ebola. Par exemple, il n'est pas judicieux de placer un bâtiment administratif à un mètre de la zone à haut risque ou encore d'avoir une cour derrière un mur d'un CTEPI, puisqu'il faut une zone fermée et ensuite une zone de sécurité, car on a connu des cas de patients qui ont sauté par-dessus les murs et barrières des CTE pendant la crise. Malgré le fait que les autorités guinéennes aient demandé les commentaires à des praticien.ne.s en provenance de l'international qui étaient présent.e.s dans les CTE pendant l'épidémie, il semblerait que les suggestions sur la modification des plans des CTEPI n'aient pas été respectées. Ces CTEPI ont probablement été construits trop vite et sans réelle considération de l'expertise acquise. Dans une optique de résilience et principalement par rapport à la caractéristique de l'auto-régulation, les CTEPI constituent un acquis pour une éventuelle épidémie puisqu'on détient désormais un lieu où isoler les patients et contenir les menaces. Néanmoins, la construction de ces derniers reflète des déficiences au sujet de la caractéristique de l'adaptabilité. En fonction de l'expérience et de l'évaluation de la performance pendant l'épidémie d'Ebola en Guinée, les acteurs impliqués auraient dû tenir compte de nombreux facteurs pour construire des structures adaptées et de qualité. Pour un acteur international interrogé : « on aurait dit que ça a été fait par quelqu'un qui n'avait aucune expérience de ce qui venait de se passer ou qui n'avait jamais mis les pieds dans un CTE ». Un problème rapporté par ce dernier et quelques autres participants, est le fait que beaucoup de personnes qui ont géré Ebola ne sont jamais entrés en zone de haut risque d'un CTE. Ce sont ces gens qui ont pris des

décisions sans jamais avoir été en contact avec les praticien.ne.s sur le terrain et avec les individus infectés par la maladie. Ce constat n'est pas unique à cet exemple puisque, par expérience, nous savons qu'il survient fréquemment sur les terrains humanitaires. Les praticien.ne.s ont parfois une tendance à se sentir incompris par les gestionnaires qui restent dans les bureaux. Selon nos recherches, nous n'avons pas trouvé d'études précises à ce sujet dans la littérature sur l'humanitaire, mais nous pensons qu'il pourrait être intéressant d'analyser ces ambivalences entre praticien.ne.s et gestionnaires lors des crises dans de futures recherches. Parlant de pistes de recherches, soulignons que plusieurs d'entre elles seront présentées dans la conclusion de la présente thèse.

Pour terminer sur les ressources matérielles et techniques, une approche de gestion résiliente aux yeux de Therrien (2010) planifie des ressources suffisantes pour permettre d'avoir une marge de manœuvre lors de l'intervention. La Porte (2006) affirme l'importance des télécommunications, de l'électrification des infrastructures, etc. pour renforcer la résilience. En Guinée, un pas a été franchi vers une gestion plus résiliente des crises sanitaires, puisque l'évaluation de la performance pendant Ebola a mis en lumière les faiblesses du système de santé et a permis de s'améliorer en renforçant les structures existantes et en construisant d'autres. Un bon exemple cité dans nos résultats est celui du système de collecte et de notification des cas suspects de maladies à potentiel épidémique qui est désormais entièrement informatisé. Les données sont donc fournies hebdomadairement, depuis toutes les préfectures du pays, et en temps réel en cas de risque imminent. Un autre exemple est celui de la rénovation des infrastructures sanitaires dans les préfectures, par l'installation de panneaux solaires ou encore d'un réseau d'adduction d'eau. En somme, un système de santé qui détient les ressources nécessaires peut être habilité à cerner et isoler les menaces sanitaires de façon autonome et rapide, et peut faire face à des défis sanitaires tout aussi variés les uns que les autres.

#### **5.1.4 Faible quantité et qualité des ressources humaines**

Dans la préparation aux risques de catastrophes, Fortin et al. (2017) soulignent que la préparation requiert de bonnes connaissances, compétences et capacités chez les gouvernements, les organismes d'appui, les communautés et les personnes touchées. Pour

ces auteur.e.s (2017, p.466), « la préparation est le produit d'une combinaison de planification, d'allocation de ressources, de formation, d'exercices et d'organisation, pour créer, maintenir et améliorer les compétences opérationnelles basées sur l'évaluation des risques ». Nos résultats (section 4.3.2.4 à la page 106) sonnent l'alarme sur les déficits à ces égards en amont de l'épidémie d'Ebola. Au sujet des ressources humaines et de leurs compétences, nos résultats appuient les dires d'auteurs comme (Bicaba et al., 2011; Jabot & Kane, 2017; Kieny et al., 2014; Roca et al., 2015; Shoman et al., 2017) qui ont aussi discuté des manquements en matière de personnel qualifié et suffisant en Afrique de l'Ouest avant et pendant la crise d'Ebola. De plus, ces auteur.e.s ont reconnu les lacunes par rapport aux systèmes de surveillance, de suivi des contacts, et des mécanismes de mise en quarantaine des cas suspects et confirmés, ce qui a été confirmé par les dires de nombreux participant.e.s à notre recherche et par notre observation. Par rapport à la quantité de professionnel.le.s de la santé, Diakité (2014, p.1510) a mentionné que l'épidémie d'Ebola a amené une augmentation globale de la densité en personnel de santé dans plusieurs districts guinéens passant de 1,3 à 2,6 professionnels pour 100 000 habitants. Même si nous n'avons pas obtenu d'informations spécifiques sur cette densité de personnel avant et après Ebola dans notre recherche, nous avons tout de même constaté l'embauche d'au moins 4000 travailleurs de la santé post-Ebola pour venir pallier les problèmes du manque d'effectifs dans les structures sanitaires guinéennes.

Nos résultats (page 107) ont également noté des faiblesses dans les programmes de formation universitaire de tous les travailleurs de la santé en Guinée. Ces informations complètent ce qui se retrouve dans la littérature. À l'instar de ce qui est rapporté par Elargoubi et al. (2017), la formation et la sensibilisation des travailleurs de la santé est primordiale pour faciliter la réponse aux crises sanitaires. Par sensibilisation, on peut penser simplement à l'importance d'éviter de se serrer la main et de maintenir une certaine distance dans les activités de surveillance et de suivi des contacts. Selon Elargoubi et al. (2017, p.391), les équipes médicales devraient être éduquées et formées à propos de tous les types de pathogènes, mais aussi des modes de transmission, de prévention et de traitement. Nos résultats (page 107) ont souligné des lacunes dans la formation des acteurs de la santé en Guinée étant donné leur méconnaissance du virus d'Ebola au début de la crise. Ces lacunes ont probablement contribué à l'infection de nombreux membres du

personnel de santé et de plusieurs décès de ces derniers. Cependant, il ne suffit pas de mieux former les travailleurs de la santé, comme mentionné par Dussault, Codjia, Zurn, & Ridde (2018, p.19), mais « il faut en former en nombre suffisant et les rendre accessibles et disponibles là où leurs services sont requis ».

À ce sujet, les résultats de notre étude (page 108) témoignent de la répartition inégale des financements liés à la santé qui a eu pour conséquence un manque de personnel de santé qualifié en particulier dans les zones rurales, et qui est décrite dans la littérature par Diop et al. (2014) au sujet de la Guinée; et par Dussault et al. (2018) par rapport à l'Afrique francophone en général. Nos résultats démontrent le manque de personnel sur le plan de la quantité, mais aussi de la qualité à l'échelle du pays. Diop et al. (2014, p.17) critiquent le fait qu'il existe, en Guinée, « très peu d'incitatifs pour encourager les personnels de santé à aller servir en zones rurales ». De plus, Dussault et al. (2018, p.17) parlent des facteurs explicatifs qui découragent les travailleurs et travailleuses de la santé à s'installer en zone rurale comme « le manque d'infrastructures, d'équipements et de conditions de vie adéquates, l'éloignement de la famille, la crainte de l'isolement professionnel, l'absence d'incitations financières et non financières comme l'accès à la formation continue ou à un statut de fonctionnaire ». Nous pouvons constater que ce n'est que depuis la fin de l'épidémie d'Ebola que le gouvernement a pris des mesures pour recruter massivement des agents de santé dans le pays, mais aussi pour les obliger à se déployer à l'échelle du pays grâce au travail de la commission des affectations du ministère de la Santé (Ministère de la Santé, 2018). Parmi les mesures adoptées pour couvrir tout le territoire, on mentionne que tout agent nouvellement recruté à la fonction publique doit s'engager à travailler pendant trois ans dans sa préfecture d'affectation (Ministère de la Santé, 2018). De plus, on soutient que chaque préfecture doit mettre en place un système de pointage interne des présences pour s'assurer que les effectifs sont bien actifs dans leur poste ce qui a été confirmé lors de nos entretiens semi-dirigés. Il s'agit de méthodes d'intervention beaucoup plus résilientes, puisqu'elles permettent de s'assurer une meilleure répartition des ressources humaines à l'échelle du pays et ainsi mieux pouvoir intervenir en cas de risque sanitaire.

Nos résultats (page 108) ont aussi mis en lumière d'autres problématiques, dont celle des travailleurs vieillissants et du recrutement des employés en fonction de choix

ethniques ou politiques. Bien qu'il s'agisse de réalités connues et documentées dans la littérature, il semblerait que ce soit beaucoup moins le cas pour la Guinée. Le vieillissement de la fonction publique guinéenne ne semble pas suivre la tendance de ce que nous retrouvons dans les pays dits développés où nous assistons à un vieillissement de la population en général. Selon nos recherches, les critiques à l'égard des employé.e.s vieillissant.e.s sont plutôt liées au fait qu'ils ou elles ne veulent céder leur place et ne veulent prendre leur retraite pour notamment des raisons financières. Selon nos résultats (page 104), la sélection des haut.e.s dirigeant.e.s est hautement politisée. Nous n'avons pas trouvé d'études à ce sujet dans la littérature sur la Guinée. Il nous semblerait intéressant de proposer cette piste de recherche éventuelle à explorer, même si cela semble demeurer un sujet tabou dans le pays. Lorsque nous avons tenté de questionner des individus à ce sujet, ils n'ont pas voulu ouvertement répondre. Tout de même, nos résultats ont démontré une volonté à recruter des jeunes travailleurs de la santé dans quelques structures dont l'ANSS. Par exemple, 800 jeunes ont été embauchés pour lutter contre Ebola et sont aujourd'hui employés dans la fonction publique. De plus, il semblerait qu'une attention ait été portée à l'embauche de jeunes professionnels de la santé lors du recrutement massif de 4000 agents par l'État. Cependant, il ne semble pas y avoir de directives nationales en provenance des plus hautes autorités pour continuer dans cette avenue, mais plutôt de choix personnels de gestionnaires ou directeurs de départements qui ont à cœur d'assurer la relève.

Dans la section 4.3.2.4 sur les ressources humaines (page 106), on a également illustré les difficultés quant à la rétention et la fidélisation du personnel de santé dans le système sanitaire guinéen. Les faibles salaires des employé.e.s de l'État ne les encouragent pas à travailler de façon assidue et permanente, et les incite à se trouver un autre emploi pour arrondir les fins de mois ou encore à quitter le système public de santé ou voire même le pays. D'ailleurs, quelques-uns de nos répondants nationaux ont, par le passé, travaillé à l'international pour les Nations unies ou des ONG internationales. Certains d'entre eux ont été rappelés pour venir appuyer la riposte contre Ebola. Nos résultats ont montré la tendance des employés de la fonction publique guinéenne à délaisser le système public pour se trouver des postes, mieux rémunérés, au sein des organisations internationales présentes sur le territoire ou dans d'autres pays. Nous avons aussi noté une propension pour bon nombre de travailleurs et travailleuses du secteur public à rechercher d'autres sources

d'argent comme le fait d'enseigner à l'université ou d'offrir des consultations médicales privées, et ce, malgré un poste à temps plein dans le système public de la santé. Cette problématique rejoint les dires de Patterson (2015) qui a particulièrement critiqué la fuite des cerveaux en Afrique, spécialement dans le domaine médical. Parmi les stratégies proposées par l'auteur pour interrompre ce fléau, il propose d'inciter les travailleurs à revenir ou rester au pays grâce à des salaires plus élevés et une meilleure sécurité d'emploi. Par contre, cela ne suffit pas puisqu'une réduction des inégalités sanitaires et une amélioration des systèmes de santé seraient aussi des conditions *sine qua non* pour les encourager à revenir. Étant donné les efforts mis en place par les acteurs internationaux et nationaux pour renforcer le système de santé depuis la fin de l'épidémie, il se pourrait que la tendance change dans le pays et que les Guinéen.ne.s soient plus enclin.e.s à travailler et demeurer au sein du secteur public. Cependant, nous n'avons pas obtenu d'informations spécifiques quant à la volonté du gouvernement d'améliorer les conditions salariales et les conditions de travail des employé.e.s de l'État.

D'un autre côté, la réflexion sur la recherche de *per diem* par les acteurs guinéens dans nos résultats (page 110) reflète des préoccupations que nous retrouvons dans la littérature, comme dans l'article de Ridde (2012). L'auteure affirme que les participant.e.s à des ateliers ou des formations dans le domaine du développement s'attendent désormais à ce que l'organisateur leur fournisse un *per diem*, une sorte de prime ou d'indemnité quotidienne. Nous appuyons les dires de l'auteure quant au dilemme éthique que cela implique, mais aussi le fait que cela n'augmente pas l'efficacité du travail. Supposément reconnu comme une forme de motivation, notre cas d'exemple a permis de noter des aspects néfastes de la pratique. Nous avons pu comprendre les réticences des acteurs internationaux quant à cette pratique et les abus réalisés par certains cadres guinéens pour obtenir ces compensations financières. En Guinée, on a pu assister à une véritable « course au *per diem* » pour reprendre les propos de Ridde (2012, p.9)<sup>83</sup>. L'auteure a rapporté des cas où, dans certains pays africains, on s'éloignait en dehors de la capitale pour avoir une

---

<sup>83</sup> Dans son article, Ridde (2012) critique aussi le fait que dans certains pays d'Afrique, des comités d'éthique de la recherche demandaient des *per diem* pour évaluer les protocoles de recherche. Nous avons été témoin de cette pratique en Guinée où, une soumission au comité national d'éthique pour la recherche en santé coûtait 3 000 000 de francs guinéens pour l'examen des dossiers et de 1 500 000 francs guinéens pour l'examen d'un protocole initial amendé sur initiative des investigateurs.

hausse dudit *per diem*. Il a été possible de constater cela dans le cadre de notre recherche où des ateliers ont eu lieu à Kindia, en dehors de Conakry, parce que les déplacements occasionnaient une hausse de l'indemnité, mais qu'on aurait très bien pu réaliser ces événements dans la capitale où tous les acteurs étaient basés. Cela aurait notamment permis d'économiser un précieux temps pour le déplacement vers Kindia et réduire les coûts associés. Ces pratiques semblent contre-productives en matière de résilience, de gestion et d'efficacité du système de santé, mais peuvent tout de même être expliquées dans une optique de rétention des ressources humaines qui ont des conditions de travail et de rémunération que certains ont qualifiées de précaires. Ces *per diem* peuvent agir à titre de bonus pour compenser les faibles salaires.

En définitive, nous pouvons tout de même constater des résultats favorables quant à l'amélioration de la résilience, puisque plusieurs projets et programmes de renforcement, financés par les partenaires internationaux, sont en cours dans le pays pour améliorer les capacités et compétences des ressources humaines dans le pays (Expertise France, S.d; Fortin et al., 2017; Milleliri, 2014; Salignon & Absolu, 2015; World Bank, 2016). Par exemple, il y a une nette amélioration des compétences du personnel des laboratoires guinéens. Le personnel du système de santé et de l'ANSS a été formé sur toutes sortes de pratiques dont la PCI, l'épidémiologie de terrain (FETP), la SMIR, les nouveaux outils de collecte de données et de gestion de l'information sanitaire comme le DHIS2, etc. Fortin et al. (2017) ont rapporté plusieurs missions conduites pour évaluer et renforcer la capacité de gestion d'une crise comme Ebola en Afrique de l'Ouest ce qui a été confirmé par nos recherches. Parmi les organisations impliquées, Fortin et al. (2017) ont cité les agences onusiennes (OMS, OIM, UNICEF, OCHA), la Croix-Rouge, l'Université John Hopkins, le CDC d'Atlanta, le Public Health England et l'Institut national de santé publique du Québec. À ces organisations, nous pourrions ajouter le PNUD, RTI, l'Université Georgetown, le CDC-Guinée, USAID et sûrement quelques autres. Nombreux sont les projets et programmes en cours qui tendent à diminuer la fragilité du système de santé guinéen et à renforcer la résilience face aux risques sanitaires. Tous les aspects de la gestion des crises sanitaires sont touchés par cette volonté d'amélioration et le ministère de la Santé dans son ensemble est dans une période de renforcement.

Pour conclure cette section sur la fragilité du système de santé guinéen, nous pouvons certifier que l'épidémie d'Ebola a été bénéfique pour accroître le degré de résilience du système de santé et réduire sa fragilité. Nous avons noté, au chapitre 2 (page 58), les caractéristiques requises pour avoir un système de santé efficace et résilient. Parmi celles-ci, il y avait notamment la bonne prestation des services de santé et la qualité du travail du personnel de santé; le bon fonctionnement du système d'information sanitaire; l'accès aux produits médicaux, vaccins, autres fournitures et technologies; le financement adéquat; etc. (Benton et al., 2014; WHO, 2007, 2009, 2012). Nos résultats sont venus appuyer ce qui se retrouvait dans la littérature à ce sujet. Grossièrement, en amont d'Ebola, il y avait des insuffisances notables dans toutes ces dimensions. Par contre, force est de constater que depuis les dernières années, la Guinée est en phase de transition vers un système de santé plus efficace, et ce, dans toutes ces dimensions. Que ce soit par rapport à l'embauche et la formation des professionnels de la santé, l'augmentation du financement étatique, la dotation en ressources matérielles, techniques, informatiques, etc., beaucoup de travail reste à faire pour rendre le système optimal et résilient, mais il n'en demeure pas moins que des acquis ont été réalisés.

## **5.2 Fragilité du système de réponse aux crises sanitaires : d'un paradigme classique à un modèle plus réactif**

Les résultats du chapitre 4 confirment non seulement la fragilité du système de santé avant l'épidémie d'Ebola, mais aussi la fragilité du système de réponse aux crises comme discuté dans la littérature par Boozary et al., 2014; Elargoubi et al. (2017); Gasquet-Blanchard (2017); Roca et al. (2015). La présente sous-section discutera de toutes les dimensions de la fragilité du système de réponse aux crises sanitaires en Guinée, passant de la préparation à la riposte. Notre recherche a étoffé le fait que le paradigme de gestion de crises en Guinée est passé d'un paradigme qualifié de « classique » par un acteur national, c'est-à-dire de faire le travail en situation normale, à un modèle beaucoup plus réactif. Avec l'expérience acquise depuis 2014, la Guinée intègre de plus en plus, dans son fonctionnement, la gestion des crises.

Dans la littérature au sujet des maladies à potentiel épidémique comme Ebola, on affirme l'importance de bien se préparer (Fortin et al., 2017; OMS, 2015d; Système des

Nations unies en Guinée, 2016b), et d'avoir, en amont des crises, des procédures clairement définies pour permettre de mieux répondre aux événements imprévisibles (Matua et al., 2015; Roca et al., 2015). Pour Fortin et al. (2017), les composantes de la préparation sont variées puisqu'il faut travailler sur, entre autres, le *leadership* et la gouvernance, les cadres législatifs, les structures, mécanismes et programmes de gestion et de coordination des urgences sanitaires<sup>84</sup>. En santé publique, il y a des capacités minimales requises pour répondre aux crises selon le RSI (Fortin et al., 2017, p.470) qui sont : « la législation, les politiques et le financement; la coordination et les communications avec les points focaux nationaux; la surveillance; la réponse; la préparation; la communication de risque; les ressources humaines; le laboratoire ». Dans cette section, nous aurons la possibilité d'apprécier l'augmentation du degré de résilience du système de réponse aux crises sanitaires depuis quelques années en Guinée.

### 5.2.1 Développement de procédures écrites en amont des crises

Il existe plusieurs études qui défendent l'importance de la préparation aux risques de catastrophes en santé (Bovis, 2009; Fortin et al., 2017; Kapucu, 2008). Pour ce faire, on mentionne souvent la nécessité de développer des cadres, guides, protocoles, procédures écrites de gestion des crises. Dans la section 4.3.1.2 de la caractéristique de la conscience du chapitre 4 (page 94), nous avons validé l'absence ou l'insuffisance de cadres, guides ou protocoles sur toutes les dimensions de la gestion des crises sanitaires avant l'épidémie d'Ebola dans le pays. En matière de résilience, les plans auraient permis de mieux structurer les actions, d'anticiper la crise, et d'y répondre d'une façon plus contrôlée (Almedom, 2008; Braithwaite, Wears, & Hollnagel, 2016; Chandes & Paché, 2006). Effectivement, un système résilient est en mesure d'anticiper et de planifier le futur grâce à des plans de contingence et des plans de réponse d'urgence (Almedom, 2008). Les scénarios de crise permettent aussi de « réagir rapidement, en évitant le plus possible des

---

<sup>84</sup> Fortin, Bi, & Soulimane (2017, p.470) ont rappelé les 15 capacités minimales requises pour les systèmes de réponse aux urgences. Ces dernières sont : « la planification; l'information publique et l'alerte; la coordination opérationnelle; le transport critique; la réponse et sécurité environnementale; la gestion des morts; la gestion des incendies; les infrastructures; les services de masse à la population; la recherche des cas et les opérations de sauvetage; la sécurité et la protection sur le site et le renforcement de la réglementation; les communications opérationnelles; la logistique et gestion de la chaîne d'approvisionnement; la santé publique, les soins de santé et services d'urgence médicaux; enfin l'évaluation de la situation ».

omissions et/ou redondances inutiles » (Chandes & Paché, 2006, p.38). En pratique, rappelons que les plans ne suffisent pas pour avoir une approche résiliente, parce que la résilience nécessite autant un processus d'apprentissage et d'adaptabilité (Manset, Hikkerova, & Sahut, 2017).

Comme mentionné dans la littérature sur la Guinée (Système des Nations unies en Guinée, 2016b), nos résultats (section 4.3.1.2, page 94) soutiennent le fait qu'il n'y avait pas de plans d'action opérationnels et à jour dans le pays pour la gestion des catastrophes avant 2014. Les plans existants étaient centrés sur une seule maladie comme le choléra ou étaient multirisques, sans toucher précisément aux crises en santé. Pendant Ebola, les gestionnaires internationaux et nationaux ont dû avoir recours à des plans d'intervention utilisés dans d'autres pays et d'autres contextes. Ils ont dû les adapter pour la Guinée ce qui a nécessité une certaine période de temps qui est souvent critique en phase d'urgence. Pour Chandes & Paché (2006), la compression du temps pendant les périodes de crises humanitaires amène la précipitation des événements et peut empêcher une réflexion approfondie de la situation. Ainsi, les plans développés et adaptés pendant la crise n'ont probablement pas été développés rigoureusement après une analyse détaillée de la situation.

En revanche, dans la période post-Ebola, plusieurs documents sont en rédaction ou en attente de validation, ce qui vient démontrer une amélioration pour l'avenir de la gestion des épidémies sur le territoire. Par exemple, ce n'est que post-Ebola qu'on a développé une cartographie évaluative des risques et de la vulnérabilité en Guinée (ANSS, 2018a). Cette dernière présente les six principaux risques des aléas en date d'avril 2018 soit le choléra, Ebola, la fièvre jaune, la rougeole, les inondations et les conflits. On suggère, dans ce document, d'instaurer des actions pour prévenir et mitiger ces risques grâce au renforcement de capacités. Nos résultats ont tout de même démontré une capacité d'adaptation pendant l'épidémie, puisque de nombreux plans et protocoles ont été rédigés et/ou modifiés durant cette période, comme celui sur les enterrements dignes et sécurisés.

Dans une perspective un peu plus critique, nous avons constaté quelques faiblesses dans la rédaction des procédures écrites post-Ebola. Par exemple, le processus de rédaction est excessivement lent dans la plupart des cas. Des réunions se tiennent avec toutes les parties prenantes dans une optique de participation de tous, ce qui est louable; mais qui est

contre-productif puisque les réunions durent des heures, voire des jours, et qu'on s'obstine sur la forme plutôt que sur le fond des documents. Il n'est pas judicieux de vouloir développer un document écrit en collaboration avec 20, 30 ou encore 50 personnes en partant de presque rien. S'il y avait une ébauche préalablement réalisée par un petit comité de quatre ou cinq expert.e.s, ce serait beaucoup plus efficace lors des rencontres en grand groupe. Par ailleurs, certaines pratiques utilisées pour former des sous-groupes pour la rédaction des procédures ne sont pas non plus optimales. Un exemple est le fait que lors d'une réunion à laquelle nous avons assisté, on a séparé aléatoirement tous les gens présents (en leur attribuant un numéro au hasard) pour développer des procédures techniques dans des domaines précis, sans tenir compte des forces et compétences de chacun. Des laborant.in.e.s se sont retrouvés dans le sous-groupe sur la coordination ou sur un tout autre aspect, tandis que le sous-groupe sur les laboratoires ne contenait aucun.e expert.e dans le domaine. Ce sont des acteurs internationaux qui se sont indignés de la situation et qui ont volontairement changé de sous-groupe. Par conséquent, non seulement il importe de développer des plans, cadres, protocoles, guides pour la gestion des crises sanitaires, mais il faut aussi adopter des méthodes efficaces pour élaborer lesdits documents. Il faut aussi s'assurer de faire valider ces documents par les plus hautes instances dans un délai respectable puisque notre recherche a montré que plusieurs documents avaient été rédigés, mais n'étaient toujours pas validés après des mois. Enfin, l'État possède désormais un minimum de procédures écrites pour la gestion des crises sanitaires, mais doit poursuivre ses efforts pour la poursuite de la rédaction et la validation de ces dernières.

### **5.2.2 Adapter les procédures et interventions au contexte**

Pour Roca et al. (2015), les paradigmes culturels doivent être connus et adressés dans les plans de réponse aux crises comme Ebola. Pour Epelboin (2014, p.25), l'adaptation aux spécificités locales passe par « de bonnes connaissances des coutumes locales, des croyances, de l'organisation familiale, de la vie quotidienne jusque dans ses aspects comme le traitement des déchets corporels. Cela se fait notamment par une harmonisation des protocoles des différentes entités intervenantes. Bien que nous croyions fermement que l'existence de procédures écrites soit un gage d'une gestion des crises plus résiliente, il n'en demeure pas moins que dans le contexte spécifique des États fragiles et de la

complexité inhérente à ce type de crises, ces procédures doivent être adaptées au contexte. Plusieurs informations et exemples fournis au chapitre 4 dont les enterrements des personnes décédées d’Ebola ou encore la mise en quarantaine de personnes potentiellement infectées lèvent le voile sur les conséquences de procédures et interventions mésadaptées. Nos résultats ont ainsi permis de comprendre que des approches de gestion de l’épidémie ont été modifiées et adaptées à travers le temps; et que des approches novatrices ont été développées ou encore que des approches plus traditionnelles ont été adaptées au contexte comme suggéré dans la littérature.

Nos résultats de la caractéristique de l’auto-régulation (section 4.3.3 à la page 111) ont démontré qu’un défi pour cerner et isoler les menaces pendant la crise avait été les réticences communautaires à l’égard du personnel de santé travaillant sur Ebola ce qui confirme les dires des experts de l’OMS quant à la défiance à l’égard des autorités (OMS, 2015d), mais aussi de quelques chercheurs et chercheuses (Desclaux & Anoko, 2017; Gasquet-Blanchard, 2017; Migliani et al., 2016). Effectivement, plusieurs participant.e.s ont mentionné les difficultés associées à ces réticences qui sont allées jusqu’à causer des violences et des décès de personnels travaillant à la lutte contre Ebola en Guinée forestière. Dans une perspective de résilience dans la gestion face aux crises sanitaires, l’adaptabilité constitue l’une caractéristique essentielle (Kruk et al., 2015; Ling et al., 2017). Dans la gestion d’une crise, Waugh & Streib (2006) disent qu’on fait face à une ambivalence soit celle de devoir appliquer des procédures standardisées et planifiées de façon méticuleuse, tout en adoptant des approches innovantes, créatives et improvisées selon les circonstances. De plus, toutes les procédures établies doivent être adaptées au contexte socioculturel (Epelboin, 2014; Gasquet-Blanchard, 2017). Nos résultats ont permis de noter une réelle volonté d’adapter les procédures au contexte.

À titre de premier exemple, notons que l’expérience guinéenne a établi que les pratiques traditionnelles d’enterrements des corps et les rites funéraires devaient être respectées, malgré toutes les instructions en termes de PCI. Elargoubi et al. (2017) ont indiqué que, selon l’OMS, 60% des cas d’infection du virus Ebola ont été causés par des pratiques funéraires locales. Par conséquent, pour l’enterrement des corps, on a développé des procédures claires et adaptées pour réaliser ce qu’on a désormais appelé « les enterrements dignes et sécurisés », c’est-à-dire des pratiques funéraires qui respectaient,

dans la mesure du possible, la culture (Croix-Rouge française, 2016; Epelboin, 2014). Ces pratiques ont permis de réduire les réticences communautaires fréquemment mentionnées dans nos résultats sur les innovations (section 4.3.3.3, page 114) dans la caractéristique de l'auto-régulation (section 4.3.3), et ont favorisé l'acceptabilité des équipes de la Croix-Rouge, responsables de ce domaine sur le terrain. Nos résultats quant à l'adaptabilité (section 4.3.5) ont, pour leur part, abordé l'importance d'intégrer les socio-anthropologues dans la réponse à la crise ce qui confirme ce qui se retrouve dans la littérature scientifique (Desclaux & Anoko, 2017; Epelboin, 2014; Gasquet-Blanchard, 2017; Moulin, 2015), mais aussi la documentation obtenue sur le terrain (Keita, 2017a). Ils démontrent également, tout comme dans la littérature (Mbaye, Kone, Kâ, & Mboup, 2017), l'importance de l'implication des communautés et de toutes les méthodes de sensibilisation et de mobilisation sociale.

Comme deuxième exemple issu de nos résultats, nous pouvons discuter des approches novatrices qui ont été développées par rapport aux pratiques de suivi des contacts (page 114), à la surveillance (page 115), et au micro-cerclage (page 117), qui ont été initiées et modifiées pour réduire les réticences communautaires dans le pays (Croix-Rouge française, 2016; Keita, 2017b; Migliani et al., 2016). Le fait d'éviter de mettre complètement en quarantaine les gens, mais aussi de leur offrir des moyens de subsistance en termes de nourriture, a grandement favorisé la gestion de la crise et réduit les réticences communautaires. Il s'agit d'une méthode d'intervention qui s'est avérée efficace vu qu'elle favorisé l'acceptabilité des communautés affectées.

#### *5.2.2.1 Surveillance et riposte : des simulations pour renforcer et maintenir les acquis*

Sans revenir sur les faiblesses notées dans nos résultats (section 4.3.3.2, page 112) quant au système de surveillance et de riposte contre les épidémies avant Ebola qui confirment ce que nous avons lu dans la littérature, notre étude nous a permis de distinguer des avancées qui permettront une meilleure réponse à une autre potentielle crise d'envergure. Afin de renforcer la résilience du système sanitaire, du système de réponse à la crise et la résilience individuelle des professionnels de la santé, nous constatons qu'on réalise, dans la période post-Ebola, des missions d'évaluation formatives et des exercices de simulation pour accroître les capacités et maintenir les ressources humaines compétentes et actives. Les simulations peuvent être un outil pour améliorer la résilience selon

Patterson, Deutsch et Jacobson dans (Braithwaite et al., 2016). Elles permettent d'évaluer les compétences, mais peuvent aussi être formatives dans le sens où elles peuvent permettre d'améliorer la réponse d'un système face à un stress ou un choc.

Par exemple, en 2018, l'ANSS a réalisé un exercice de simulation d'une urgence sanitaire dans quelques localités (Forécariah, Boké, Boffa et Conakry) pour observer les acquis post-Ebola. Cet exercice a permis de tester et valider les procédures mises en place, d'étudier la maîtrise des différents outils lors de la gestion d'une crise, d'analyser le niveau d'appropriation de la réponse à toutes les échelles, et d'évaluer la coordination entre les différents acteurs. Ce projet a été financé par le Système des Nations unies et l'ambassade du Japon en Guinée. Encore une fois, la place des partenaires techniques et financiers est très importante dans l'exécution de ce type de projet. Notre recherche a documenté le fait que d'autres structures nationales d'intervention lors des crises sanitaires, notamment décentralisées, aimeraient pouvoir réaliser ce type de simulation et des formations continues. Cependant, le manque de financement vient perturber leur réalisation. C'est le cas des ERARE où on aimerait réaliser, de temps en temps, des journées de simulation et de formation continue. Mais, l'incertitude du financement contraint les équipes à oublier cette option.

#### *5.2.2.2 Quand les risques dépassent les frontières*

Dans un autre ordre d'idées, nos résultats de l'auto-régulation (section 4.3.3) démontrent une amélioration de la gestion des frontières dans le cas d'une maladie à potentiel épidémique en Guinée, grâce à un appui important de l'OIM. Avant Ebola, il y avait une méconnaissance des points d'entrée officiels et non officiels dans le pays. Effectivement, on sous-estimait leur nombre. Nos résultats ont confirmé ce qui est mentionné dans le rapport de l'évaluation externe du RSI, soit que les points d'entrée du pays ont été officiellement répertoriés uniquement depuis la crise d'Ebola. Pendant l'épidémie, ce sont 43 points d'entrée qui ont été dotés en personnel sécuritaire et sanitaire pour assurer la surveillance des risques et veiller au contrôle des mouvements de population (OMS, 2017b). Dorénavant, le personnel des postes frontaliers a des connaissances sur les maladies à potentiel épidémique. Le renforcement des frontières a forcé à travailler sur la collaboration intersectorielle en Guinée, puisqu'on a intégré les autorités sécuritaires et

frontalières dans la réponse à Ebola. Depuis l'épidémie, des simulations de maladies à potentiel épidémique ont été réalisées au niveau de l'Aéroport international Conakry-Gbessia et du Port autonome de Conakry, dans le cadre du RSI. Parmi les avancées en termes de gestion des frontières en Guinée, on a finalement validé des procédures écrites; on a embauché une équipe de cinq travailleurs de la santé permanents à l'aéroport; on a établi un point focal RSI au sein de l'ANSS; etc.

D'un autre côté, certain.e.s participant.e.s à notre recherche (page 116) ont reconnu les améliorations pendant la crise comme la signature d'une entente interétatique avec la Sierra Leone pour faciliter la collaboration deux villes voisines soit Kambia et Forécariah. Cette expérience de collaboration a été la première du genre et s'est avérée efficace d'autant plus que ces deux municipalités étaient aux proies à de très fortes réticences des populations. Il fallait donc élaborer des stratégies d'intervention plus adaptées à cette frontière.

En Guinée, la gestion des frontières a été faite différemment qu'en Sierra Leone et au Libéria. Nos entretiens ont documenté le fait que le contrôle sanitaire a été beaucoup moins militarisé en Guinée où on laissait la liberté de mouvement aux gens contrairement à l'établissement de couvre-feux dans les autres pays, et où les points de contrôle étaient moins remplis de gendarmes, policiers ou militaires que dans les pays voisins. La liberté de mouvement s'est aussi traduite à travers l'approche de micro-cerclage et non de mise en quarantaine stricte dans les communautés où on avait ciblé des cas d'Ebola. Ces exemples démontrent l'adaptabilité de la réponse au contexte spécifique de la Guinée.

Malgré les progrès par rapport à la gestion des frontières, il reste beaucoup de travail à réaliser dans le pays. Dans l'évaluation externe du RSI (OMS, 2017b), on mentionne notamment l'élaboration de plans d'intervention d'urgence pour les points d'entrée et l'amélioration des infrastructures sanitaires et des équipements disponibles aux points d'entrée officiels. Quelques répondant.e.s ont affirmé que depuis la fin d'Ebola, il y a eu un abandon des pratiques acquises et un retour à l'état initial. Le cas de Koropara que nous avons documenté (section 4.3.6.3, page 159) a démontré les lacunes persistantes comme le fait que le Libéria a décidé de fermer ses frontières pendant la résurgence. Il ne s'agit pas d'une pratique résiliente puisqu'elle peut inciter les gens à passer par des points de passage

non contrôlés. Cependant, la Guinée a tenu à maintenir ses frontières ouvertes, lorsque possible avec ses voisins, tout en s'assurant une bonne surveillance des cas suspects grâce à une cartographie des points d'entrée qui a été réalisée avec l'appui des partenaires internationaux.

#### 5.2.2.3 Reconnaissance de la transformation des acteurs nationaux

Le *leadership* national et la gouvernance sont fréquemment mentionnés comme étant critiques, dans la littérature sur la gestion des crises, la santé globale et la résilience (Benton et al., 2014; Chan, 2015; Fortin et al., 2017; M.-P. Kieny et al., 2014; Kruk et al., 2010; Shoman et al., 2017; WHO, 2007, 2009, 2012; Yamey, 2011). Notre recherche a documenté le fait qu'un bon *leadership* national aurait notamment aidé à rassurer la communauté internationale à décaisser les fonds plus rapidement au début de la crise et sûrement facilité la coordination des acteurs. C'est uniquement le temps qui a fait son œuvre et qui a permis un accroissement des aptitudes en *leadership* des gestionnaires de l'épidémie et, par conséquent, une plus grande appropriation nationale de la gestion de la crise.

Pavy (2007) pense qu'un *leader* peut faire une grande différence grâce à sa personnalité, mais aussi ses aptitudes. L'histoire recèle des figures de héros et héroïnes, qui ont été des *leaders* hors pair, et qui ont fait la différence lors de crises et d'événements importants. À cet effet, nos résultats ont fait état du *leadership* exceptionnel d'un gestionnaire guinéen, le Docteur Sakoba Keita (section 4.3.6.1 à la page 144). Il a été reconnu autant de la part de ses pairs que des acteurs internationaux. Même si son travail a été hautement estimé, le problème est qu'on ne peut reposer l'entièreté du système de réponse aux crises, à long terme et dans une perspective de résilience, sur les compétences en *leadership* et les qualités personnelles d'un seul individu. Quelques acteurs rencontrés ont mentionné cet aspect et surtout le fait que le Dr Sakoba se rapprochait de la retraite et ne serait pas toujours là. Hatch & Cunliffe (2009, p.160) écrivent que les organisations sont souvent complexes « pour qu'un seul individu contrôle tout ce qui s'y passe ». De là l'importance de déléguer et décentraliser la gestion (Arandel et al., 2015). Dans notre cas d'étude, le gestionnaire guinéen a été un dirigeant qui a su se faire respecter et qui a été le visage de la réponse. Jusqu'à aujourd'hui, sa présence à la direction de l'ANSS est

appréciée par les acteurs internationaux et nationaux, mais il n'en demeure pas moins qu'il n'y restera pas indéfiniment et qu'on doit renforcer le *leadership* et la gouvernance de la structure qu'est l'ANSS afin de préparer la relève dans chacune des directions de l'agence. La centralisation du *leadership* peut devenir problématique quand toutes les décisions doivent passer par une seule et même personne, qui se retrouve bien vite débordée. C'est l'une des critiques émises à l'égard de la direction lors de l'épidémie d'Ebola, mais aussi de la direction actuelle de l'ANSS. Un bon *leadership* ne signifie pas nécessairement de devoir tout contrôler.

#### 5.2.2.4 Culture de l'urgence à développer

Pour conclure cette section sur la fragilité du système de réponse aux crises sanitaires, nous souhaitons pointer le fait que notre recherche a donné des informations intéressantes sur certains aspects culturels. Même si ce n'était pas l'objet principal de notre étude, nous pensons que les aspects culturels peuvent influencer sur la rapidité et la capacité de réponse aux crises. Cette thèse contribue donc à informer sur différentes perceptions culturelles de la part des acteurs impliqués pendant l'épidémie.

Les caractéristiques de l'intégration et de l'adaptabilité sont primordiales pour établir une bonne communication et gestion interculturelles entre les acteurs nationaux et les partenaires internationaux. D'ailleurs, Proulx & Brière (2014) affirment que la compétence la plus importante pour les gestionnaires en développement international est l'adaptabilité. Nos résultats ont ciblé, par exemple, le fait que les gestionnaires se sont adaptés aux pratiques des acteurs internationaux en diminuant la longueur des réunions. Les acteurs internationaux trouvant qu'il s'agissait d'une perte de temps puisqu'elles pouvaient durer de trois à quatre heures en début de crise. Depuis lors, à l'ANSS, on exige que les réunions d'information épidémiologique hebdomadaires se limitent à une heure. De leur côté, les acteurs internationaux ont tenté d'envoyer des travailleurs francophones sur le terrain pendant Ebola pour faciliter les communications avec les Guinéens. Il y a eu une nécessité de s'adapter, d'un côté comme de l'autre, à la réalité de travailler au sein d'équipes multiculturelles, mais aussi multisectorielles.

La résilience sanitaire en Guinée repose aussi sur la nécessité d'adopter de nouveaux comportements et attitudes qui se rapprochent davantage de l'urgence et de la

santé publique. Comme en témoignent spécifiquement les entretiens 23 et 35 du tableau 10, des répondants guinéens ont reconnu le besoin d'adopter une attitude d'ouverture au changement, une culture de l'urgence et de modifier quelques comportements et pratiques chez les travailleurs guinéens, autant les cadres que les professionnels dans le système de santé. Pour eux, l'amélioration des compétences des ressources humaines guinéennes ne suffit pas puisque les interventions dépendent aussi d'aspects culturels. Ils ont nommé, entre autres, la promptitude, la diligence, la culture du détail et l'automatisme, qui sont à travailler à long terme dans le pays. Cette dimension de la réponse à l'urgence ne semble pas avoir été documentée dans la littérature et pourrait être une piste de recherche intéressante à approfondir.

En terminant, rappelons que pour avoir une gestion résiliente des crises sanitaires, des procédures et interventions qui respectent le contexte sont plus efficaces sur le plan de la réponse et des résultats, mais aussi par rapport à l'acceptabilité des communautés affectées. Bien que l'épidémie d'Ebola en Guinée ait montré la faiblesse du système de réponse aux crises sanitaires en Guinée, et ce, dans toutes les étapes de la réponse (surveillance, notification, prise en charge, communication, etc.), nous avons tout de même noté des améliorations dans nos résultats qui démontrent une hausse du degré de résilience. Des approches singulières ont été initiées pour la première fois dans ce pays, et ont prouvé leur efficacité. Ces dernières ont été expérimentées concrètement dans la résurgence à Koropara en 2016. Elles ont permis de limiter la propagation de l'épidémie et de l'éradiquer. Ce cas a démontré les progrès dans la capacité de réponse du pays. Malgré quelques lacunes persistantes comme la lenteur de la notification des décès suspects ou encore le trop grand nombre de personnels déployé pour un si petit nombre de cas suspects, des améliorations ont été notées par rapport à la rapidité d'intervention, au déploiement de la logistique, à l'utilisation de la documentation développée pendant l'épidémie comme la cartographie du terrain, et la mise en place des mécanismes spécifiques de suivi des contacts suspects. Les approches novatrices discutées précédemment ont été mises en branle rapidement et la résurgence a pu être contenue dans un délai raisonnable. Les capacités et compétences du personnel guinéen, même s'il a été appuyé par les acteurs internationaux, ont été clairement reconnues. Dans le cas de Koropara, l'expérience et le *leadership* acquis par les Guinéens durant les deux précédentes années de lutte contre Ebola

ont prouvé qu'en matière de résilience, les caractéristiques de la conscience, de l'auto-régulation et de l'intégration avaient été affirmées. Cependant, on a aussi reconnu qu'il demeurait des lacunes quant à la caractéristique de la diversité vu la dépendance persistante aux partenaires internationaux pour prendre en charge les cas et poursuivre les activités sanitaires régulières.

### **5.3 Fragilité dans la coordination des acteurs lors des crises en santé**

Pour assurer une bonne réponse aux crises, Therrien (2010) rappelle qu'il y a une interdépendance entre les organisations impliquées. Plusieurs auteur.e.s ont écrit sur l'importance d'une coordination inter-organisationnelle dans le domaine de la gestion des crises et de la résilience (Chandes & Paché, 2006; Comfort, 2007; Kapucu, 2005, 2006, 2008; La Porte, 2006, 2006; Therrien, 2010; Therrien et al., 2017; Waugh & Streib, 2006). Selon Chandes & Paché (2006), même si les organisations acquièrent un savoir-faire exemplaire et une grande expérience lors des crises humanitaires, il demeure difficile pour elles de travailler rapidement en collaboration sur le terrain.

Les relations et interactions entre les acteurs impactent directement sur la qualité de prestation de leurs services et l'efficacité de leurs interventions (Manset et al., 2017). Évidemment, des difficultés de coordination et de travail concerté entre les partenaires peuvent agir directement sur la bonne gestion globale de cette crise, et c'est ce dont il a été question pendant les premiers mois de la gestion de la crise en Guinée. La Porte (2006, p.142) affirme qu'une approche résiliente devrait être en mesure de recueillir rapidement les informations sur l'environnement, et d'adapter ses comportements et structures en fonction des changements qui surviennent dans ce contexte, ce qui nous ramène à la caractéristique de l'adaptabilité du modèle de résilience de (Kruk et al., 2015; Ling et al., 2017). Tout cela se fait, entre autres, grâce à des mécanismes de communication avec l'ensemble des parties prenantes, la mobilisation des réseaux de contacts permettant d'offrir de l'expertise et un support matériel.

Les résultats du processus de recherche ont fait ressortir des problématiques liées aux rôles et responsabilités des acteurs en Guinée, mais aussi à tout ce qui touche la coordination et les communications pendant l'épidémie. Plusieurs notions seront abordées

dans cette section, comme l'absence d'une cartographie des acteurs ainsi que d'un regroupement sectoriel fonctionnel de la santé en Guinée avant l'épidémie qui a pu porter préjudice à la vitesse et la qualité de la réponse à la crise. Ensuite, l'inexistence d'une structure dite opérationnelle et apolitique de gestion des épidémies a aussi été critiquée en Guinée, parce que le Comité interministériel de crise n'a pas eu la réactivité qu'il fallait, et qu'une toute nouvelle entité a dû être créée plusieurs mois après le début de l'épidémie pour rectifier les problèmes rencontrés. Cette section nous permettra de faire un retour sur la figure 6 (page 169) qui présente notre cartographie adaptée des acteurs impliqués dans la gestion d'une crise sanitaire dans un État fragile.

### **5.3.1 Types d'acteurs impliqués lors des crises sanitaires dans les États fragiles**

Lors des crises humanitaires, il y a une variété d'intervenants impliqués ayant chacun des mandats précis; ces acteurs sont majoritairement nationaux et sont appuyés par des partenaires internationaux (Chandes & Paché, 2006). Ces auteurs ont développé un schéma des principaux intervenants de l'action humanitaire qui comprend les acteurs internationaux (gouvernements donateurs; public donateur; organisations intergouvernementales; ONG internationales; organisations des Nations unies; etc.), nationaux (gouvernement; organisation militaire; ONG locales; population nationale; instituts spécialisés; etc.). Nos résultats confirment la présence de tous ces types d'acteurs en Guinée pendant l'épidémie d'Ebola. D'autres auteur.e.s (Baldé, 2015; Diakité, 2016; Grange, 2014) ont spécifiquement mentionné des acteurs impliqués pendant l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en général et en Guinée et nous avons pu valider leurs écrits.

En effet, notre étude en Guinée a attesté de la présence de plusieurs types d'acteurs distincts sur le territoire pendant l'épidémie d'Ebola. Comme en témoigne le nombre d'acteurs interrogés (41) dans le processus de recherche en provenance de 25 organisations distinctes, au moins six types d'organisations internationales (Nations unies, ONG, laboratoires, bailleurs de fonds bilatéraux, institutions financières internationales, instituts de recherche et universités) étaient représentés en Guinée post-Ebola. Cela ne comprend pas toutes les organisations internationales dont nous avons pu observer la présence, mais qui n'ont pas participé aux entretiens semi-dirigés. Ensuite, pas moins d'une dizaine

d'organisations à l'échelle nationale étaient aussi impliquées, passant de différents ministères à d'autres entités comme l'INSP, des laboratoires, et la Croix-Rouge nationale. Puis, un nombre similaire de types d'organisations locales ou décentralisées étaient aussi engagés dans les activités d'après-crise. Pendant l'épidémie d'Ebola, les résultats ont montré que les gestionnaires de la Cellule de coordination ont eu à gérer au moins 63 acteurs distincts en provenance du système des Nations unies, des ONG internationales, en plus des ONG nationales. À l'échelle locale, un participant a témoigné du fait qu'il avait eu à gérer pas moins de 600 personnes dans sa localité à un moment de l'épidémie. Avant d'entreprendre nos recherches, la littérature ne semblait pas avoir fait état d'un recensement exhaustif de l'ensemble de ces acteurs en Guinée ainsi que de leurs attributions.

Parmi les seuls documents qui ont énuméré les donateurs, notamment bilatéraux, et quelques organisations impliquées pendant l'épidémie, citons ceux de l'Office of the United Nations Special Envoy on Ebola (2015a, 2015b, 2016). Le document de 2016 (p.7) a énuméré les huit laboratoires internationaux présents en Guinée pendant la crise<sup>85</sup>; et les organisations qui ont été les plus importantes dans des domaines spécifiques dont la gestion des cas, le suivi des contacts, le support communautaire, le *leadership* et la coordination, ainsi que le support aux guéris d'Ebola. Les données récoltées pendant la recherche confirment la matrice des 3W<sup>86</sup> présentée dans le document de l'Office of the United Nations Special Envoy on Ebola (2016, p.10). Par exemple, en termes de coordination, le document fait état du rôle important d'OCHA, mais les résultats en Guinée ont plutôt démontré le contraire. OCHA n'a pas eu la place escomptée, et a plutôt été effacée par un rôle plus important d'autres organisations des Nations unies, dont l'OMS et le PNUD. Nous aborderons plus en profondeur ces rôles et responsabilités pour différents types d'acteurs.

---

<sup>85</sup> Il s'agissait du CREMS Lab à Kindia, l'EU Mobile Lab à Coyah, l'Institut Pasteur France à Macenta, le K-Plan Mobile Lab à Forécariah, l'Institut Pasteur de Dakar à Conakry, le REDC Lab à Conakry, le K-Plan Mobile Lab à Conakry, et le Boké Mobile Lab (Office of the United Nations Special Envoy on Ebola, 2016, p.7).

<sup>86</sup> 3W : *Who does what where?* (Qui fait quoi où?) Cette matrice est un outil de gestion utilisé dans le domaine humanitaire pour la coordination entre les organisations impliquées. Lors des crises, cet outil reste plutôt simple avec uniquement « 3W »; mais, dans d'autres contextes, il peut être approfondi pour y intégrer d'autres « W » dont « When » (quand), « Why » (pourquoi) et « for whom » (pour qui).

### 5.3.2 Définir les rôles et responsabilités d'une multitude d'acteurs

Le tableau 11 (page 165) des rôles et responsabilités des acteurs pendant Ebola en Guinée, arboré au chapitre 4, rejoint les informations en provenance de la littérature. Les résultats ont certifié les informations issues de l'article de Baldé (2015) et Grange (2014) selon lesquelles l'OMS intervient principalement dans les axes liés à la coordination globale de la réponse à l'épidémie, la surveillance épidémiologique et le suivi des contacts, mais aussi dans tout ce qui concerne la lutte contre la propagation internationale des maladies en général. Grâce au document de l'Office of the United Nations Special Envoy on Ebola (2016), nous savions déjà qu'en Guinée, les organisations ayant eu un rôle important dans le suivi des contacts et la surveillance des cas étaient la FICR, la Croix-Rouge guinéenne et l'OMS. Patterson (2015) a cité les entités responsables de retracer les contacts du premier malade atteint d'Ebola en Guinée soit les agent.e.s de santé du ministère de la Santé qui ont été appuyé.e.s par des expert.e.s de l'OMS, de la Croix-Rouge sénégalaise<sup>87</sup>, de l'Institut Pasteur, de MSF et du CDC. Les résultats ont permis de confirmer les organisations impliquées dans le suivi des contacts et la surveillance épidémiologique en Guinée dont le ministère de la Santé (à travers la Cellule nationale de lutte contre Ebola notamment), le CDC, l'OIM et MSF. Pour la gestion des cas et la prise en charge des malades, le document des Nations unies énumérait principalement ALIMA et l'OMS pour la gestion des CTE et des centres de transit; mais, nos résultats ont aussi évoqué MSF comme premier répondant, et la Croix-Rouge française en soutien quand les capacités des autres organisations ont été dépassées. À l'égard des enterrements dignes et sécurisés, la littérature ainsi que les résultats certifient le rôle essentiel de la FICR et de la Croix-Rouge guinéenne, mais les résultats ont tout de même fortement mentionné l'appui considérable de la Croix-Rouge française dans la réponse. En ce qui a trait à la mobilisation et la sensibilisation sociocommunautaire, une variété d'organisations a été ciblée dans les résultats et la littérature avec une place prépondérante à l'UNICEF qui a été appuyée par de nombreuses ONG internationales, nationales et locales. En général dans les écrits sur

---

<sup>87</sup> Nous n'avons pas entendu parler de la présence de la Croix-Rouge sénégalaise en Guinée pendant nos recherches. Les Sociétés nationales de la Croix-Rouge qui ont été documentées par notre étude sont celles de la Guinée et celle de la France.

les acteurs impliqués dans la gestion de la crise d'Ebola en Guinée, il semblerait qu'on ait tendance à cibler davantage les rôles des partenaires internationaux et beaucoup moins ceux des acteurs nationaux et locaux. Nos résultats permettent donc de compléter la littérature en offrant des informations nouvelles et actuelles.

Pour sa part, la cartographie des acteurs que nous avons développée à la figure 6 (page 169), dénote les grandes catégories d'intervention des différentes échelles d'acteurs. Les résultats ont permis d'étoffer la liste des acteurs pour chacune des échelles et les rôles et responsabilités qui sont déjà mentionnés dans la littérature. Grossièrement, les partenaires internationaux doivent, en fonction du RSI (Grange, 2014; OMS, 2006), veiller au contrôle et à la surveillance des risques sanitaires internationaux et fournir un appui aux États qui ont des besoins. D'ailleurs, mentionnons que les partenaires internationaux doivent également participer à la coordination de la crise en appui aux institutions nationales en évitant les mécanismes de coordination de type descendants (*top-down*), mais plutôt en privilégiant une approche adaptée au contexte organisationnel et à la culture (Stephenson, 2005). Cela vient donc appuyer l'importance de la caractéristique de l'adaptabilité pour avoir une gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles. Comme présenté dans les résultats, les organisations internationales accompagnent la partie nationale dans toutes les phases de la réponse, selon leurs spécialités et champs d'action. Tel que discuté par les auteurs Chandes & Paché (2006), des accords de coopération sont alors signés; et des plans communs de réponse à la crise peuvent être mis en place.

À l'échelle nationale, à l'image de ce qui est présenté dans la littérature par de multiples auteurs (Baldé, 2015; Chandes & Paché, 2006; Inter-Agency Standing Committee, 2009; Jouffroy et al., 2015; Pillonel, 2010), les rôles et responsabilités des acteurs nationaux et principalement des autorités nationales sont nombreux. Dans le cas où le ministère de la Santé du pays affecté est en mesure de diriger et coordonner l'action sanitaire, c'est à lui que revient la responsabilité de le faire (Baldé, 2015; Inter-Agency Standing Committee, 2009). Le gouvernement étant supposé être l'entité responsable des actions d'assistance dans le pays et activer leurs comités nationaux d'urgence, les plans de riposte (si existants) et faire l'évaluation des besoins (Chandes & Paché, 2006; Grange,

2014; Millet-Devalle, 2016). Selon le Consensus de Monterrey, l'État doit être en mesure de mobiliser ses ressources internes, notamment financières, avant de solliciter l'aide internationale (Mathonnat, 2008). Les acteurs internationaux n'étant là que pour soutenir les efforts des autorités nationales. Baldé (2015) a toutefois noté qu'en raison de la capacité opérationnelle souvent limitée du ministère de la Santé dans un pays en développement comme la Guinée, cette responsabilité de prendre en charge la réponse est souvent relayée à des entités internationales comme l'OMS. C'est d'ailleurs ce qu'a rapporté l'OMS (2015, p.20) en disant qu'en Guinée et en Sierra Leone, « le Ministère de la Santé s'est retrouvé mis à l'écart et cantonné à un rôle mineur. Il n'a donc pas pu tirer certains enseignements qui lui seraient pourtant utiles pour les futures urgences sanitaires ». Une citation d'un participant rencontré pendant nos recherches en Guinée est révélatrice de cette affirmation. Effectivement, il a déclaré que l'OMS en Guinée est le ministère de la Santé, dans le sens où l'OMS prend vraiment un rôle important dans le domaine de la santé en Guinée en détriment des autorités nationales. Les résultats tendent à corroborer cette affirmation puisque la direction du ministère de la Santé et du gouvernement guinéen dans son ensemble a été critiquée en début de crise, et que le *leadership* guinéen n'a été salué qu'après plusieurs mois de réponse à la crise. Même encore aujourd'hui, nous constatons la dépendance persistante du pays vis-à-vis les partenaires internationaux et principalement face à l'OMS et le CDC. Un bon exemple de cette dépendance illustré dans nos résultats est le fait que l'ANSS, agence affiliée au ministère de la Santé, était 100% dépendante financièrement des partenaires lors de notre présence en Guinée.

Comme mentionné précédemment, dans la littérature, on a tendance à moins distinguer les acteurs nationaux et les acteurs locaux. Par contre, dans le cadre de notre recherche, nous avons tenu à inclure les intervenants locaux qui sont davantage associés à la décentralisation de la gestion de la crise, ainsi qu'aux plus basses couches de la pyramide d'intervention comme la communauté. Comme discuté par Diakité (2014, p.1511), l'épidémie d'Ebola a été bénéfique pour renforcer « la capacité des districts sanitaires à assumer leurs responsabilités dans la lutte contre la maladie y compris l'engagement communautaire ». En résumé, les rôles et responsabilités à ce niveau se concentrent, selon les résultats, à l'application des directives nationales, au partage d'information avec les autorités nationales (centrales), et à la réalisation d'activités diverses dans toutes les

sphères de la gestion des crises sanitaires, passant de la surveillance à la sensibilisation socio-communautaire.

### **5.3.3 Respecter ses rôles et responsabilités au risque d'être évincé**

Nos recherches ont pointé le fait que les acteurs internationaux devaient passer par la Cellule nationale de crise au départ, et ensuite par la Cellule nationale de coordination et de lutte contre Ebola, pour définir et faire accepter leurs interventions pendant l'épidémie. Alors, lorsqu'une nouvelle organisation internationale voulait venir sur le territoire pour s'impliquer dans la riposte, elle devait faire approuver sa présence et ses interventions par les autorités qui géraient la crise et obtenir un ordre de mission officiel. Même si les résultats montrent que quelques organisations ont outrepassé le pouvoir guinéen et la hiérarchie instaurée, la plupart des organisations internationales ont eu des contacts fréquents et significatifs avec les autorités guinéennes et la structure de coordination pour définir et cibler leurs interventions. Revet (2009) affirme que l'assistance internationale ne devrait être déployée qu'à la demande des pays touchés par les crises vu la souveraineté des gouvernements; mais, de plus en plus, on assiste à des remarques de la part des organisations internationales sur l'incapacité des gouvernements affectés à y faire face, seuls. Ainsi, des organisations internationales tentent de justifier des approches d'ingérence dans les pays affectés, en affirmant l'incapacité et l'incompétence de ces pays à gérer les crises. Nous remarquons que la plupart des organisations internationales interrogées en Guinée ont affirmé avoir répondu à la demande d'aide générale envoyée par le gouvernement guinéen au début de la crise, et ont contacté directement ce dernier pour offrir leur aide. Évidemment, il y a eu quelques cas problématiques qui se sont soldés par des conflits et qui ont, dans de rares cas, mené à une expulsion des organisations indociles. Évidemment, nous avons pu constater que les autorités nationales acceptaient toute l'aide offerte en début de crise vu les besoins grandissants. Mais, au fur et à mesure de l'avancement de la crise, on a pu comprendre que les gestionnaires ont saisi l'importance d'une bonne gestion des actions des acteurs. Dans une optique de résilience, ils ont commencé à mieux s'approprier la gestion de l'épidémie et ont voulu mieux encadrer les actions de l'ensemble des intervenants sur le terrain pour améliorer l'efficacité.

Selon Kiény & Dovlo (2015), l'appropriation est un facteur clé permettant la résilience des systèmes de santé, et cela se fait de nombreuses façons, dont l'implication des communautés. Par ailleurs, l'OCDE (2018) affirme la nécessité pour les autorités publiques, dans les États fragiles, de définir leurs propres stratégies pour se sortir de la fragilité. L'organisation (2018, p.21) encourage donc les donateurs à offrir « une assistance technique ciblée et de renforcer les capacités de mobilisation des ressources intérieures, d'exécution budgétaire, de décentralisation ». Le fait de travailler de concert avec les autorités nationales et locales permet d'augmenter leur *leadership* et de répondre au principe d'appropriation de l'aide internationale, fortement défendu dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide de 2005 (Mathonnat, 2008; OCDE, 2005). Il existe plusieurs contradictions rapportées par des auteurs comme Raffinot (2010) et Saliba-Couture (2011) qui disent qu'avec les rapports de force entre les acteurs, il est difficile d'avoir une réelle appropriation dans les pays en développement. À la lumière des recherches effectuées en Guinée, nous avons été témoins de ces rapports de force dans le discours des personnes interrogées, mais aussi dans l'observation directe. Les autorités guinéennes, en manque flagrant de ressources de toutes sortes, semblent parfois accepter toute l'aide offerte sans réellement imposer des conditions ou dicter précisément leurs besoins. Nous avons vu dans les résultats, une propension à faire la « politique de l'argent et non la politique des besoins », tel que mentionné par un acteur national lors des entretiens. À nos yeux, il s'agit d'une citation clé qui démontre que les organisations internationales arrivaient avec leur argent et leur programme pendant l'épidémie d'Ebola, et voulaient intervenir là où bon leur semblait, même si cela n'était pas dans leur champ d'expertise habituel. Cela a été confirmé par bon nombre d'acteurs rencontrés. Certaines organisations, qui avaient des moyens financiers importants, ont commencé à s'impliquer dans des interventions où elles n'avaient pas l'habitude de travailler. Un exemple cité par l'une de nos personnes interrogées est le fait que l'OIM, habituellement responsable de tout ce qui touche les mouvements de populations, s'est impliquée dans la rénovation d'infrastructures comme des centres préfectoraux de coordination Ebola, alors que ce n'était pas du tout son rôle. L'organisation ne s'est pas limitée aux préfectures près des frontières ce qui aurait pu être justifié par son rôle habituel. Elle a plutôt rénové 28 centres préfectoraux sur 38, puisqu'il s'agissait de besoins qu'aucune autre organisation ne comblait et qu'elle avait les moyens

de le faire. Un autre exemple fortement critiqué dans nos entretiens a été celui de l'UNICEF qui a voulu tout faire, sans réellement avoir les compétences pour le faire.

Sommairement, le non-respect des rôles et responsabilités, ainsi que de la hiérarchie de gestion instaurée, a eu tendance à exacerber certains conflits entre partenaires, comme décrits dans quelques citations présentées dans le tableau 7 (page 127) sur les relations et la coordination entre les acteurs. Nous constatons l'importance de l'harmonisation des interventions pour éviter la duplication des actions et pour s'assurer que chacun travaille dans son domaine de prédilection, selon ses forces. Bien que nos résultats valident l'information selon laquelle les partenaires internationaux viennent avec leurs préférences, leurs champs d'intérêt, leurs financements spécifiques et une volonté à travailler sur certaines activités, nos répondant.e.s ont tout de même affirmé l'importance de trouver des terrains d'entente entre la situation spécifique à chaque organisation et les besoins à combler sur le terrain.

#### **5.3.4 Cartographier les acteurs et créer un regroupement sectoriel de la santé**

Les résultats confirment que les rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués n'étaient pas nécessairement connus de tous au début de la crise ou n'ont pas toujours été respectés pendant la riposte. Pourtant, dans la littérature sur la gestion des crises et sur les opérations humanitaires, on affirme que la coordination des acteurs (Chandes & Paché, 2006; Comfort, Ko, & Zagorecki, 2004; Grange, 2014; Stephenson, 2005), le recensement de ces derniers, et l'analyse des parties prenantes (Inter-Agency Standing Committee, 2009) à travers des plans nationaux qui définissent leurs rôles et responsabilités (Kieny & Dovlo, 2015b), sont une condition préalable à la planification de la réponse à une crise et à la coordination des acteurs présents sur le terrain. Si ce recensement n'a pas été fait en amont de la crise, il doit absolument l'être « dès le déclenchement de la crise et, au plus tard lors de la première réunion de coordination » (Inter-Agency Standing Committee, 2009).

Les résultats établissent qu'avant l'épidémie d'Ebola en Guinée, il n'existait pas de réelle cartographie des acteurs impliqués dans les gestions des crises sanitaires au pays. Qui plus est, il n'y avait pas de regroupement sectoriel fonctionnel, dans le domaine de la

santé en Guinée (section 4.3.4.1.4, page 125). Après une analyse approfondie du secteur de la santé, Bicaba et al. (2011) ont qualifié de moyennes les stratégies et politiques sectorielles en santé, et de faibles les structures ayant pour rôle de mettre en œuvre l'approche sectorielle. Pour les auteurs, l'approche sectorielle devrait être menée par les autorités guinéennes dans une optique d'appropriation et de *leadership*, mais aussi impliquer tous les partenaires. En amont de la recherche, nous avons noté qu'il existait un *Plan de contingence multirisque* (Communauté Humanitaire & Groupe de travail des urgences, 2012), ce qui a été confirmé par les résultats de la thèse. Ce plan étant l'un des seuls qui a été évoqué par plusieurs participants comme étant présent avant l'épidémie d'Ebola, et pouvant servir de base pour la gestion des crises. Nous avons d'ailleurs noté, dans le premier chapitre de la présente recherche, que ce plan était plutôt sommaire. Le Système des Nations unies en Guinée (2016, p.41) avait aussi mentionné qu'il ne s'agissait pas d'un véritable plan de contingence, selon le modèle adopté dans plusieurs pays. Ce plan de contingence mentionnait brièvement l'existence du regroupement sectoriel de la santé en y énumérant l'ensemble des organisations participantes, sans pour autant développer à ce sujet. Malgré l'existence de ce plan, des entretiens sont venus contredire l'information selon laquelle il existait bel et bien un regroupement sectoriel de la santé fonctionnel avant Ebola. Si le regroupement sectoriel existait, comme inscrit ce plan, les réunions ne se faisaient pas de façon systématique, organisée, et périodique. De plus, des gestionnaires des organisations étant supposément membres de ce regroupement selon la liste établie dans le document n'étaient pas au courant de son existence; donc n'y participaient visiblement pas. Qui plus est, selon ce plan, l'une des organisations membres de ce regroupement sectoriel devrait être le service de santé de l'armée, mais les résultats ont permis de constater que ce service était bien peu impliqué, et que ce n'est que depuis qu'on souhaitait implanter la plateforme *One Health* dans le pays, pendant la période post-Ebola, qu'on tente d'impliquer l'armée et les autres services de sécurité dans la préparation à faire face à d'autres maladies à potentiel épidémique.

Il importe donc, considérant l'importance que trois participants internationaux ont accordée à l'absence du regroupement sectoriel de la santé, de documenter l'importance d'en avoir un pour favoriser la gestion résiliente des crises sanitaires. Un article de Martel (2014) discute des enjeux de la coordination des multiples acteurs dans les États fragiles

comme Haïti. L'auteure affirme que l'approche *cluster* est devenue la norme en humanitaire de la réforme du secteur en 2005. Pour elle, les regroupements sectoriels, en tant que plateforme de coordination, doivent permettre de renforcer les réseaux d'acteurs internationaux avec leurs homologues nationaux/locaux où se déroulent les crises humanitaires.

Avant la crise en Guinée, nos résultats montrent clairement qu'il n'existait pas ce type de regroupement sectoriel en santé, du moins qui se rencontrait régulièrement, et qui permettait de renseigner sur ce que font les partenaires internationaux dans le pays et à quels endroits. Un acteur international rencontré a comparé le cas de la Guinée avec celui du Mali, un État voisin, aussi classé fragile, mais dans trois dimensions de la fragilité – violence, résilience et fondements économiques (OCDE, 2016). Pour lui, au Mali, il existe un *cluster* santé, bien qu'il ne soit pas parfaitement fonctionnel. Il permet aux acteurs de se rencontrer mensuellement ou de façon bimensuelle pour discuter de la situation sanitaire du pays et là où chaque partenaire peut s'inscrire pour appuyer l'État. Le Mali possède une matrice 4W<sup>88</sup>, sur qui fait quoi, où et quand. Ce type de matrice a été développé uniquement pendant l'épidémie d'Ebola en Guinée. Les autorités guinéennes ont réalisé un recensement des organisations partenaires, une cartographie des acteurs, pendant la crise, et ont mis à jour ce type de documentation post-crise. Puis, lorsqu'il y a des besoins, les gestionnaires guinéens (spécialement à l'ANSS) invitent les partenaires à les rencontrer pour se positionner en fonction de cette cartographie, par rapport aux besoins du moment dans le pays. Bien qu'un nombre limité de fonctionnaires guinéens nous aient parlé de cette cartographie lors de nos recherches, il n'a pas été possible de voir un document attestant de son existence. Elle n'est pas publique ni partagée au bénéfice de l'ensemble des parties prenantes.

Vu l'inexistence de structures de coordination avant l'épidémie d'Ebola ou d'au moins un regroupement sectoriel fonctionnel en santé, cela a probablement ralenti la vitesse de réaction à la crise et la qualité de la coordination entre les parties prenantes. Comme décrit par Martel (2014), l'approche *cluster* a plusieurs mandats dont ceux de se préparer

---

<sup>88</sup> Selon l'Inter-Agency Standing Committee (2009), l'approche 4W signifie « who is where, when, doing what ».

aux catastrophes et d'améliorer la coordination post-urgence. En fait, le rôle d'un regroupement sectoriel de la santé est de « coordonner les évaluations des besoins, les analyses conjointes, la définition des priorités générales, d'objectifs et de stratégies d'intervention préalablement convenus en cas de crise sanitaire, ainsi que le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre et de l'impact de cette stratégie » (Inter-Agency Standing Committee, 2009). Le regroupement doit permettre à toutes les organisations internationales participantes de travailler et collaborer avec les autorités sanitaires nationales/locales afin d'harmoniser leurs efforts. L'organisation qui agit à titre de chef de file de ce regroupement, l'OMS, facilite les liens entre les organisations internationales et nationales afin de diriger les actions humanitaires.

Les résultats ont confirmé qu'une équipe de crise avait été mise en place immédiatement après l'annonce de l'épidémie en mars 2014 par l'OMS après des rencontres avec le Président de la République. Cependant, en se basant sur une approche *cluster* avec les différentes phases, si un regroupement sectoriel santé avait été présent<sup>89</sup>, il se serait probablement rencontré entre les premiers cas d'une maladie suspecte notifiée en décembre 2013, et l'annonce officielle de l'épidémie d'Ebola en mars 2014. Puis, l'initiative de répondre ne serait pas venue aussi tardivement. Ce n'est qu'après la création de la Cellule de crise qu'on a essayé de coordonner les partenaires et de voir comment on devait faire pour gérer la crise. Le modèle de la Cellule de crise interministériel n'était pas non plus clairement structuré en amont de la crise, mais a plutôt été mis en place dans le feu de l'action. Ce n'est qu'après l'annonce de l'épidémie qu'on a divisé les différentes réponses par comité. Du point de vue de la gestion de la crise et de la coordination des

---

<sup>89</sup> Dans le cas où un tel regroupement sectoriel existe, il y a des procédures bien établies pour la gestion des crises comprenant différentes phases dans l'action d'urgence. À titre d'exemple, le guide de l'Inter-Agency Standing Committee (2009) dit que la phase 1 d'une crise à évolution rapide comme peut l'être une épidémie d'Ebola, se déroule dans les 24 à 72 premières heures. Pendant cette période, les contacts sont déjà faits avec les membres du regroupement sectoriel et on met tout de suite en œuvre le plan d'urgence inter-institutions qui devrait, idéalement, avoir été créé au préalable; on a déjà recueilli les informations et fait une enquête préliminaire; la première réunion s'est tenue; etc. Dans la phase 2, c'est-à-dire entre le quatrième et le dixième jour qui suit le déclenchement de la crise, il y a la mise en place d'un système d'information sanitaire d'urgence; la définition des normes et des protocoles; la formulation d'un premier plan stratégique pour le secteur de la santé; etc. La phase 3 (4 à 6 semaines jusqu'à 3 mois après le début de la crise) et la phase 4 suivent avec différentes activités qui vont jusqu'au relèvement progressif.

partenaires, cela démontre un manque de préparation de la Guinée avant la survenue de la maladie, ce qui vient confirmer les propos de chercheurs et chercheuses comme Elargoubi et al. (2017), mais aussi l'importance de la préparation dans la réponse à une crise comme Ebola (Fortin et al., 2017; Graham et al., 2018; Houéto & Sambieni, 2016; Kruk et al., 2010; Martineau, 2016; Matua et al., 2015; Pillonel, 2010; Quinn et al., 2017; Roca et al., 2015).

Dans nos résultats, même si on a critiqué l'absence d'un tel groupe sectoriel avant l'épidémie, il faut dire que la création de la Cellule nationale de crise est venue pallier à cette problématique puisqu'il fallait absolument avoir une entité responsable de gérer la crise. Par la mise en place de cette cellule, certains obstacles à la coordination ont pu être surmontés. L'un des obstacles aurait pu être, par exemple, le trop grand nombre d'acteurs impliqués (Inter-Agency Standing Committee, 2009, p.54). Mais, le fait d'établir de petites unités spécialisées dans tous les domaines d'intervention (surveillance, logistique, laboratoires, etc.) a permis de traiter des questions particulières avec les organisations concernées. La coordination de la Cellule de crise a été assurée par le ministère de la Santé, en collaboration avec l'OMS.

Même après l'épidémie, un acteur a rappelé qu'il y a toujours une lacune dans ce domaine puisqu'un regroupement sectoriel de la santé n'est toujours pas actif et fonctionnel au pays, et que les réunions d'information épidémiologique hebdomadaires à l'ANSS ne peuvent remplacer une telle structure. Nonobstant le fait qu'elles regroupent la majorité des organisations internationales partenaires de l'ANSS, les réunions d'information épidémiologique hebdomadaires se limitent à fournir les informations épidémiologiques de la semaine et à discuter du travail des partenaires dans ce domaine. Il n'y est aucunement question du système sanitaire dans son ensemble. Par exemple, comme mentionné dans le guide de l'Inter-Agency Standing Committee (2009), d'autres problématiques devraient y être abordées telles que la lutte contre le VIH, les violences sexuelles, les handicaps et les services psychosociaux. Enfin, ce n'est que post-Ebola que les autorités guinéennes ont réalisé une cartographie des acteurs sur le territoire. Quelques répondant.e.s ont confirmé son existence, mais aucun d'entre eux n'a pu nous partager un document formel présentant le contenu de cette cartographie.

### 5.3.5 Structure de gestion opérationnelle et apolitique requise

Outre le fait qu'il n'existait pas de regroupement sectoriel de la santé fonctionnel avant Ebola, il faut noter à travers les résultats qu'il n'existait pas non plus de structure spécifique, dotée en ressources humaines suffisantes et compétentes pour gérer ce type d'épidémie. En dépit du fait qu'Ebola était une maladie inconnue dans le pays et qu'on n'avait pas l'expérience de gérer une telle épidémie, une meilleure préparation des gestionnaires du ministère de la Santé, notamment de la Division prévention et lutte contre la maladie qui devait se charger des épidémies, aurait probablement permis une réponse plus prompte.

Bien que Diakité (2016) ait salué la présence d'un organe dédié à la gestion des crises sanitaires et catastrophes depuis 2007 en Guinée, nos résultats ont montré que son implication n'a pas été un gage de réussite. Aux vues des résultats (section 4.3.4.1.1 à la page 119), le comité de crise interministériel, utilisé au début de riposte, n'a pas été à la hauteur et assez réactif. Puis, on a critiqué son aspect trop politique. Quand on regarde l'implication du ministère de la Santé, la gestion n'a pas été plus opérationnelle. Baldé (2015) a comparé le ministère de la Santé à un système d'action sociale fortement orienté vers la réalisation d'objectifs politiques, selon la théorie de Parsons. Des exemples présentés dans les résultats ont témoigné de cela, puisqu'on a beaucoup critiqué l'aspect politique qui a souvent supplanté l'aspect opérationnel et technique au sein de la Cellule nationale (interministérielle) de crise pendant les six premiers mois de l'épidémie, et même par la suite. Diakité (2016) a souligné l'engagement personnel du chef d'État guinéen dans la gestion de l'épidémie, tandis que des acteurs internationaux interrogés l'ont vivement critiquée. Il existe donc une divergence d'opinions selon les types d'acteurs impliqués dans la gestion de la crise.

Tel que mentionné par Martel (2014), un espace de coordination d'une crise humanitaire devrait être apolitique et technique, c'est-à-dire uniquement concentré sur la coordination opérationnelle. Pour Stephenson (2005), la complexité de l'environnement humanitaire requiert une distinction franche entre la coordination opérationnelle entre les acteurs humanitaires, et la coordination stratégique qui inclut les acteurs militaires, étatiques et politiques. Certains témoignages présentés dans le chapitre 4 (page 120),

exposent à quel point l'aspect politique de la Cellule de crise interministérielle a pu ralentir et perturber les interventions sur le terrain. Effectivement, les aspects administratifs et politiques ont été remis en cause par quelques acteurs, notamment du fait que cela a perturbé le décaissement de l'argent rapidement pour envoyer des équipes et du matériel pour répondre aux besoins dans les régions éloignées. D'ailleurs, ce ne sont pas seulement les acteurs internationaux qui ont remis en cause l'aspect politique des structures, mais aussi quelques acteurs nationaux spécialisés en santé publique.

En l'absence d'une entité de coordination nettement opérationnelle, Stephenson (2005) rapporte que plusieurs chercheurs s'entendent sur le fait que c'est le rôle de l'ONU de mener les actions de coordination inter-organisationnelle. L'expérience guinéenne a démontré que, bien que l'OMS ait été fortement critiquée face à la lenteur de sa réponse (Fidler, 2015; OMS, 2015d), on ne pouvait l'accuser de tous les maux dans le cas de la lenteur de la réaction à la crise (Brigaud & Pascal, 2015). Elle a été fortement impliquée, dès le début de la crise pour coordonner les activités en collaboration avec les autorités nationales ce qui confirme les propos de Baldé (2015). Effectivement, pendant les cinq à six premiers mois de l'épidémie, les réunions de coordination se tenaient dans ses bureaux et elle a été active à l'échelle du pays.

Aux vues des résultats, l'OMS – en tant qu'organe des Nations unies, mais aussi de responsable de faire appliquer le RSI – a joué un rôle fondamental de coordination des acteurs pendant la crise. En revanche, OCHA, l'organe des Nations unies responsable de la coordination des affaires humanitaires, aurait pu avoir un rôle beaucoup plus important dans la gestion de la crise humanitaire vu son expérience opérationnelle (Stephenson, 2005), mais a plutôt été effacé. Cette organisation a été l'une des grandes absentes, avec l'UNMEER, des résultats du processus de recherche. Aux dires d'un participant international aux entretiens semi-dirigés, c'est davantage le PNUD qui a pris le rôle d'OCHA sur le terrain.

À la suite de recommandations de divers partenaires internationaux, les résultats (page 121) montrent que les autorités guinéennes n'ont eu d'autre choix que de laisser tomber la Cellule de crise interministérielle et ses cinq commissions (prise en charge, surveillance, communication, logistique et coordination), au profit d'une toute nouvelle

entité, la Cellule nationale de coordination et de lutte contre Ebola, composée de 10 unités dont la prise en charge, la surveillance, la communication, la logistique, les enterrements dignes et sécurisés, la gestion des informations, les laboratoires, la recherche, etc. (Keita, 2017a). Cette dernière a été fortement suggérée par les partenaires internationaux, selon le modèle d'autres pays, mais a été adaptée au contexte guinéen. Elle était plus opérationnelle et répondait à certains critères énoncés par Stephenson (2005) comme la nécessité que les secours soient efficaces et efficaces.

### **5.3.6 Sous-estimation et sous-utilisation de la Croix-Rouge nationale**

Il convient d'analyser davantage le rôle de la Croix-Rouge guinéenne en amont des crises et pendant les crises. Les organisations du mouvement international de la Croix-Rouge sont considérées comme le plus grand réseau humanitaire au monde (Baldé, 2015). Les sociétés nationales, comme celle de la Guinée, devraient avoir un rôle d'auxiliaire des pouvoirs publics, selon le droit international, et avoir de très bonnes relations avec l'État (Fassin, 2006; FICR & CICR, 2003). Par contre, force est de constater qu'il existe des disparités d'une société nationale à l'autre par rapport aux responsabilités et aux ressources et que les partenariats avec les États varient d'un contexte à l'autre (FICR & CICR, 2003). En Guinée, la Société nationale est officiellement reconnue par décret étatique depuis janvier 1984, et on affirme qu'elle collabore étroitement avec plusieurs ministères, dont celui de la santé (Système des Nations unies en Guinée, 2016b).

En Guinée, les résultats de notre recherche tendent à démontrer la sous-utilisation de la Croix-Rouge guinéenne dans les crises en général et lors de l'épidémie d'Ebola. Des personnes interrogées ont fortement critiqué le manque de confiance et de collaboration entre les autorités nationales et la Croix-Rouge guinéenne qui aurait dû, au même titre que dans la majorité des pays, être davantage impliquée dès le départ. Des répondant.e.s ont affirmé qu'il s'agissait du réseau de volontaire qui couvrait le plus l'espace géographique de la Guinée, et qui constituait un bassin de volontaires<sup>90</sup> pouvant être déployés rapidement et connaissant bien le contexte de chacune des préfectures et sous-préfectures touchées par la crise. Étant donné la complexité de la crise (Grange, 2014) et les réticences

---

<sup>90</sup> Selon un participant interrogé, on parlait de 17 124 volontaires dans le pays pendant Ebola parmi lesquels quelque 3500 ont été impliqués dans 33 préfectures pour la lutte contre Ebola. Le Système des Nations unies en Guinée (2016, p.79) parle de 17 500 volontaires dont 3500 formés en secourisme.

communautaires omniprésentes pendant l'épidémie, une bonne connaissance du contexte par des volontaires provenant des différentes régions était une mine d'or pouvant permettre d'adapter les interventions et assurer la confiance des populations envers les équipes médicales et paramédicales impliquées dans la lutte contre Ebola. Epelboin (2014, p.14) défend l'idée, comme plusieurs autres auteurs, de la nécessité d'adapter les réponses et protocoles des entités internationales et nationales aux conditions locales, « en privilégiant des approches compréhensives et participatives ».

Jusqu'à ce jour, des participant.e.s ont déploré le fait que la Croix-Rouge nationale n'était pas consultée par les autorités nationales ni systématiquement invitée à prendre part aux activités de la santé, de secours d'urgence et de préparation aux catastrophes. Dans son analyse, Baldé (2015, p.5) a d'ailleurs noté la difficulté de la Croix-Rouge guinéenne « à se positionner comme acteur majeur dans le processus de prise de décision dans la gestion de la réponse ». Il a également pointé le fait qu'il y a eu un manque de clarté sur le partage des rôles et responsabilités entre les différentes entités du mouvement (FICR, Croix-Rouge guinéenne, Croix-Rouge française) pendant Ebola. Nous avons pu confirmer cela lors des recherches terrain puisqu'à la lecture du tableau 23 (à l'annexe 22) des rôles et responsabilités des acteurs, nous notons la similitude entre les attributions de chaque entité précédemment mentionnée. Au sujet de la FICR, nous avons simplement indiqué « appui technique, financier et logistique à la Croix-Rouge nationale » dans le tableau, mais les réponses des intervenants revenaient toujours aux mêmes rôles que ceux de l'entité nationale. À cet égard, nous avons même dû demander des précisions aux personnes rencontrées quant aux ressources humaines de chaque entité, puisque toutes les entités parlaient de « leurs » employé.e.s en discutant des mêmes individus. Pour les trois entités du mouvement étant intervenues en Guinée, c'était la même opération et certains employés étaient sous contrats de la fédération et d'autres sous contrat de la Croix-Rouge guinéenne, mais c'était des équipes conjointes. Par exemple, un chauffeur pouvait être de la fédération, mais les volontaires provenaient de la société nationale.

Le manque de clarté par rapport aux rôles des différents organes du mouvement de la Croix-Rouge ciblé par Baldé (2015) et par nos résultats, peut partiellement expliquer les quelques conflits qui ont été soulignés par nos interlocuteurs entre la Société nationale et

la Croix-Rouge française. L'entité guinéenne ayant critiqué celle française de ne pas avoir travaillé de concert avec elle, et ne pas toujours avoir passé par elle pour intervenir, malgré les procédures existantes au sein du mouvement. Le mouvement ayant aussi fortement déploré le manque de reconnaissance de l'État à son égard pendant et après l'épidémie d'Ebola.

### **5.3.7 Guerre de drapeaux : un frein à la gestion des crises sanitaires**

La qualité des relations entre les acteurs influence directement la coordination entre ces derniers. Kapucu (2005) mentionne que dans les environnements complexes, les organisations impliquées ont l'habitude de développer des relations formelles et informelles afin d'atteindre leurs buts et de répondre à des préoccupations communes. Nos résultats (page 141) ont pu confirmer que les communications informelles ont été productives dans la gestion de la crise. Par exemple, les rencontres autour d'un café après la réunion quotidienne d'information épidémiologique débouchaient bien souvent sur des résultats plus intéressants que les réunions formelles.

Le type d'acteur peut aussi influencer la coordination lors d'une crise. Comme mentionné par Manset et al. (2017), les organisations internationales dépendent essentiellement des États tandis que les ONG internationales interviennent grâce à des dons et subventions. Ces dernières ont tendance à se livrer une compétition accrue non seulement dans l'obtention de ces financements, mais aussi sur les terrains d'intervention (Similon, 2009). Toutes les organisations veulent obtenir une certaine reconnaissance pour leurs actions sur le terrain, et vont s'engager dans des activités de marketing et de communication (Manset et al., 2017). Ainsi, elles peuvent s'adonner à ce que nos répondants ont appelé une « guerre de drapeaux », utilisée comme argument dans le tableau 8 pour expliquer les relations difficiles entre acteurs impliqués dans la réponse à la crise. Notre étude de cas a permis de comprendre qu'il y avait une volonté, chez certaines organisations, à vouloir tout faire et à vouloir se faire voir le plus possible. Le cas de Koropara, expliqué dans la section 4.3.6.3 (page 159), a démontré le nombre important d'organisations présentes et d'employés qui, au final, ne travaillaient pas beaucoup sur le terrain. Aux dires de quelques répondant.e.s, toutes les organisations voulaient être présentes pour dire qu'elles étaient celles qui avaient vaincu Ebola. Par contre, cela n'a pas

favorisé une efficacité des ressources et une efficacité dans les interventions. Comme mentionné par Similon (2009, p.84), cette concurrence peut inciter à la non-coordination des actions, à un gaspillage de fonds et de temps. En Guinée, des acteurs nationaux ont dû faire preuve de diplomatie et de tact, et affirmer leur *leadership*, pour rabrouer certaines organisations internationales. Dans une optique de résilience et d'une bonne intégration entre le gouvernement et les partenaires internationaux (Kruk et al., 2015; Ling et al., 2017), la coordination nationale de lutte contre Ebola a voulu avoir une synergie d'action pour le même but et ainsi éviter les interventions disparates comme en début de crise. Donc, dans le domaine de la mobilisation sociale et de l'engagement communautaire, elle encourageait un travail collégial en mettant par exemple le logo de chacun sur les documents; mais, dans la pratique sur le terrain, elle donnait des directives qu'il ne devait pas y avoir de drapeau/logo visible pour que ce soit le message commun qui importe. Sommairement, notre étude de cas documente cette concurrence de visibilité ou cette « guerre de drapeau », qui a quelque peu nui à une bonne coordination des acteurs et des interventions.

Enfin, nul besoin de rappeler qu'il peut y avoir une méfiance entre les différents acteurs impliqués étant donné leurs intérêts divergents, des conflits de valeurs ou de standards différents. Audet (2014) affirme la complexité inhérente au domaine humanitaire en raison du nombre d'organisations aux motivations et comportements divers. Pour lui (2014, p.321), chaque type d'organisation « a des comportements qui sont influencés par ses intérêts, sa culture organisationnelle, son type de gouvernance ou ses sources de financement ». Nos résultats et plusieurs citations clés ont témoigné de ces conflits ou mésententes entre organisations et bailleurs de fonds à l'œuvre pendant Ebola, comme entre les Français et les Américains (E09 dans le tableau 7), entre la Croix-Rouge guinéenne et celle française (E07 du tableau 7), entre UNICEF et d'autres organisations (E09 et E36 du tableau 7). Nos résultats tendent aussi à corroborer les dires de Jabot & Kane (2017) selon lesquels l'intervention internationale pendant l'épidémie d'Ebola a forcé à s'interroger sur l'asymétrie des relations et le manque de confiance des acteurs étrangers envers les acteurs nationaux et locaux. Le non-respect occasionnel de la hiérarchie de gestion instaurée ainsi que des rôles et responsabilités attribués à chacun

traduisent le manque de considération des acteurs guinéens par certains partenaires internationaux.

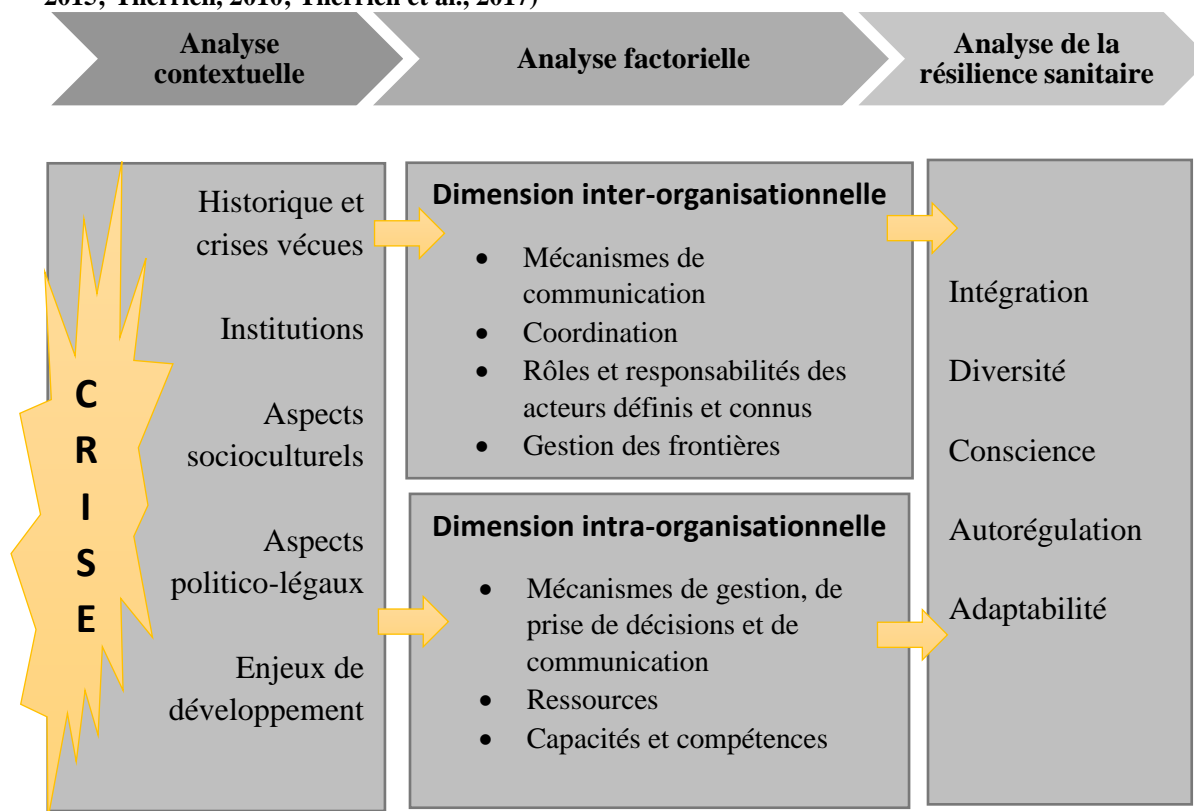
#### **5.4 Proposition d'un modèle tridimensionnel de la gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles : au-delà d'une panacée**

Étant donné qu'il n'existe pas de modèle de gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles, il convient d'en conceptualiser un qui sera notre principale contribution à l'avancement des connaissances. Il est entendu qu'à la vue de la complexité de la gestion de la crise d'Ebola en Guinée, il ne peut y avoir de solutions et méthodes d'intervention simples et linéaires. Les systèmes adaptatifs complexes, tels que présentés par Braithwaite et al, (2016), doivent démontrer leur capacité d'auto-organisation, d'adaptation et d'apprentissage. À la lumière de cette complexité, il n'y a pas un modèle unique permettant de bien répondre aux crises dans divers contextes. D'ailleurs, dans l'élaboration d'un modèle de gestion de crise, il faut considérer autant la résilience générale face aux catastrophes, que la résilience spécifique, dans le cas présent, sanitaire; ainsi que la résilience organisationnelle et la coordination inter-organisationnelle. Le modèle proposé prend donc en compte différents éléments de modèles de résilience préalablement disponibles dans la littérature, et comprend des informations issues des résultats de la recherche.

Le modèle accorde une importance accrue à l'analyse de la résilience dans un système complexe et un environnement dynamique en perpétuel changement. L'analyse de la résilience se décline en trois parties, soit l'analyse contextuelle, l'analyse factorielle, et l'analyse de la résilience comme telle, comme proposé par Bujones, Jaskiewicz, Linakis, & McGirr (2013). Lors de chacune de ces analyses, il faut considérer un certain nombre de composantes. Dans l'analyse contextuelle, nous avons intégré l'étude de l'historique du pays ou de la zone touchée ainsi que les crises vécues dans le passé, et les façons d'intervenir face à celles-ci. Ensuite, plusieurs aspects institutionnels, politico-légaux, culturels et autres, peuvent être observés et analysés. En comprenant mieux le contexte, il est possible de cerner les risques et la vulnérabilité face aux crises et, conséquemment, de mieux répondre à l'urgence.

En comparant avec notre cadre théorique du chapitre 2, il faut noter que le modèle que nous proposons ici est assez différent. En s'appuyant sur les écrits de Bujones et al. (2013); Comfort (2002, 2016); Kapucu & Sadiq (2016); Kruk et al. (2015); La Porte (2006); Manyena & Gordon (2015); Therrien (2010); Therrien et al. (2017) ainsi que sur les résultats de notre thèse, des composantes ont été ajoutées au modèle afin d'inclure dans l'analyse factorielle, les notions de résilience inter-organisationnelles (rôles et responsabilités des acteurs, gestion des frontières, etc.) et intra-organisationnelles (ressources, capacités, etc.). Cette dimension intra-organisationnelle correspond à chacune des organisations impliquées dans la gestion d'une crise sanitaire. Dans notre cas à l'étude, elle cible davantage l'entité responsable de la gestion des crises sanitaires en Guinée, soit la Cellule nationale de coordination et de lutte contre Ebola (pendant l'épidémie), et l'ANSS qui fait ce travail depuis 2017. Mais, tout dépendant du pays où se déroule la crise, l'entité peut être modifiée en conséquence. Enfin, l'analyse de la résilience se fait à travers les diverses caractéristiques définies par Kruk et al. (2015).

**Figure 8: Modèle tridimensionnel de gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles (adapté de Bujones, Jaskiewicz, Linakis, & McGirr, 2013; Comfort, 2002, 2016; Kapucu, 2005; Kapucu & Sadiq, 2016; Kruk, Myers, Varpilah, & Dahn, 2015; La Porte, 2006; Manyena & Gordon, 2015; Therrien, 2010; Therrien et al., 2017)**



À l’instar de l’importance du contexte où survient la crise, la gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles repose essentiellement sur un état initial. Dans le modèle proposé, on peut comprendre que la crise survient dans un contexte particulier doté d’un historique propre; d’institutions plus ou moins efficaces et légitimes; d’une culture spécifique; d’aspects politico-légaux; ainsi que des enjeux de développement. La crise n’a donc pas le même impact en fonction du contexte dans lequel elle survient. De là l’importance de faire une bonne analyse contextuelle afin de mieux saisir le degré de résilience. Le fait de bien connaître le contexte, en amont des crises, permet d’ailleurs de fournir de l’information pour la caractéristique de la conscience. Le tableau suivant présente chacun des thèmes de l’analyse contextuelle et propose des recommandations issues de nos résultats de recherche.

**Tableau 12: Analyse contextuelle élaborée**

Thème	Recommandations pour une gestion résiliente <sup>91</sup>
Historique et crises vécues précédemment	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bien comprendre le contexte ainsi que les causes de la fragilité du système de gestion des crises sanitaires, mais aussi les potentialités.</li> </ol>
Efficacité et légitimité des institutions	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Renforcer le <i>leadership</i> national, et s’appropriier l’aide internationale en respect des recommandations émises par la Déclaration de Paris sur l’efficacité de l’aide de 2005.</li> <li>2. Créer un regroupement sectoriel en santé, permanent et fonctionnel, pour renforcer le système de santé en général.</li> <li>3. Mieux définir et diffuser les rôles et responsabilités des différentes entités associées au ministère de la Santé.</li> <li>4. Élaborer et mettre au point des scénarios de crise; les tester en simulations; et les valider.</li> <li>5. Maintenir actives les structures d’intervention créées pour l’intervention lors des crises sanitaires par la réalisation d’exercices de simulation, la formation et la dotation en ressources.</li> </ol>
Aspects socioculturels	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Développer ou renforcer une culture de l’urgence (promptitude; diligence; réactivité).</li> <li>2. Renforcer la culture du changement et investir dans la formation et le <i>leadership</i> des jeunes dans le système de santé.</li> </ol>

<sup>91</sup> Bien que les listes de recommandations de chacun des tableaux suivants ne soit pas exhaustive, elles regroupent, selon nos résultats, les principales priorités sur lesquelles les autorités devraient se pencher pour avoir une gestion résiliente des crises sanitaires.

Aspects politico-légaux	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Développer, améliorer et/ou valider officiellement, dans des délais raisonnables, les cadres, guides et protocoles généraux et spécifiques d'intervention lors des crises sanitaires.</li> <li>2. Respecter le RSI et prendre en considération les recommandations issues des évaluations interne et externe pour améliorer l'ensemble du système sanitaire (OMS, 2017b).</li> </ol>
Enjeux de développement	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Affermir la santé à base communautaire pour renforcer la décentralisation du système de santé.</li> <li>2. Revoir l'intervention auprès des communautés isolées et des groupes marginalisés; s'assurer qu'elle soit adaptée au contexte.</li> <li>3. Augmenter le budget national de la santé.</li> <li>4. Définir un budget pour les risques de contingence conséquent.</li> </ol>

Une fois l'analyse contextuelle terminée, notre modèle tridimensionnel nous amène à mieux comprendre les mécanismes de gestion de la crise existants qui touchent deux dimensions soit, inter-organisationnelle et intra-organisationnelle. Dans ce contexte spécifique où a lieu la crise sanitaire, plusieurs organisations sont impliquées, et ce, spécialement dans les États fragiles qui demandent une importante assistance internationale. Chacune de ces organisations détient des caractéristiques et façons de faire propre à elles. Ainsi, nous notons dans l'analyse factorielle, la dimension intra-organisationnelle. Pour nous, elle est unique à chacune des organisations. Dans cette analyse, il convient d'étudier les mécanismes de gestion, de prise de décisions et de communications, ainsi que les ressources, capacités et compétences des organisations impliquées dans la réponse.

**Tableau 13: Analyse factorielle intra-organisationnelle élaborée**

Thème	Recommandations pour une gestion résiliente
Gestion, prise de décisions et communications	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bien définir les mécanismes de gestion, de prise de décision et de communication de l'organisation.</li> <li>2. Étudier les mécanismes de communication existants et leur efficacité.</li> </ol>
Ressources	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. S'assurer de l'assiduité des ressources humaines à l'emploi de la fonction publique et mettre en place des mécanismes de fidélisation.</li> <li>2. Autonomiser les organisations nationales, notamment affiliées au ministère de la Santé, pour qu'elles deviennent indépendantes des partenaires internationaux par un financement national adéquat.</li> <li>3. S'assurer que les structures sanitaires soient dotées en ressources (techniques, financières, humaines, technologiques, logistiques, etc.).</li> </ol>

Capacités et compétences	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poursuivre la formation continue des ressources humaines en santé déjà à l'embauche de la fonction publique.</li> <li>2. Renforcer la recherche et les programmes d'enseignement universitaire.</li> </ol>
--------------------------	--

Par la suite, l'analyse factorielle nous amène à étudier la dimension inter-organisationnelle qui concerne les relations entre les organisations impliquées dans la riposte. Notre recherche a contribué à étayer la littérature quant à l'importance que peuvent jouer les relations entre les organisations et la coordination de ces dernières dans le contexte d'une épidémie d'envergure. Nous avons compris que les mécanismes de communication, la coordination, la connaissance du rôle et des responsabilités de chacun, et les aspects sécuritaires notamment par rapport à tout ce qui touche les frontières, sont essentiels pour bien gérer une crise sanitaire. Ci-dessous se retrouvent quelques recommandations qui viennent bonifier et étayer le contenu de notre modèle tridimensionnel.

**Tableau 14: Analyse factorielle inter-organisationnelle élaborée**

Thème	Recommandations pour une gestion résiliente
Mécanismes de communication	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Établir une meilleure communication quant à la portée et à l'étendue des risques associés aux crises sanitaires.</li> <li>2. Améliorer la structure de surveillance et de notification des risques épidémiologiques, et les mécanismes de partage des informations lors des crises.</li> <li>3. Partager et rendre publique la documentation et les procédures en lien avec toutes les sphères de la gestion des crises sanitaires dans le pays.</li> </ol>
Coordination	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prendre conscience de l'importance d'une amélioration de la coordination des différents secteurs d'activités liés aux crises sanitaires grâce à l'opérationnalisation de l'approche <i>One Health</i>.</li> <li>2. Reconnaître la nécessité d'une meilleure collaboration entre les différents paliers de gouvernement.</li> </ol>
Rôle et responsabilités des acteurs définis et connus	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Définir, mettre à jour et partager une cartographie des acteurs internationaux impliqués dans la gestion des crises sanitaires, ainsi que leurs rôles et responsabilités.</li> <li>2. Impliquer et reconnaître davantage la Société nationale de la Croix-Rouge comme auxiliaire des pouvoirs publics pouvant intervenir lors des crises sanitaires.</li> </ol>
Gestion des frontières	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cartographier les points d'entrée officiels et non officiels pour l'ensemble du pays.</li> <li>2. Développer des partenariats transfrontaliers.</li> <li>3. Doter en ressources et former les agents frontaliers pour la surveillance des maladies à potentiel épidémique.</li> </ol>

Une fois l'analyse factorielle réalisée, nous avons une bonne idée du degré de résilience sanitaire du contexte où se déroule la crise. Notre schéma tridimensionnel présente les cinq caractéristiques de la résilience sanitaire, en ordre d'importance de haut en bas selon nos résultats. La première caractéristique, l'intégration, reconnue comme la plus importante dans nos résultats, revient aux notions de coordination entre les parties prenantes, aux rôles et responsabilités de ces dernières, ainsi qu'au partage d'informations. En présence d'une base solide dans cette dimension, il est possible de gérer une variété de défis sanitaires grâce à des ressources, compétences, connaissances et capacités. Le contenu des cinq caractéristiques documente la résilience sanitaire en général, mais reprend les informations qui se retrouvent dans l'analyse factorielle, mais dans une perspective de résilience.

**Tableau 15: Analyse de la résilience élaborée**

Thème	Recommandations pour une gestion résiliente
Intégration	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avoir une bonne coordination des parties prenantes; partager adéquatement les informations.</li> <li>2. Connaître et respecter les rôles et responsabilités de chacune des entités impliquées.</li> <li>3. Avoir des modes et méthodes de gestion bien définis.</li> </ol>
Diversité	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Savoir faire face à des défis sanitaires variés grâce à des ressources, compétences, connaissances et capacités.</li> </ol>
Conscience	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Connaître le contexte et étudier les expériences vécues dans le passé.</li> <li>2. Avoir des cadres et guides formels de gestion des crises.</li> </ol>
Auto-régulation	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Développer une rapidité de réponse (détection, notification, intervention) grâce à des approches de surveillance, d'intervention et de coordination adéquates et adaptées.</li> </ol>
Adaptabilité	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apprendre de l'expérience et modifier ses façons de faire en fonction du contexte.</li> </ol>

Renforcer les systèmes de santé et les systèmes de gestion des crises est un défi pour les États fragiles comme la Guinée en raison de la complexité d'un grand nombre de facteurs, parce qu'elle dépend du contexte de fragilité de l'État en question (Benton et al., 2014). Quoi qu'il en soit, notre étude nous permet de mieux comprendre le contexte de la Guinée avant l'épidémie et ce qui a été mis en place depuis pour développer une gestion résiliente des crises sanitaires dans le pays. Il apparaît donc approprié de faire un état de l'avancement de la Guinée dans diverses composantes de la résilience. Le tableau 16 qui

sera présenté ci-après démontre, entre autres, que le fait de gérer une crise sanitaire d'envergure comme Ebola n'a pas que des effets négatifs et dévastateurs sur un État fragile. Effectivement, une telle crise a également des effets structurants, puisqu'elle permet de se remettre en question et de développer de nouvelles politiques et pratiques d'intervention qui peuvent renforcer la résilience.

Si nous utilisons notre modèle pour étudier la crise d'Ebola en Guinée, nous pouvons noter, dans l'analyse contextuelle, toutes les déficiences en amont de la crise qui ont été décrites dans nos résultats et notre discussion. Notre analyse factorielle a affirmé l'absence de certaines organisations qui auraient dû être présentes pour gérer la crise, et a démontré les forces et faiblesses de plusieurs de celles qui ont été impliquées pendant l'épidémie. D'ailleurs, du point de vue inter-organisationnel, les composantes de notre modèle ont été fortement critiquées notamment pour tout ce qui a trait aux rôles et responsabilités des acteurs, mais également à la coordination entre ces derniers. À la vue de tout cela, nous avons pu faire état de la résilience sanitaire pendant la crise, mais aussi des améliorations notées depuis la crise dans chacune des cinq caractéristiques de la résilience.

Le tableau 16 suivant présente le degré de changement par rapport à quelques composantes des différentes caractéristiques de la résilience sanitaire.

**Tableau 16: Analyse de la résilience sanitaire en Guinée avant et après Ebola**

<b>Analyse de la résilience sanitaire en Guinée</b>			
<b>Caractéristique de la résilience</b>	<b>Avant Ebola (2014)</b>	<b>Après Ebola (2016)</b>	<b>Degré de changement</b>
<b>Intégration</b>	Méconnaissance des rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans la gestion des crises sanitaires	Cartographie des acteurs réalisée.	Majeur
	Absence d'un cluster santé qui se rencontre fréquemment.	Il y a toujours une absence de ce cluster santé fonctionnel.	Inchangé
	Absence d'une structure de coordination des	Création de l'ANSS, mais dépendance aux partenaires techniques et	Modéré

<b>Analyse de la résilience sanitaire en Guinée</b>			
<b>Caractéristique de la résilience</b>	<b>Avant Ebola (2014)</b>	<b>Après Ebola (2016)</b>	<b>Degré de changement</b>
	<p>crises sanitaires efficace et dotée en ressources.</p> <p>Coordination difficile entre les parties prenantes impliquées dans la gestion des épidémies.</p> <p>Faible communication sur les risques et entre les organisations.</p>	<p>financiers pour son fonctionnement.</p> <p>Amélioration de la coordination entre les parties prenantes.</p> <p>Développement de mécanismes de communication comme les bulletins d'information épidémiologiques, les rencontres hebdomadaires, etc.</p>	<p>Modéré</p> <p>Majeur</p>
<b><i>Diversité</i></b>	<p>Incapacité à faire face à une variété de défis en santé. Concentration sur une maladie prioritaire.</p> <p>Maigres investissements nationaux pour la santé.</p> <p>Dépendance aux partenaires internationaux dans les domaines techniques et financiers.</p> <p>Méfiance des acteurs internationaux à appuyer le développement de la Guinée.</p> <p>Ressources techniques, matérielles et logistiques insuffisantes.</p>	<p>Reconnaissance de l'importance d'un plus grand nombre de maladies prioritaires à surveiller.</p> <p>Augmentation du budget national accordé à la santé, mais toujours insuffisant.</p> <p>Persistance de la dépendance principalement financière aux partenaires internationaux.</p> <p>Diminution de la méfiance de ces derniers.</p> <p>Dotation en ressources de toutes sortes; rénovation des structures sanitaires.</p>	<p>Majeur</p> <p>Modéré</p> <p>Mineur</p> <p>Modéré</p> <p>Majeur</p>

<b>Analyse de la résilience sanitaire en Guinée</b>			
<b>Caractéristique de la résilience</b>	<b>Avant Ebola (2014)</b>	<b>Après Ebola (2016)</b>	<b>Degré de changement</b>
	Ressources humaines insuffisantes en quantité et en qualité.	Accroissement du nombre d'agents de santé au sein de la fonction publique; meilleure couverture à l'échelle du pays; et formation des effectifs par les partenaires internationaux/nationaux.	Majeur
<b>Conscience</b>	Absence et insuffisance de cadres, guides et protocoles de gestion des crises sanitaires	Rédaction et validation en cours de nombreux plans, cadres, guides et protocoles de gestion des crises sanitaires.	Modéré
	Faiblesse du système de santé en général.	Accroissement des capacités du système de santé en général dans toutes les sphères (techniques, logistiques, humaines, etc.)	Modéré
<b>Auto-régulation</b>	Délai dans la notification et la réponse aux crises.	Diminution du délai de notification des cas suspects de maladie.	Majeur
	Absence de structures et d'équipes de gestion des crises sanitaires au niveau central et décentralisé.	Mise en place de structures et d'équipes de gestion des crises sanitaires aux diverses échelles.	Majeur
	Absence de coordination entre les différents ministères et secteurs d'intervention.	Introduction de l'approche <i>One Health</i> .	Mineur
	Manque de connaissances et de procédures pour la surveillance et le suivi des contacts potentiellement infectés.	Développement d'approches novatrices pour la surveillance, le suivi des contacts et le micro-cerclage.	Majeur

<b>Analyse de la résilience sanitaire en Guinée</b>			
<b>Caractéristique de la résilience</b>	<b>Avant Ebola (2014)</b>	<b>Après Ebola (2016)</b>	<b>Degré de changement</b>
<i>Adaptabilité</i>	Manque d'appropriation guinéenne lors des crises.	Augmentation du <i>leadership</i> national.	Modéré
	Balbutiements d'une approche de santé à base communautaire à partir de 2013 dans quelques préfectures.	Développement de la santé à base communautaire à plus grande échelle.	Mineur

Au final, aujourd'hui, la Guinée n'est pas entièrement résiliente, mais nous pouvons dire qu'elle possède désormais certains acquis qui lui permettraient d'avoir une gestion plus résiliente d'une autre crise d'envergure.

En conclusion, notre modèle tridimensionnel possède un double avantage, soit celui de pouvoir évaluer l'environnement spécifique où se déroule la crise; et de le faire en fonction d'acteurs diversifiés qui peuvent modifier leurs interventions au gré des crises. Dans la perspective de la complexité (Cambien, 2008; Morin, 1976, 2004; Rickles et al., 2007), ce schéma présente une approche beaucoup plus adaptée à chacun des contextes où il peut être appliqué. Les composantes du modèle, notamment dans l'analyse factorielle, peuvent également être bonifiées selon les cas.

## **Conclusion et implication pour la recherche**

Au terme de cette recherche, nous avons étudié les divers rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans la gestion des crises sanitaires dans les États fragiles, ainsi que leurs méthodes d'intervention basées sur le concept de la résilience. Notre thèse a étudié plus particulièrement la gestion de la crise d'Ebola en Guinée qui, à la base, démontre d'importantes faiblesses en termes de résilience. C'est grâce à une triangulation des données récoltées à travers trois méthodes (entretiens semi-dirigés, observation non participante et analyse documentaire) que nous avons pu faire ressortir l'importance des caractéristiques de la résilience sanitaire en Guinée. Nous avons noté les lacunes observées pour chacune d'entre elles en amont de la crise, et les améliorations constatées depuis l'épidémie de 2014-2016. L'analyse de ce cas empirique a abouti à l'élaboration d'un modèle tridimensionnel de gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles. Ce dernier expose différentes composantes nécessaires lors de la gestion, qui facilitent la réponse et démontrent un plus grand degré de résilience.

En soi, il s'agissait d'un sujet d'actualité qui était peu documenté dans la littérature en gestion des crises, en santé globale et en action humanitaire. D'ailleurs, la recherche et ses résultats se sont révélés instructifs à plusieurs égards, notamment quant à l'intégration de la notion de résilience à la gestion des crises sanitaires. Le concept de résilience est désormais omniprésent dans le discours des praticien.ne.s en développement international et en action humanitaire, mais demeure peu documenté de façon scientifique à travers des études de cas concrètes, spécialement dans le domaine de la santé mis à part quelques études psychosociales. La période de relèvement post-Ebola en Guinée s'est traduite par de nombreux projets et plans de développement intégrant cette notion de renforcement de la résilience pour l'avenir. Un exemple évident est l'intitulé du plan de relèvement post-Ebola du ministère de la Santé, soit *Plan de relance et de résilience du système de santé 2015-2017*, dans lequel la résilience est définie comme « la capacité du secteur santé de détecter de manière précoce et de répondre rapidement et efficacement à des nouvelles crises sanitaires dues à Ebola ou d'autres germes pathogènes » (Ministère de la Santé, 2015a). D'ailleurs, de nombreux autres documents issus de la littérature professionnelle et scientifique ont aussi dans leur titre le terme résilience (Kieny & Dovlo, 2015a; Kieny et al., 2014; Kruk et al., 2015; Ling et al., 2017; Meyer et al., 2017; OXFAM, 2015; Zolia et

al., 2017). Force est de constater l'importance du sujet de recherche non seulement pour les acteurs guinéens, mais aussi les autres organisations impliquées dans la gestion des risques de santé globale.

Au plan du développement des connaissances, notre contribution est autant utile à la théorie qu'à la pratique. Nos deux principales contributions sont l'étude empirique de la manière dont la Guinée a géré l'épidémie d'Ebola entre 2014 et 2016, et l'ajout d'un modèle théorique de gestion résiliente des crises. Notre processus de recherche nous a permis de réfléchir sur les méthodes de gestion de la crise d'Ebola utilisées en Guinée par une panoplie de parties prenantes impliquées. Ces méthodes ont pu être associées à différentes caractéristiques et composantes de la résilience dont nous avons fait état tout au long de l'étude. Les variables que nous avons utilisées pour concevoir et appliquer les méthodes de recherche reprennent principalement le modèle de résilience de Kruk et al. (2015). Ce parcours de recherche académique s'est avéré être original dans plusieurs dimensions que nous décrirons dans les prochains paragraphes.

D'abord, notre étude qualitative a permis d'évaluer l'opérationnalisation du concept de résilience des systèmes de santé face aux crises à travers une étude de cas empirique d'actualité, soit la crise d'Ebola en Guinée. Notre recherche, a posteriori de la crise, a permis aux acteurs de faire un bilan de leurs interventions, ainsi qu'une analyse des leçons apprises pendant l'épidémie. Ainsi, un an après la fin des derniers cas d'Ebola recensés en Guinée, nous avons pu faire le point sur la gestion de la crise – encore fraîche en mémoire –, mais aussi documenter les aspects de renforcement du système de santé et du système de réponse aux maladies à potentiel épidémique en territoire guinéen. À la lumière des résultats, nous avons pu faire un état, d'un point de vue externe et indépendant, de la résilience face aux crises sanitaires en Guinée et, conséquemment, proposer quelques recommandations spécifiques afin de mieux se préparer à une autre éventuelle crise. Ces dernières ont été intégrées dans les explications de notre modèle théorique proposé à la figure 8. Parmi celles-ci, nous avons noté de bonnes pratiques pour améliorer la préparation aux risques de catastrophes (étudier le contexte; respecter le RSI; partager la cartographie des rôles et responsabilités des acteurs; impliquer davantage certaines entités nationales dont la Croix-Rouge; élaborer et mettre au point des scénarios de crise; etc.). Nous avons également offert des recommandations quant à la gestion des crises sanitaires en général,

dont le fait d'opérationnaliser l'approche *One Health*; de renforcer le *leadership* national; de créer un regroupement sectoriel pour la santé; d'autonomiser et doter en ressources les structures nationales; etc. Il était important pour nous d'offrir quelques autres recommandations sur d'autres aspects issus de nos résultats comme les communications, les ressources et les aspects socioculturels. Notre recherche a permis de noter l'importance d'établir des mécanismes de communication non seulement sur les risques, mais aussi entre les organisations impliquées dans la riposte. En termes de ressources, évidemment, des efforts doivent être consentis par l'État pour augmenter le budget national accordé à la santé; assurer la fidélisation des ressources humaines dans le système public; poursuivre la formation continue, accroître la qualité des programmes de formation universitaire et renforcer les recherches dans le domaine de la santé. Au sujet des aspects socioculturels, une culture de l'urgence et du changement est à développer à long terme dans le pays.

Ensuite, pour mieux cibler et comprendre la réponse à la crise d'Ebola en Guinée, nous avons identifié une variété de parties prenantes en provenance des échelles internationale, nationale et locale. Le fait d'interroger et d'observer des entités de diverses natures nous a permis de mieux saisir les défis et enjeux de coordination et de communication pendant l'épidémie d'Ebola. En rencontrant 41 acteurs, nous avons pu dresser un portrait des rôles et responsabilités des principales organisations impliquées dans la gestion des crises sanitaires en Guinée, spécialement dans le tableau 23 à l'annexe 22. Confirmant ce qui se retrouvait dans la littérature, notre cartographie des acteurs modifiée (figure 6, page 169) a démontré que le gouvernement du pays affecté devrait être le premier responsable de la riposte. Ce dernier devrait être appuyé, au besoin et à sa demande, par des organisations internationales diversifiées. De plus, dans une optique de coordination globale d'une épidémie qui dépasse les frontières, l'OMS devrait être fortement impliquée, en respect du RSI, dans les différentes étapes de la gestion et de la coordination. Selon nos résultats, il est clair que les attributions de chacune des organisations qui sont intervenues en Guinée n'ont pas toujours été respectées et que cela a parfois occasionné des mésententes. D'autre part, nous avons pu saisir l'importance de la décentralisation de la gestion pour renforcer les organisations locales (régionales, préfectorales et au sein des districts sanitaires) ainsi que de l'appropriation nationale de la gestion des crises. Souvent moins visible dans les recherches, nous avons tenu à démontrer

l'importance que peuvent avoir les acteurs nationaux et locaux dans la réponse aux crises. À cet égard, nous avons eu la chance d'être témoin des balbutiements de l'ANSS comme cheval de bataille du ministère de la Santé. Nous avons pu voir le travail effectué pendant l'épidémie de rougeole en 2017 ainsi que la notification et l'investigation d'autres maladies à potentiel épidémique dans le pays. Dans une perspective de résilience, il a été intéressant de pouvoir noter le chemin parcouru et les projets de renforcement et de relèvement mis en œuvre post-Ebola. À cet égard, le tableau 16 (page 227) compare l'état avant Ebola et les acquis post-Ebola en termes de résilience. L'omniprésence des partenaires internationaux, même un an après la crise, a démontré l'ampleur du travail à accomplir pour gagner en résilience ainsi qu'en indépendance. Jusqu'à ce jour, des organisations comme l'OMS et le CDC demeurent deux partenaires essentiels, voire indispensables, pour le bon fonctionnement de l'ANSS.

En outre, notre recherche a permis d'appliquer les caractéristiques du modèle de résilience de Kruk et al. (2015) au cas de la Guinée. Ces dernières ont été utilisées comme variables et ont permis de discuter d'un ensemble de méthodes d'intervention efficace en cas de crise sanitaire. Nos résultats ont montré la prédominance de la caractéristique de l'intégration (35 points) qui souligne l'importance de la coordination, de la communication et du partage d'informations entre les parties prenantes impliquées pendant les crises sanitaires. En deuxième position, la caractéristique de la diversité (31 points) démontre le besoin pour les États comme la Guinée de pouvoir faire face à des défis variés en santé et d'offrir des services de qualité grâce à des ressources adéquates. En troisième place, la caractéristique de la conscience (29 points) réfère à la nécessité de bien connaître les forces, les faiblesses et les risques du contexte autant par rapport aux expériences vécues, qu'aux ressources disponibles ou encore aux procédures développées. En quatrième position, l'auto-régulation (26 points) nous a informés sur la rapidité de détection, de notification et d'intervention face aux menaces. En cinquième place, l'adaptabilité (25 points) a exposé les changements de façons de faire, les leçons apprises de la crise et la préparation à une autre crise potentielle. Sommairement, le fait de discuter de ces cinq caractéristiques a détaillé une kyrielle de composantes de la gestion d'Ebola. Même si ces cinq caractéristiques ne sont pas dissociables et agissent les unes sur les autres, notre étude documente l'importance que peut être accordée à celle de l'intégration en Guinée. Cela

démontre que des partenariats efficaces, qui se traduisent par une coordination et un partage d'information, ont plus de chance de mener à des résultats concrets quand on répond à une crise d'ampleur.

Dans le cadre d'une recherche sur Ebola au Libéria, Ling et al. (2017) ont aussi utilisé les variables de Kruk et al. (2015). De notre côté, à la base, nous avons plutôt opté pour montrer l'importance des caractéristiques de la résilience dans le but de faire ressortir les méthodes d'intervention basées sur le concept de la résilience. De leur côté, ils ont noté le degré de changements accomplis pendant la crise d'Ebola pour construire un système résilient, par rapport à chacune des caractéristiques de la résilience. Ils ont conclu que des changements majeurs avaient été notés pour la caractéristique de la conscience. Des changements qualifiés de modérés à majeurs ont été notés dans la caractéristique de l'intégration et des changements modérés par rapport à l'adaptabilité. En contrepartie, ce ne sont que des changements mineurs qu'on a observés pour la diversité et l'auto-régulation dans ce contexte. Dans la même lignée, notre tableau 16 montre également les changements acquis depuis l'épidémie d'Ebola en Guinée. Éventuellement, il pourrait être pertinent de poursuivre nos recherches en comparant les résultats obtenus au Libéria par Ling et al. (2017) et nos résultats obtenus dans le cas de la Guinée. Une étude similaire devrait être réalisée pour la Sierra Leone afin d'avoir une vision globale des trois pays affectés par l'épidémie de 2014.

Par ailleurs, notre recherche se distingue puisque la recension des écrits et l'analyse des résultats ont donné lieu à l'élaboration d'un modèle de gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles pouvant être adapté au contexte. Ce modèle, inspiré des travaux de nombreux chercheurs et chercheuses (Bujones et al., 2013; Comfort, 2002, 2016; Kapucu & Sadiq, 2016; Kruk et al., 2015; La Porte, 2006; Manyena & Gordon, 2015; Therrien, 2010; Therrien et al., 2017), pourra servir de référence à l'avenir. Il comprend une analyse du contexte, une analyse factorielle ainsi qu'une analyse de la résilience. Ce modèle va plus loin que ceux que nous avons présenté dans notre cadre théorique au chapitre 2. Nous pensons qu'il offre une vision assez complète de la gestion d'une crise sanitaire dans un État fragile et qu'il peut être adapté à différents contextes de crise et appliqué à d'autres types de crises sanitaires.

Enfin, notre processus de recherche a fait émerger d'autres thèmes, un peu moins documentés dans la littérature, qui offrent des possibilités de recherche à poursuivre. Nous en avons énoncé plusieurs dans le chapitre 5 de la discussion. Par exemple, les résultats font ressortir beaucoup d'informations sur l'importance de la gestion interculturelle et les différentes perceptions culturelles de la gestion des crises. D'un autre côté, quelques pistes ont été ciblées par rapport aux ressources humaines embauchées dans la fonction publique (vieillesse; fidélisation; politisation; etc.) dans les États fragiles et par rapport à une crise d'envergure comme Ebola.

Au sujet des pistes de recherche plus générale par rapport au sujet, plusieurs idées émergent de notre recherche. Parmi celles-ci, nous pensons qu'une étude comparative serait pertinente à faire avec les autres pays touchés par Ebola entre 2014 et 2016, mais aussi ceux affectés pendant d'autres périodes. Comme mentionné par Calnan et al. (2017), cela pourrait permettre de faire ressortir les similitudes et distinctions entre les pays, mais aussi de permettre un apprentissage quant aux meilleures politiques et pratiques pour renforcer la résilience et la capacité de réponse aux futures épidémies. Il pourrait alors être possible de noter, en fonction de l'importance de la fragilité de l'État en amont de la crise sanitaire, comment cela s'est répercuté sur la réponse à la crise et quel est le degré de résilience post-crise. Par ailleurs, il serait approprié d'utiliser notre modèle tridimensionnel de gestion des crises sanitaires dans les États fragiles pour analyser la résilience d'une autre crise. Pourquoi pas l'épidémie d'Ebola actuellement en cours en RDC qui pose tout autant de défis, sinon plus, puisqu'elle se déroule dans une zone de conflit? Même si la RDC est un État fragile, nous avons pu comprendre dans nos recherches que les défis des épidémies du passé dans ce pays étaient très différents de ceux en Afrique de l'Ouest, en raison d'un contexte complètement différent. Quelques participant.e.s nous ont d'ailleurs dressé un portrait des différences entre les épidémies d'Ebola en RDC avant 2017 et celle qui a eu lieu en Guinée. Spécialement du point de vue de l'analyse contextuelle de notre modèle tridimensionnel, il serait intéressant d'étudier davantage ce cas.

D'un autre côté, plusieurs écrits sur l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest sont toujours en cours de publication et sortent au compte-goutte. Il faudra poursuivre la revue de littérature de ces publications. Comme mentionné par Migliani et al. (2016, p.233), il

reste « à exploiter et à analyser davantage la masse d'informations accumulées pour mieux comprendre l'évolution et la dynamique de cette épidémie et pour identifier parmi les nombreux facteurs contributifs potentiels ceux ayant favorisé et ceux ayant fait obstacle à la diffusion de l'épidémie ». Même si ces auteur.e.s s'intéressaient davantage aux dynamiques épidémiologiques, cette affirmation s'applique tout autant à la gestion de la crise dans son ensemble. Jusqu'aux derniers moments de la rédaction de la thèse, une attention a été portée à la revue des publications d'autres recherches ou rapports sur le sujet.

En dépit des limites de notre recherche évoquées au chapitre 3 (section 3.6, page 80), qui concernent particulièrement le fait que les résultats ne soient pas généralisables, il est clair que cette thèse constitue un atout pour la littérature. Même si nous aurions aimé pouvoir rencontrer encore plus d'acteurs distincts, rester sur le terrain pendant une plus longue période pour observer les simulations d'épidémies organisées en 2018, et faire de l'observation directe dans quelques préfectures décentralisées, il existe diverses limites dans les processus de recherche qui font qu'on tente d'obtenir le plus d'informations possible dans un temps limité et un contexte défini.

Quoi qu'il en soit, notre thèse a permis de répondre à une question importante et a proposé une lecture théorique et pratique d'un cas empirique récent. Elle nous a menés à cibler d'autres pistes de recherche potentielles pour l'avenir spécialement dans le vaste domaine de la résilience, mais plus précisément en ce qui a trait à la résilience des systèmes de santé fragiles face aux crises. Elle a aussi mis en exergue l'importance des recherches multidisciplinaires dans le domaine. À la vue de notre bibliographie, nous notons la variété de documents consultés en provenance de toutes sortes de champs de recherche. La multidisciplinarité de notre objet de recherche se retrouve aussi dans la variété de parties prenantes rencontrées et observées. En santé, nous soutenons que la vision en silo est à proscrire, et qu'il faut ouvrir les horizons pour développer des recherches qui combinent plusieurs disciplines dont les sciences sociales et humaines, sciences de la santé, sciences politiques et sciences administratives.

Maintenant, au plan du transfert des connaissances, nous prévoyons rédiger quelques articles scientifiques basés sur les résultats présentés dans cette thèse. Comme ces publications ne seront pas nécessairement consultées par l'ensemble de notre public cible

qui comprend des praticien.ne.s en développement international, en action humanitaire et en santé globale, nous envisageons la possibilité de diffuser et vulgariser quelques-uns de nos résultats sur des plateformes numériques. Si l'occasion se présente, nous pourrions également contribuer à un ouvrage collectif. Par ailleurs, nous allons partager le présent document avec les parties prenantes concernées et ayant participées à la recherche. Des communications ont déjà été présentées dans des colloques et conférences à l'échelle nationale et internationale. Nous poursuivrons le partage de nos résultats lors d'événements auxquels nous participerons.

Les acteurs rencontrés dans notre recherche s'accordent pour dire qu'Ebola reviendra un jour ou l'autre en Guinée. Est-ce que le pays sera prêt à faire face à la crise? Sera-t-il plus résilient? Une chose est certaine, aujourd'hui, on reconnaît des avancées majeures en termes de préparation à une autre crise sanitaire d'envergure en Guinée. Toutefois, on déplore toujours une dépendance aux partenaires internationaux des points de vue technique et financier. Jusqu'à ce jour, l'ensemble des acteurs rencontrés a affirmé l'incapacité de la Guinée à pouvoir faire face de façon autonome à une grande épidémie. Il n'en demeure pas moins que l'État semble avoir acquis des capacités et compétences qui, dans une optique de résilience, lui permettraient d'agir de façon un peu plus affranchie que lors de l'épidémie entre 2014 et 2016. Dans un monde de plus en plus interconnecté et interdépendant, des recherches sur la santé globale et sur la gestion des maladies à potentiel épidémiques sont plus que bienvenues, surtout avec les risques émergents que posent la mondialisation, les migrations et les changements climatiques.

## **Bibliographie**

- Ade, N., Réne, A., Khalifa, M., Babila, K. O., Monono, M. E., Tarcisse, E., & Nabyonga-Orem, J. (2016). Coordination of the health policy dialogue process in Guinea: pre- and post-Ebola. *BMC Health Services Research*, 16(4), 347-366. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1457-8>
- Adger, W. N. (2003). Building resilience to promote sustainability. An agenda for coping with globalisation and promoting justice. *Newletter of the International Human Dimensions Program on Global Environmental Change*, 1-3.
- Adger, W. N. (2006). Vulnerability. *Global Environmental Change*, 16(3), 268-281. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2006.02.006>
- Adrot, A., & Garreau, L. (2010). Interagir pour improviser en situation de crise. *Revue française de gestion*, n° 203(4), 119-131.
- Agbo, S. (2017, mai). *Réunion consultative sur la Plateforme « une Sante » (One health)*. Présenté à Réunion consultative sur la Plateforme « une Sante » (One health), Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSS).
- Agbo, S., & Sylla, S. (2017, mai). *Compte-rendu de la réunion consultative sur la plateforme « Une Santé » en Guinée*. USAID, Preparedness & Response.
- Agence française de développement (AFD). (2014a). *Création d'un centre de traitement Ebola à Macenta*. Consulté à l'adresse <https://www.afd.fr/fr/print/pdf/node/3830>
- Agence française de développement (AFD). (2014b). *Maîtriser l'épidémie d'Ebola en Guinée*. Consulté à l'adresse <http://www.afd.fr/fr/maitriser-lepidemie-debola-en-guinee>
- Ager, J., Fiddian-Qasmiyeh, E., & Ager, A. (2015). Local faith communities and the promotion of resilience in contexts of humanitarian crisis. *Journal of Refugee Studies*, 28(2), 202-221. <https://doi.org/10.1093/jrs/fev001>
- Alexandre, M. (2013). La rigueur scientifique du dispositif méthodologique d'une étude de cas multiple. *Recherches qualitatives*, 32(1), 26-56.
- Allela, L., Bourry, O., Pouillot, R., Délicat, A., Yaba, P., Kumulungui, B., ... Leroy, E. M. (2005). Ebola Virus Antibody Prevalence in Dogs and Human Risk. *Emerging Infectious Diseases*, 11(3), 385-390. <https://doi.org/10.3201/eid1103.040981>
- Almedom, A. M. (2008). Resilience to Disasters: A Paradigm Shift from Vulnerability to Strength. *African Health Sciences*, 8(Suppl 1), S1-S4.
- ALNAP. (2015). *L'état du système humanitaire*.
- Anadón, M. (2006). La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, 26(1), 5-31.
- Andrews, M. (2013). *The Limits of Institutional Reform in Development*. Consulté à l'adresse <http://ebooks.cambridge.org/ref/id/CBO9781139060974>
- Anoko, J. N. (2016). De la déclaration de fin de l'épidémie de la maladie à virus Ebola de décembre 2015 aux résurgences de 2016 : analyse de réticences prévisibles en Guinée. *Fonds Croix-Rouge française*, (6), 18 pages.
- ANSS. (2017a). *Rapport synthèse - Supervision intégrée des activités de la surveillance dans le district sanitaire de Labé*. Ministère de la Santé, Guinée.
- ANSS. (2017b, avril). *Domaine d'Action: Notification*. Présenté à Conakry, Guinée. Conakry, Guinée.
- ANSS. (2017c, avril). *Évaluation RSI - Domaine d'action: surveillance en temps réel*. Présenté à Conakry, Guinée. Conakry, Guinée.
- ANSS. (2017d, juillet). *Bilan annuel succinct (juillet 2016 – juillet 2017) de l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire*. Ministère de la Santé, Guinée.

- ANSS. (2018a). *Rapport de la cartographie évaluative des risques et de la vulnérabilité de la Guinée*.
- ANSS. (2018b, avril). *Domaine d'action: point d'entrée*. Présenté à Conakry, Guinée. Conakry, Guinée.
- ANSS. (2019, janvier). *Réunion d'information épidémiologique hebdomadaire*.
- Anttila, U. M. A. (2014). Human security and learning in crisis management. *Journal of Humanitarian Logistics and Supply Chain Management*, 4(1), 82-94.
- Arandel, C., Brinkerhoff, D. W., & Bell, M. M. (2015). Reducing fragility through strengthening local governance in Guinea. *Third World Quarterly*, 36(5), 985-1006. <https://doi.org/10.1080/01436597.2015.1025741>
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., & Imbert, P. (2008). *Introduction à la recherche qualitative*. 19, 4.
- Audet, F. (2015). From disaster relief to development assistance: why simple solutions don't work. *International Journal*, 70(1), 110+. Consulté à l'adresse Academic OneFile.
- Averill, J. B. (2002). Matrix Analysis as a Complementary Analytic Strategy in Qualitative Inquiry. *Qualitative Health Research*, 12(6), 855-865.
- Ayukekbong, J. A. (2016). The 2014–2015 Ebola saga: lessons for the future. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(1), 1-2. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206138>
- Azman, A. S., Legros, D., Lessler, J., Luquero, F. J., & Moore, S. M. (2015). Outbreaks of cholera in the time of Ebola: pre-emptive action needed. *The Lancet*, 385(9971), 851. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60178-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60178-7)
- Bah, E. I., Lamah, M.-C., Fletcher, T., Jacob, S. T., Brett-Major, D. M., Sall, A. A., ... Fowler, R. A. (2015). Clinical Presentation of Patients with Ebola Virus Disease in Conakry, Guinea. *New England Journal of Medicine*, 372(1), 40-47. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1411249>
- Bahadur, A. V., Ibrahim, M., & Tanner, T. (2010). *The resilience renaissance? Unpacking of resilience for tackling climate change and disasters*. Consulté à l'adresse <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/123456789/2368>
- Balabanova, D., McKee, M., Mills, A., Walt, G., & Haines, A. (2010). *Review What can global health institutions do to help strengthen health systems in low income countries?* Consulté à l'adresse <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1478-4505-8-22.pdf>
- Baldé, A. M., Traoré, M. S., Baldé, M. A., Barry, M. S., Diallo, A., Camara, M., ... Oularé, K. (2016). Ethnomedical and ethnobotanical investigations on the response capacities of Guinean traditional health practitioners in the management of outbreaks of infectious diseases: The case of the Ebola virus epidemic. *Journal of Ethnopharmacology*, 182, 137-149. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2016.02.021>
- Baldé, T. (2015). Response to the Ebola epidemics in Guinea: Public Health Organisational issues and possible solutions. *African Evaluation Journal*, 3(2). <https://doi.org/10.4102/aej.v3i2.114>
- Baribeau, C., & Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23-45. <https://doi.org/10.7202/1016748ar>
- Barry, M., & Boidin, B. (2012). La coordination de l'aide: Un objectif aux présupposés contestables. *The European Journal of Development Research*, 24(4), 644-662. <https://doi.org/10.1057/ejdr.2012.14>
- Barry, M., & Yaya, S. (2015). *Santé et société : Financement de la santé et efficacité de l'aide internationale : Enjeux, défis et perspectives*. Consulté à l'adresse <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=11078664>

- Benton, B., Handuleh, J., Harris, K., Maruthappu, M., Patel, P., Godman, B., & Finlayson, A. E. (2014). Health in fragile states. *Medicine, Conflict and Survival*, 30(1), 19-27. <https://doi.org/10.1080/13623699.2014.874185>
- Bicaba, A., Koita, A., Muaba, M. M., Fofana, A., & Blanchot, M. (2011, novembre). *Analyse de situation du secteur de la santé et évaluation du PNDS dans le cadre d'une approche sectorielle en République de Guinée*. Programme Fond européen de développement pour la Guinée.
- Birkmann. (2007). *Measuring Vulnerability to Natural Hazards: towards disaster resilient societies*. The Energy and Resources Institute (TERI).
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Boidin, B. (2015). La santé dans une conception élargie : quelles perspectives après les Objectifs du Millénaire pour le développement ? *Mondes en développement*, (170), 7-19.
- Boozary, A., Farmer, P., & Jha, A. (2014). The ebola outbreak, fragile health systems, and quality as a cure. *JAMA*, 312(18), 1859-1860. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.14387>
- Bourke, B. (2014). Positionality: Reflecting on the Research Process. *The Qualitative Report*, 19(33), 1-9.
- Bovis, C. de. (2009). D'une prévention des risques classique à des organisations à haute fiabilité. *Management & Avenir*, (27), 241-259. <https://doi.org/10.3917/mav.027.0241>
- Braithwaite, J., Wears, R. L., & Hollnagel, E. (2016). *Resilient Health Care, Volume 3: Reconciling Work-as-Imagined and Work-as-Done*. CRC Press.
- Breman, J. G., Johnson, K. M., van der Groen, G., Robbins, C. B., Szczeniowski, M. V., Ruti, K., ... Heymann, D. L. (1999). A search for Ebola virus in animals in the Democratic Republic of the Congo and Cameroon: ecologic, virologic, and serologic surveys, 1979-1980. Ebola Virus Study Teams. *The Journal of Infectious Diseases*, 179 Suppl 1, S139-147. <https://doi.org/10.1086/514278>
- Brigaud, T., & Pascal, G. (2015). D'Ebola à l'hépatite C, même combat ! *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, (40), 2-3.
- Brouillet, P. (2013). Évolutions récentes et enjeux futurs de l'appui à la santé par l'aide internationale. Un exemple de nouveaux rapports entre nations ? *Afrique contemporaine*, (243), 106-107.
- Buchanan-Smith, M., & Maxwell, S. (1994). Linking Relief and Development: An Introduction and Overview. *IDS Bulletin*, 25(4), 2-16. <https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.1994.mp25004002.x>
- Buissonnière, M. (2012). La nouvelle donne de la santé globale : dynamiques et écueils. *International Development Policy | Revue internationale de politique de développement*, (3). <https://doi.org/10.4000/poldev.953>
- Bujones, A. K., Jaskiewicz, K., Linakis, L., & McGirr, M. (2013). A Framework for Resilience in Fragile and Conflict-Affected Situations. *USAID*, 61.
- Calnan, M., Gadsby, E. W., Kondé, M. K., Diallo, A., & Rossman, J. S. (2017). The Response to and Impact of the Ebola Epidemic: Towards an Agenda for Interdisciplinary Research. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(5), 402-411. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.104>
- Camara, T. (2017, avril). *Domaine d'action: Moyens médicaux et déploiement de personnels*. Présenté à Conakry, Guinée. Conakry, Guinée.
- Cambien, A. (2008). Une introduction à l'approche systémique: appréhender la complexité. *Centre d'Études sur les réseaux*. Consulté à l'adresse <http://lara.inist.fr/handle/2332/1431>
- Carney, T. J., & Weber, D. J. (2015). Public Health Intelligence: Learning From the Ebola Crisis. *American Journal of Public Health*, 105(9), 1740-1744.

- CDC. (2016a). Ebola (Ebola Virus Disease). Consulté 24 avril 2016, à l'adresse Centers for Disease Control and Prevention website: <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/2014-west-africa/case-counts.html>
- CDC. (2016b, juillet). *CDC in Guinea*. Consulté à l'adresse [https://www.cdc.gov/globalhealth/countries/guinea/pdf/Guinea\\_Factsheet.pdf](https://www.cdc.gov/globalhealth/countries/guinea/pdf/Guinea_Factsheet.pdf)
- CDC. (2018). Our History - Our Story. Consulté à l'adresse Centers for Disease Control and Prevention website: <https://www.cdc.gov/about/history/index.html>
- CDC. (2019). Cost of the Ebola Epidemic. Consulté 27 mai 2019, à l'adresse Centers for Disease Control and Prevention website: [https://www.cdc.gov/vhf/ebola/history/2014-2016-outbreak/cost-of-ebola.html?CDC\\_AA\\_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fvhf%2Febola%2Foutbreaks%2F2014-west-africa%2Fcost-of-ebola.html](https://www.cdc.gov/vhf/ebola/history/2014-2016-outbreak/cost-of-ebola.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fvhf%2Febola%2Foutbreaks%2F2014-west-africa%2Fcost-of-ebola.html)
- Cellule de Communication du Ministère de la Santé. (s. d.). Le Répertoire des structures sanitaires de la Guinée. Consulté 24 mai 2019, à l'adresse Ministère de la Santé - République de Guinée website: <http://sante.gov.gn/le-repertoire-des-structures-sanitaires-de-la-guinee/>
- Chan, M. (2015). Learning from Ebola: readiness for outbreaks and emergencies. *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization*, 93(12), 818,818A.
- Chandes, J., & Paché, G. (2006). La coordination des chaînes logistiques multi-acteurs dans un contexte humanitaire : quels cadres conceptuels pour améliorer l'action ? *Logistique & Management*, 14(1), 33-42. <https://doi.org/10.1080/12507970.2006.11516852>
- Chandler, D. author. (2014a). *Resilience: the governance of complexity*. Consulté à l'adresse <https://login.proxy.bib.uottawa.ca/login?url=http://site.ebrary.com/lib/oculottawa/Doc?id=10869797>
- Chandler, D. (2014b). Beyond neoliberalism: resilience, the new art of governing complexity. *Resilience*, 2(1), 47-63. <https://doi.org/10.1080/21693293.2013.878544>
- Christoplos, I., Mitchell, J., & Liljelund, A. (2001). Re-framing Risk: The Changing Context of Disaster Mitigation and Preparedness. *Disasters*, 25(3), 185-198. <https://doi.org/10.1111/1467-7717.00171>
- Collerette, P. (1997). L'étude de cas au service de la recherche. *Recherche en soins infirmiers*, (50), 81-88.
- Comfort, L. K. (2002). Rethinking Security: Organizational Fragility in Extreme Events. *PAR*, 62(s1), 98-107. <https://doi.org/10.1111/1540-6210.62.s1.18>
- Comfort, L. K. (2007). Crisis Management in Hindsight: Cognition, Communication, Coordination, and Control. *Public Administration Review*, 67(s1), 189-197. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2007.00827.x>
- Comfort, L. K. (2016). Building community resilience to hazards. *Safety Science*, 90(Complete), 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2015.09.031>
- Comfort, L. K., Boin, A., & Demchak, C. C. (2010). *Designing Resilience: Preparing for Extreme Events*. University of Pittsburgh Pre.
- Comfort, L., Ko, K., & Zagorecki, A. (2004). Coordination in Rapidly Evolving Disaster Response Systems. *American Behavioral Scientist*, 48(3), 295-313. <https://doi.org/10.1177/0002764204268987>
- Communauté Humanitaire, & Groupe de travail des urgences. (2012). *Plan de contingence multirisque de la Guinée*. République de Guinée.
- Croix Rouge guinéenne. (2015, août). *Plan stratégique de la Croix Rouge guinéenne 2015-2020*.
- Croix-Rouge française. (2016). *Répondre à une épidémie de maladie à virus Ebola - Guide opérationnel* (2016<sup>e</sup> éd.). Paris [France].
- Cunningham, A. A., Scoones, I., & Wood, J. L. N. (2017). One Health for a changing world: new perspectives from Africa. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 372(1725), 20160162. <https://doi.org/10.1098/rstb.2016.0162>

- Dabo, M. (2017, avril). *Evaluation Externe Conjointe RSI - Domaine d'Action: Vaccination*. Présenté à Conakry, Guinée. Conakry, Guinée.
- Dauphiné, A., & Provitolo, D. (2007). La résilience : un concept pour la gestion des risques. *Annales de géographie*, n° 654(2), 115-125.
- Day, J. M. (2014). Fostering emergent resilience: The complex adaptive supply network of disaster relief. *International Journal of Production Research*, 52(7), 1970-1988. <https://doi.org/10.1080/00207543.2013.787496>
- Deloffre, M. Z. (2016). Human Security Governance: Is UNMEER the way forward? *Global Health Governance*, 41-60.
- Département Communication et Mobilisation sociale. (2017). *Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSS)*. ANSS - Guinée.
- Desclaux, A., & Anoko, J. (2017). L'anthropologie engagée dans la lutte contre Ebola (2014-2016) : approches, contributions et nouvelles questions. *Sante Publique*, Vol. 29(4), 477-485.
- Diakité, A. S. (2014). L'épidémie à virus Ébola en Guinée, ses conséquences sanitaires et socio-économiques. *Bulletin de L'Académie Nationale de Médecine*, 198(8), 1505-1514.
- Diakité, A. S. (2016). Ebola en Guinée: un révélateur des forces et faiblesses. *Alternatives humanitaires*, (Inaugural), 57-65.
- Diallo, A. A. (2017, avril). *Revue des capacités et Développement du Personnel*. Présenté à Conakry, Guinée. Conakry, Guinée.
- Diallo, B., Sissoko, D., Loman, N. J., Bah, H. A., Bah, H., Worrell, M. C., ... Duraffour, S. (2016). Resurgence of Ebola Virus Disease in Guinea Linked to a Survivor With Virus Persistence in Seminal Fluid for More Than 500 Days. *Clinical Infectious Diseases*, 63(10), 1353-1356. <https://doi.org/10.1093/cid/ciw601>
- Diallo, M. L., & Soumah, S. (2017, avril). *Domaine d'action: Evènements d'origine chimique et Situations d'urgence radiologique*. Présenté à Conakry, Guinée. Conakry, Guinée.
- Diop, M., Diagana, O., Nawaz, T., Haque, T., & Magazi, I. (2014, mai 15). *Revue des dépenses publiques de santé - République de Guinée*. République et Guinée, Banque Mondiale.
- Direction nationale des services vétérinaires. (2017, avril). *Domaine d'action: Les zoonoses*. Présenté à Conakry, Guinée. Conakry, Guinée.
- Donovan, G. K. (2014). Ebola, epidemics, and ethics-what we have learned. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 9(1), 1.
- Doumbouya, M. L. (2007). Pauvreté et accessibilité aux services de santé : le cas de la Guinée. *Économie et Solidarités*, 38(2), 137-153.
- Doumbouya, M. L. (2008). Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest: le cas de la Guinée. *Working paper*, (2008-02).
- Dubois, M., Wake, C., Sturridge, S., & Bennet, C. (2015, octobre). *The Ebola response in West Africa - Exposing the politics and culture of international aid*. Humanitarian Policy Group (HPG).
- Dumez, H. (2013). Qu'est-ce qu'un cas et que peut-on attendre d'une étude de cas? *Le libellio d'AEGIS*, 9(2), 13-26.
- Dussault, G., Codjia, L., Zurn, P., & Ridde, V. (2018). Investir dans les ressources humaines pour la santé en Afrique francophone : les apports du projet Muskoka. *Sante Publique*, HS(HS), 9-17.
- Eberwein, W.-D. (2005). Le Paradoxe Humanitaire? Normes et Pratiques. *Cultures et Conflits*, (60), 15-37.
- Elargoubi, A., Khelifa, A. W. B., Haddad, O., Mhalla, S., Sakly, N., & Mastouri, M. (2017). Lessons about Causes and Management of an Ebola Outbreak. *Folia Medica*, 59(4), 387-395. <https://doi.org/10.1515/folmed-2017-0032>

- Epelboin, A. (2014). *Approche anthropologique de l'épidémie de FHV Ebola 2014 en Guinée Conakry* (p. 34) [Research Report]. Consulté à l'adresse OMS website: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01090291>
- Expertise France. (S.d). *Renforcement du système de santé en contexte Ebola et post-Ebola*.
- Facély Diawara, & Croix-Rouge guinéenne. (2016, février). *Expérience de la CRG dans la lutte contre la Maladie à virus Ebola en Guinée*. Présenté à Croix-Rouge guinéenne, Guinée.
- FAO. (2014, septembre 5). *Note sur la sécurité alimentaire - Maladie à virus Ebola (EVD)*.
- Fassin, D. (2006). l'humanitaire contre l'État, tout contre. *Vacarme*, n° 34(1), 15-19.
- FICR, & CICR. (2003). *Les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en tant qu'auxiliaires des pouvoirs publics dans le domaine humanitaire: Conclusions de l'étude effectuée par la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge*.
- Fidler, D. P. (2015). Epic Failure of Ebola and Global Health Security. *The Brown Journal of World Affairs*, XXI(2), 180-198.
- Flahault, A. (2009). Gestion d'une crise sanitaire : l'exemple du chikungunya. *Les Tribunes de la santé*, (22), 53-66.
- Fortin, A., Bi, J. V. B., & Soulimane, A. (2017). Les enseignements de l'épidémie d'Ebola pour une meilleure préparation aux urgences. *Sante Publique*, Vol. 29(4), 465-475.
- Frenk, J., Gómez-Dantés, O., & Moon, S. (2014). From sovereignty to solidarity: a renewed concept of global health for an era of complex interdependence. *The Lancet*, 383(9911), 94-97.
- Frenk, J., & Moon, S. (2013). Governance Challenges in Global Health. *New England Journal of Medicine*, 368(10), 936-942. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1109339>
- Gagnon, Y.-C. (2005). *L' Étude de Cas Comme Méthode de Recherche: Guide de Réalisation*. PUQ.
- Garrett, L. (2007). The Challenge of Global Health. *Foreign Affairs*, 86(1), 14-17.
- Gasquet-Blanchard, C. (2017). L'épidémie d'Ebola de 2013-2016 en Afrique de l'Ouest : analyse critique d'une crise avant tout sociale. *Sante Publique*, Vol. 29(4), 453-464.
- Genest, G. B. (2013). Risques sanitaires et crises politiques au Canada: La pandémie de H1N1, les politiques de santé publique au Canada et la gouvernance globale de la santé (Note de recherche). *Études internationales*, 44(2), 197. <https://doi.org/10.7202/1017535ar>
- Ghaffar, A., Gilson, L., Tomson, G., Viergever, R., & Rottingen, J.-A. (2016). Where is the policy in health policy and systems research agenda? *Bulletin of the World Health Organization*, 94(4), 306-308. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.156281>
- Gilbert, C., & Raphaël, L. (2011). Vers une gestion politique des crises sanitaires ? *Les Tribunes de la santé*, (32), 55-60.
- Gilson, L., & Schneider, H. (2010). Managing scaling up: what are the key issues? *Health Policy and Planning*, 25(2), 97-98. <https://doi.org/10.1093/heapol/czp067>
- Gimm, G., & Nichols, L. M. (2015). Ebola Crisis of 2014: Are Current Strategies Enough to Meet the Long-Run Challenges Ahead? *American Journal of Public Health*, 105(5), E8-E10.
- Gire, S. K., Goba, A., Andersen, K. G., Sealfon, R. S. G., Park, D. J., Kanneh, L., ... Sabeti, P. C. (2014). Genomic surveillance elucidates Ebola virus origin and transmission during the 2014 outbreak. *Science (New York, N.Y.)*, 345(6202), 1369-1372. <https://doi.org/10.1126/science.1259657>
- Gomez-Temesio, V., & Le Marcis, F. (2017). La mise en camp de la Guinée: Ebola et l'expérience postcoloniale. *L'Homme*, (222), 57-90.
- Gostin, L. O., & Friedman, E. (2014). Ebola: a crisis in global health leadership. *The Lancet*, 384, 1323-1325.
- Graham, J. E., Lees, S., Marcis, F. L., Faye, S. L., Lorway, R. R., Ronse, M., ... 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>
- Grange, M. (2014). Ebola : le droit international au soutien de la lutte contre une épidémie transfrontière. *Annuaire Français de Droit International*, 60(1), 685-706. <https://doi.org/10.3406/afdi.2014.4770>
- Greene, R. R., Galambos, C., & Lee, Y. (2004). Resilience Theory. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 8(4), 75-91. [https://doi.org/10.1300/J137v08n04\\_05](https://doi.org/10.1300/J137v08n04_05)
- Gronke, P. (2015). The Politics and Policy of Ebola. *PS: Political Science & Politics*, 48(01), 3-18. <https://doi.org/10.1017/S1049096514001851>
- Grünewald, F., & Burlat, A. (2017). *Collective resolution to enhance accountability and transparency in emergencies - Étude de cas sur l'intégrité de la réponse à Ebola en Guinée*. Transparency International.
- Guillemette, F. (2006). L'approche de la Grounded Theory; pour innover. *Recherches qualitatives*, 26(1), 32-50.
- Guillemette, F., & Luckerhoff, J. (2012). *Méthodologie de la théorisation enracinée fondements, procédures et usages*. Consulté à l'adresse <https://login.proxy.bib.uottawa.ca/login?url=http://site.ebrary.com/lib/oculottawa/Doc?id=10677613>
- Haimes, Y. Y. (2009). On the Definition of Resilience in Systems. *Risk Analysis*, 29(4), 498-501. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.2009.01216.x>
- Hanson, K., Ranson, M. K., Oliveira-Cruz, V., & Mills, A. (2003). Expanding access to priority health interventions: a framework for understanding the constraints to scaling-up. *Journal of International Development*, 15(1), 1-14. <https://doi.org/10.1002/jid.963>
- Hatch, M. J., & Cunliffe, A. L. (2009). *Théorie des organisations - De l'intérêt de perspectives multiples* (2e éd.). Consulté à l'adresse [https://books.google.com/books/about/Th%C3%A9orie\\_des\\_organisations.html?id=Xp7p2katgSEC](https://books.google.com/books/about/Th%C3%A9orie_des_organisations.html?id=Xp7p2katgSEC)
- Hatcher, P. (2003). Le Modèle de développement intégré: vers une harmonisation des orientations stratégiques de l'aide au développement. *Canadian Journal of Development Studies/Revue canadienne d'études du développement*, 24(4), 634-651. <https://doi.org/10.1080/02255189.2003.9668949>
- Heron, R. J. L. (2016). Ebola—what have we learned from the recent outbreak? *Occupational Medicine*, 66(1), 4-7. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv163>
- Heymann, D. L., Chen, L., Takemi, K., Fidler, D. P., Tappero, J. W., Thomas, M. J., ... Rannan-Eliya, R. P. (2015). Global health security: the wider lessons from the west African Ebola virus disease epidemic. *The Lancet*, 385(9980), 1884-1901. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60858-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60858-3)
- Holling, C. S. (1973). Resilience and Stability of Ecological Systems. *Annual Review of Ecology and Systematics*, 4, 1-23.
- Holling, C. S. (1996). Surprise for Science, Resilience for Ecosystems, and Incentives for People. *Ecological Applications*, 6(3), 733-735. <https://doi.org/10.2307/2269475>
- Houéto, D., & Sambiéni, N. E. (2016). La réforme des compétences essentielles et la formation en santé en Afrique dans la perspective des Objectifs de développement durable. *Global Health Promotion*, 23(1), 83-84. <https://doi.org/10.1177/1757975916629625>
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie, The Semi-structured Interview: at the Border of Public Health and Anthropology. *Recherche en soins infirmiers*, (102), 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
- Institut Pasteur. (s. d.). L'Institut Pasteur de Guinée inaugure son premier laboratoire à Conakry. Consulté 25 février 2019, à l'adresse Institut Pasteur website:

- <https://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/institut-pasteur-monde/actualites/institut-pasteur-guinee-inaugure-son-premier-laboratoire-conakry>
- Inter-Agency Standing Committee. (2009). *Guide Responsabilité Sectorielle Santé - Guide pratique pour la création d'un groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau national*.
- Jabot, F., & Kane, H. (2017). Du temps de l'urgence à celui de la réflexion : requestionner les approches de santé publique après Ebola. *Sante Publique, Vol. 29(4)*, 451-452.
- Jamison, D. T., Frenk, J., & Knaul, F. (1998). International collective action in health: objectives, functions, and rationale. *The Lancet, 351(9101)*, 514-517.
- Jouffroy, R., Nahon, M., Delpech, P., Puidupin, A., Tourtier, J.-P., Carli, P., & Vivien, B. (2015). Comment organiser les soins pré- et intrahospitaliers en cas d'affluence massive de patients ? *Réanimation, 24(5)*, 557-572. <https://doi.org/10.1007/s13546-015-1100-4>
- Kapucu, N. (2005). *Interorganizational Coordination in Dynamic Context: Networks in Emergency Response Management*. 16.
- Kapucu, N. (2006). Interagency Communication Networks During Emergencies: Boundary Spanners in Multiagency Coordination. *The American Review of Public Administration, 36(2)*, 207-225. <https://doi.org/10.1177/0275074005280605>
- Kapucu, N. (2008). Collaborative emergency management: better community organising, better public preparedness and response. *Disasters, 32(2)*, 239-262. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7717.2008.01037.x>
- Kapucu, N. (2012). Disaster and emergency management systems in urban areas. *Cities, 29*, S41-S49. <https://doi.org/10.1016/j.cities.2011.11.009>
- Kapucu, N., & Sadiq, A.-A. (2016). Disaster Policies and Governance: Promoting Community Resilience. *Politics and Governance, 4(4)*, 58-61.
- Katsuma, Y. (2017). Ebola Virus Disease Outbreak in Guinea in 2014: Lessons Learnt for Global Health Policy. *Journal of Asia-Pacific Studies (Waseda University)*, (28).
- Keita, S. (2017a). *Présentation sur l'expérience guinéenne dans la gestion de la réponse à l'épidémie de la maladie à virus Ebola*. Présenté à Guinée. Guinée.
- Keita, S. (2017b, juillet). *Système de surveillance épidémiologique en République de Guinée*. Présenté à Guinée. Guinée.
- Keita, S., Touré, Y., Kourouma, F. S., Condé, S., Yattara, F., & Djemes, R. (2017, avril). *Guinée - Domaine d'action : Legislation, politiques et financement*. Présenté à Conakry, Guinée. Conakry, Guinée.
- Kekulé, A. S. (2015). Learning from Ebola Virus: How to Prevent Future Epidemics. *Viruses, 7(7)*, 3789-3797. <https://doi.org/10.3390/v7072797>
- Kervern, G. Y. (2005). Émergence et histoire des cindyniques - Déconstruction de la destruction. *Colloque Intelligence de la Complexité, Epistémologie et Pragmatique*, 19.
- Kervern, G.-Y., & Pateyron, E. (1995). Quelques outils de cindynique urbaine (Some tools for city cindynics). *Bulletin de l'Association de Géographes Français, 72(2)*, 183-192. <https://doi.org/10.3406/bagf.1995.1819>
- Kieny, M. P., Bekedam, H., Dovlo, D., Fitzgerald, J., Habicht, J., Harrison, G., ... Travis, P. (2017). Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development. *Bulletin of the World Health Organization, 95(7)*, 537-539. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.187476>
- Kieny, M. P., & Dovlo, D. (2015a). Beyond Ebola: a new agenda for resilient health systems. *The Lancet, 385(9963)*, 91-92. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62479-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62479-X)
- Kieny, M. P., & Dovlo, D. (2015b). Beyond Ebola: a new agenda for resilient health systems. *The Lancet, 385(9963)*, 91-92. [http://dx.doi.org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1016/S0140-6736\(14\)62479-X](http://dx.doi.org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1016/S0140-6736(14)62479-X)

- Kieny, M.-P., Evans, D. B., Schmets, G., & Kadandale, S. (2014). Health-system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 850-850. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.149278>
- Kingsley, P., & Taylor, E. M. (2017). One Health: competing perspectives in an emerging field. *Parasitology*, 144(01), 7-14. <https://doi.org/10.1017/S0031182015001845>
- Koch, T. (2016). Ebola in West Africa: lessons we may have learned. *International Journal of Epidemiology*, 45(1), 5-12. <https://doi.org/10.1093/ije/dyv324>
- Koivogui, L. (2017, avril). *Domaine d'Action - Sureté et sécurité biologique*. Présenté à Évaluation externe du Règlement sanitaire internationale (RSI), Conakry, Guinée.
- Kourouma, F. S. (2017, avril). *Guinée - Domaine d'action: Coordination, communication et promotion du RSI*. Présenté à Conakry, Guinée. Conakry, Guinée.
- Kruk, M. E., Freedman, L. P., Anglin, G. A., & Waldman, R. J. (2010). Rebuilding health systems to improve health and promote statebuilding in post-conflict countries: A theoretical framework and research agenda. *Social Science & Medicine*, 70(1), 89-97. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.042>
- Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T., & Dahn, B. T. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*, 385(9980), 1910-1912. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3)
- La Porte, T. M. (2006). Organizational strategies for complex system resilience, reliability, and adaptation. *Seeds of Disaster, Roots of Response: How Private Action Can Reduce Public Vulnerability*, 135-153.
- Lacroix, I., & St-Arnaud, P.-O. (2012). La gouvernance: tenter une définition. *Cahiers de recherche en politique appliquée*, 4(3), 19-37.
- Lahm, S. A., Kombila, M., Swanepoel, R., & Barnes, R. F. W. (2007). Morbidity and mortality of wild animals in relation to outbreaks of Ebola haemorrhagic fever in Gabon, 1994-2003. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 101(1), 64-78. <https://doi.org/10.1016/j.trstmh.2006.07.002>
- Lai, K.-M., Ramirez, C., Liu, W., Kirilova, D., Vick, D., Mari, J., ... Osaro, L. (2015). Bridging the sanitation gap between disaster relief and development. *Disasters*, 39(4), 648-664. <https://doi.org/10.1111/disa.12127>
- Lebov, J., Grieger, K., Womack, D., Zaccaro, D., Whitehead, N., Kowalczyk, B., & MacDonald, P. D. M. (2017). A framework for One Health research. *One Health*, 3, 44-50. <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2017.03.004>
- Leroy, E. M., Epelboin, A., Mondonge, V., Pourrut, X., Gonzalez, J.-P., Muyembe-Tamfum, J.-J., & Formenty, P. (2009). Human Ebola outbreak resulting from direct exposure to fruit bats in Luebo, Democratic Republic of Congo, 2007. *Vector Borne and Zoonotic Diseases (Larchmont, N.Y.)*, 9(6), 723-728. <https://doi.org/10.1089/vbz.2008.0167>
- Leroy, E. M., Kumulungui, B., Pourrut, X., Rouquet, P., Hassanin, A., Yaba, P., ... Swanepoel, R. (2005). Fruit bats as reservoirs of Ebola virus. *Nature*, 438(7068), 575-576. <https://doi.org/10.1038/438575a>
- Liang, L.-L., & Mirelman, A. J. (2014). Why do some countries spend more for health? An assessment of sociopolitical determinants and international aid for government health expenditures. *Social Science & Medicine*, 114, 161-168. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.044>
- Ling, E. J., Larson, E., Macauley, R. J., Kodl, Y., VanDeBogert, B., Baawo, S., & Kruk, M. E. (2017). Beyond the crisis: did the Ebola epidemic improve resilience of Liberia's health system? *Health Policy and Planning*, 32(suppl\_3), iii40-iii47. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx109>
- Magassouba, N., & Savané, A. (2017, avril). *Domaine d'action : Système national de laboratoires*. Présenté à Conakry, Guinée. Conakry, Guinée.

- Manset, D., Hikkerova, L., & Sahut, J.-M. (2017). Repenser le modèle humanitaire : de l'efficacité à la résilience. *Gestion et management public, Volume 5 / n° 4(2)*, 85-108.
- Manyena, S. B., & Gordon, S. (2015). Bridging the concepts of resilience, fragility and stabilisation. *Disaster Prevention and Management, 24(1)*, 38-52.
- Martel, A. (2014). Coordination humanitaire en Haïti : le rôle des clusters dans l'externalisation de l'aide. *Mondes en développement, n° 165(1)*, 65-78.
- Martineau, F. P. (2016). People-centred health systems: building more resilient health systems in the wake of the Ebola crisis. *International Health, 8(5)*, 307-309.  
<https://doi.org/10.1093/inthealth/ihw029>
- Mathonnat, J. (2008). Financement public de la santé en Afrique, contraintes budgétaires et paiements directs par les usagers : regards sur des questions essentielles. *Comptes Rendus Biologies, 331(12)*, 942-951. <https://doi.org/10.1016/j.crvi.2008.08.008>
- Matua, G. A., Wal, D. M. V. der, Locsin, R. C., Matua, G. A., Wal, D. M. V. der, & Locsin, R. C. (2015). Ebola hemorrhagic fever outbreaks: strategies for effective epidemic management, containment and control. *Brazilian Journal of Infectious Diseases, 19(3)*, 308-313. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2015.02.004>
- Mbaye, E. M., Kone, S., Kâ, O., & Mboup, S. (2017). Évolution de l'implication des communautés dans la riposte à Ebola. *Sante Publique, Vol. 29(4)*, 487-496.
- McInnes, C. (2015). WHO's next? Changing authority in global health governance after Ebola. *International Affairs, 91(6)*, 1299-1316.
- McIntyre, D., & Kutzin, J. (2017). *Diagnostic pour le financement de la santé : les bases de l'élaboration d'une stratégie nationale*. Organisation Mondiale de la Santé.
- Médecins sans frontières. (2015a). *Poussés au-delà de nos limites - Une année de lutte contre la plus vaste épidémie d'Ebola de l'Histoire* (p. 24 pages).
- Médecins sans frontières. (2015b, mars 23). *Poussés au-delà de nos limites - Une année de lutte contre la plus vaste épidémie d'Ebola de l'Histoire*. Consulté à l'adresse <https://www.msf.fr/communiqués-presse/ebola-rapport-au-dela-de-nos-limites>
- Méliani, V. (2013). Choisir l'analyse par théorisation ancrée: illustration des apports et des limites de la méthode. *Recherches qualitatives, Hors-série, 15*, 435-452.
- Meyer, D., Kirk Sell, T., Schoch-Spana, M., Shearer, M. P., Chandler, H., Thomas, E., ... Toner, E. (2017). Lessons from the domestic Ebola response: Improving health care system resilience to high consequence infectious diseases. *American Journal of Infection Control. https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.11.001*
- Migliani, R., Keïta, 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>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e éd.). Paris: De Boeck.
- Milleliri, J.-M. (2014). Could Ebola be an opportunity for health systems? *Médecine et Santé Tropicales, (4)*, 341-342. <https://doi.org/10.1684/mst.2014.0433>
- Millet-Devalle, A. (2016). Les systèmes internationaux de sécurité à l'épreuve d'une épidémie régionale : la maladie à virus Ebola en Afrique. *Annuaire français de relations internationales*. Consulté à l'adresse <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01765855>
- Ministère de la Santé. (2003, août). *Plan national de développement sanitaire 2003-2012*. République de Guinée.
- Ministère de la Santé. (2012, octobre). *Annuaire statistique sanitaire - Santé en chiffres 2011*. République de Guinée.
- Ministère de la Santé. (2014a, septembre 8). *Note de service No 1 / Portant composition de la Cellule Technique de Coordination de la Lutte Contre la Maladie à Virus Ebola*. République de Guinée.

- Ministère de la Santé. (2014b, novembre). *Politique nationale de santé - Un engagement pour bâtir un système de santé performant*. République de Guinée.
- Ministère de la Santé. (2015a). *Plan de relance et de résilience du système de santé 2015-2017*. République de Guinée.
- Ministère de la Santé. (2015b, mars). *Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2024*. République de Guinée.
- Ministère de la Santé. (2015c, avril). *Plan de relance du système de santé (2015-2017)*. Guinée.
- Ministère de la Santé. (2015d, octobre 2). *Compact national santé 2015-2017 - Accroître les efforts et les ressources pour la Santé en vue d'atteindre les ODD à l'horizon 2030*. République de Guinée.
- Ministère de la Santé. (2016, mai). *Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) 2017-2019*. République de Guinée.
- Ministère de la Santé. (2017, mars 15). *Rapport de l'atelier sur l'harmonisation de la coordination du secteur Santé*. Guinée.
- Ministère de la Santé. (2018, octobre). *Affectations au ministère de la Santé : De nouvelles dispositions*. Cellule de Communication du Gouvernement.
- Ministère de la Santé, Direction nationale de la Santé publique, & Division prévention et lutte contre la maladie. (2011, juin). *Plan stratégique national intégré de lutte contre les maladies tropicales négligées en Guinée (2011- 2015)*. République de Guinée.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique. (2016). *Arrêté No 2016 6451 MS/CAB/SGG Portant attributions, et fonctionnement des départements techniques de l'Agence nationale de sécurité sanitaire*.
- Ministère de la Santé, & Ministère de l'Environnement des Eaux et Forêts. (2017, mai). *Evaluation de la Vulnérabilité et de l'Adaptation (EVA) aux changements climatiques dans le secteur de la Santé - Rapport d'étude*. Guinée.
- Ministère de la Santé, & Organisation ouest africaine de la santé. (2017a, avril 7). *Rapport synthèse de l'atelier de préparation du Plan d'Action Opérationnel 2017 de la Guinée du projet Régional d'Amélioration des Systèmes de Surveillance des Maladies en Afrique de l'Ouest (REDISSE)*.
- Ministère de la Santé, & Organisation ouest africaine de la santé. (2017b, mai 21). *Rapport synthèse de Atelier de finalisation du Plan d'Action Opérationnel 2017 du projet Régional d'Amélioration des Systèmes de Surveillance des Maladies en Afrique de l'Ouest (REDISSE)*.
- Mobula, L. M., Nakao, J. H., Walia, S., Pendarvis, J., Morris, P., & Townes, D. (2018). A humanitarian response to the West African Ebola virus disease outbreak. *Journal of International Humanitarian Action*, 3(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s41018-018-0039-2>
- Morin, E. (1976). Pour une crisologie. *Communications*, 25(1), 149-163. <https://doi.org/10.3406/comm.1976.1388>
- Morin, E. (2004). Un défi à la connaissance. *L'actualité Poitou-Charentes*, (68), 4.
- Morin, E. (2005). Complexité restreinte, complexité générale. *Colloque « Intelligence de la complexité : épistémologie et pragmatique »*, 16.
- Morin, E., Ciurana, E.-R., & Motta, R. (2003). *Eduquer pour l'ère planétaire : La pensée complexe comme Méthode d'apprentissage dans l'erreur et l'incertitude humaines*. Paris: Jacob Duvernet.
- Moulin, A. M. (2015). L'anthropologie au défi de l'Ebola. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, (11). <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1954>
- Mukamurera, J., Lacourse, F., & Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26(1), 110-138.

- Newbrander, W., Waldman, R., & Shepherd-Banigan, M. (2011). Rebuilding and strengthening health systems and providing basic health services in fragile states. *Disasters*, 35(4), 639-660. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7717.2011.01235.x>
- Ng, N. Y., & Ruger, J. P. (2011). Global health governance at a crossroads. *Global health governance: the scholarly journal for the new health security paradigm*, 3(2), 1.
- Niang, C. I. (2014). Ebola : une épidémie postcoloniale. *Politique étrangère, Hiver*(4), 97-109.
- Nierle, T., & Jochum, B. (2014, août 28). Ebola : les ratés de la réponse mondiale à l'épidémie. *Le Temps*. Consulté à l'adresse <https://www.letemps.ch/opinions/2014/08/28/ebola-rates-reponse-internationale>
- Nunes, J. (2016). Ebola and the production of neglect in global health. *Third World Quarterly*, 37(3), 542-556. <https://doi.org/10.1080/01436597.2015.1124724>
- OCDE. (2005, mars). *Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et programme d'action d'Accra*.
- OCDE. (2010). *L'engagement international dans les États fragiles*. Consulté à l'adresse <http://www.oecd.org/fr/pays/soudandusud/48725070.pdf>
- OCDE. (2012). *L'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé*. Consulté à l'adresse [http://www.oecd-ilibrary.org/development/l-efficacite-de-l-aide-dans-le-secteur-de-la-sante\\_9789264174658-fr](http://www.oecd-ilibrary.org/development/l-efficacite-de-l-aide-dans-le-secteur-de-la-sante_9789264174658-fr)
- OCDE. (2016). *États de fragilité 2015*. Consulté à l'adresse [http://www.oecd-ilibrary.org/development/etats-de-fragilite-2015\\_9789264248878-fr](http://www.oecd-ilibrary.org/development/etats-de-fragilite-2015_9789264248878-fr)
- OCDE. (2018). *États de fragilité 2018*. Consulté à l'adresse [https://read.oecd-ilibrary.org/development/etats-de-fragilite-2018\\_9789264308916-fr#page1](https://read.oecd-ilibrary.org/development/etats-de-fragilite-2018_9789264308916-fr#page1)
- OCHA. (2008). *Préparation à une réponse efficace en cas de catastrophe*. Nations unies.
- OCHA. (2015, juillet). *Strengthening border surveillance between Ebola affected countries*. Ebola Bulletin.
- OCHA Guinée. (2009, octobre 12). *Guinée : Bulletin Humanitaire Hebdomadaire, 1-12 Octobre 2009*.
- Office of the United Nations Special Envoy on Ebola. (2015a). *Resources for Results IV*.
- Office of the United Nations Special Envoy on Ebola. (2015b). *Resources for Results V*.
- Office of the United Nations Special Envoy on Ebola. (2016). *Overview of Needs and Requirements for the Ebola Response Phase 3 Framework*.
- OIM, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), USAID, & Institut national de la statistique (INS). (2016, janvier 28). *Cartographie des risques de santé publique dans les zones frontalières - Manuel du superviseur des enquêtes*.
- OMS (Éd.). (2006). *Règlement sanitaire international: (2005) (2. ed)*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- OMS. (2009a). *Personnel de santé, infrastructures sanitaires et médicaments essentiels*. Consulté à l'adresse [http://www.who.int/whosis/whostat/FR\\_WHS09\\_Table6.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS09_Table6.pdf)
- OMS. (2009b). *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2008-2013 - Guinée*. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.
- OMS. (2014, septembre 22). Tout a commencé en Guinée: l'épidémie a continué à couvrir – sans être détectée – pendant plus de trois mois. Consulté à l'adresse Organisation mondiale de la Santé website: <http://www.who.int/csr/disease/ebola/ebola-6-months/guinea/fr/>
- OMS. (2015a). *Épidémie de maladie à virus Ebola 2014 : situation et difficultés actuelles – comment enrayer l'épidémie – préparation dans les pays et les régions non touchés. Rapport du Secrétariat* (Soixante-huitième assemblée mondiale de la santé N° A68/24; p. 7 pages). Consulté à l'adresse [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253531/A68\\_24-fr.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253531/A68_24-fr.pdf?sequence=1)
- OMS. (2015b). *Plan de riposte stratégique de l'OMS - Flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest*.

- OMS. (2015c). *Plan stratégique de l'OMS sur six ans visant à réduire l'impact des situations d'urgence et des catastrophes 2014-2019*. Éditions de l'OMS.
- OMS. (2015d, juillet). *Rapport du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola*. Consulté à l'adresse <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report-fr.pdf?ua=1>
- OMS. (2017a). Coordination des personnels de santé dans les situations d'urgence ayant des conséquences sanitaires - Rapport du Secrétariat. *SOIXANTE-DIXIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ*, (A70/11).
- OMS. (2017b). *Évaluation externe conjointe des principales capacités RSI de la République de Guinée: rapport de mission: 23-28 avril 2017*.
- OMS. (2017c, avril). *Évaluation Externe Conjointe de la mise en œuvre des capacités du RSI (2005)*. Présenté à Conakry, Guinée. Conakry, Guinée.
- OMS. (2017d, décembre 11). Global Health Observatory data repository. Consulté à l'adresse <http://apps.who.int/gho/data/?theme=main#ndx-H>
- OMS. (2018). *État de la santé dans la région africaine de l'OMS: analyse de la situation, des services et des systèmes de santé dans le contexte des objectifs de développement durable*. Bureau régional de l'Afrique.
- ONU. (2005). *Rapport de la Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes* (N° A/CONF.206/6). Consulté à l'adresse <http://www.unisdr.org/2005/wcdr/intergover/official-doc/L-docs/Hyogo-framework-for-action-french.pdf>
- ONU. (2015, juillet 24). Document officiel des Nations Unies. Consulté 13 août 2016, à l'adresse [http://www.un.org/fr/documents/view\\_doc.asp?symbol=A/69/992](http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/69/992)
- ONU, & Commission de l'Union africaine. (2011, mars). *Note d'information: 10 ans après « L'engagement d'Abuja » d'allouer 15% des budgets nationaux à la santé*. Nations unies.
- OXFAM. (2015, avril). *Plus jamais ça! Mettre en place des systèmes de santé résilients et tirer les enseignements de la crise liée à Ebola*. Document d'information d'OXFAM.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, (23), 147. <https://doi.org/10.7202/1002253ar>
- PAM. (2016, avril 19). Recrudescence d'Ebola : la réponse du PAM. Retour sur la logistique. Consulté 15 février 2019, à l'adresse ReliefWeb website: <https://reliefweb.int/report/guinea/recrudescence-d-ebola-la-r-ponse-du-pam-retour-sur-la-logistique>
- Pascale, R. T. (1999). Surfing the Edge of Chaos. *Sloan Management Review*, 40(3). Consulté à l'adresse <https://search-proquest-com.proxy.bib.uottawa.ca/docview/1302989819/abstract/854A9EEE71784A7DPQ/1>
- Pasteur, K. (2011). *From vulnerability to resilience: a framework for analysis and action to build community resilience*. Bourton on Dunsmore, Rugby, Warwickshire: Practical Action Publishing.
- Patterson, D. A. (2015). Le virus Ebola: un révélateur d'inégalités biomédicales et une intervention internationale hétérogène. *Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 11. Consulté à l'adresse <http://anthropologiesante.revues.org/1914>
- Pavy, G. (2007). Chapitre 1. Le leadership en situation. Dans *Méthodes & Recherches. Formes de l'agir stratégique* (p. 53-176). Consulté à l'adresse <http://www.cairn.info/formes-de-l-agir-strategique--9782804153267-page-153.htm>
- Perrings, C. (2006). Resilience and sustainable development. *Environment and Development Economics*, 11(04), 417. <https://doi.org/10.1017/S1355770X06003020>
- Philips, M., & Markham, Á. (2014). Ebola: a failure of international collective action. *The Lancet*, 384(9949), 1181. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61606-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61606-8)

- Pillonel, J. (2010). Gestion des alertes sanitaires et risque émergent. *Transfusion Clinique et Biologique*, 17(5-6), 291-295. <https://doi.org/10.1016/j.tracli.2010.09.155>
- Plucinski, M. M., Guilavogui, T., Sidikiba, S., Diakité, N., Diakité, S., Dioubaté, M., ... others. (2015). Effect of the Ebola-virus-disease epidemic on malaria case management in Guinea, 2014: a cross-sectional survey of health facilities. *The Lancet Infectious Diseases*, 15(9), 1017–1023.
- PNUD. (s. d.). *GUINÉE - La riposte face à Ebola*. Consulté à l'adresse <http://www.undp.org/content/undp/fr/home/librarypage/crisis-prevention-and-recovery/undp-ebola-response-guinea.html>
- Poku, N. K., & Whitman, J. (2011). The Millennium Development Goals and Development after 2015. *Third World Quarterly*, 32(1), 181-198. <https://doi.org/10.1080/01436597.2011.543823>
- Poncin, M. (2016). À la rencontre des autorités nationales: l'expérience guinéenne de Médecins Sans Frontières pendant l'épidémie d'Ebola. *Alternatives Humanitaires*, (3), 28-39.
- Présidence de la République de Guinée. (2016, juillet 4). *Décret D/2016 205/PRG/SGG Portant création, attributions, organisation et fonctionnement de l'Agence nationale de sécurité sanitaire*.
- Prévost, P., & Roy, M. (2017). Chapitre 6. L'étude de cas. Dans *Paramètres. Les approches qualitatives en gestion* (p. 135-162). Consulté à l'adresse <http://books.openedition.org/pum/2992>
- Proulx, D., & Brière, S. (2014). Caractéristiques et succès des projets de développement international : Que peuvent nous apprendre les gestionnaires d'ONG? *Canadian Journal of Development Studies / Revue canadienne d'études du développement*, 35(2), 249-264. <https://doi.org/10.1080/02255189.2014.900478>
- Quenault, B. (2015). De Hyōgo à Sendai, la résilience comme impératif d'adaptation aux risques de catastrophe: nouvelle valeur universelle ou gouvernement par la catastrophe ? *Développement durable et territoires. Économie, géographie, politique, droit, sociologie*, 6(3). Consulté à l'adresse <http://developpementdurable.revues.org/11010>
- Quinn, J., Stoeva, P., Zelený, T., Nanda, T., Tomanová, A., & Bencko, V. (2017). Public Health Crisis: The Need for Primary Prevention in Failed and Fragile States. *Central European Journal of Public Health*, 25(3), 171-176. <http://dx.doi.org.proxy.bib.uottawa.ca/10.21101/cejph.a4671>
- Raffinot, M. (2010). L'appropriation (ownership) des politiques de développement : de la théorie à la pratique. *Mondes en développement*, n° 149(1), 87-104.
- Reich, M. R., Takemi, K., Roberts, M. J., & Hsiao, W. C. (2008). Global action on health systems: a proposal for the Toyako G8 summit. *The Lancet*, 371(9615), 865–869.
- République de Guinée. (2018). *Contribution nationale volontaire à la mise en oeuvre des ODD au Forum politique de haut niveau - Rapport national (Draft 3)*.
- République de Guinée, & République de Sierra Leone. (2015, mars 25). *Protocole d'accord entre le district de Kambia - République de Sierra Leone - et la préfecture de Forécariah - République de Guinée - en ce qui concerne la surveillance de la maladie à virus Ebola et la coordination des interventions transfrontalières*.
- Revet, S. (2009). *Les organisations internationales et la gestion des risques et des catastrophes 'naturels'*. 31.
- Rickles, D., Hawe, P., & Shiell, A. (2007). A simple guide to chaos and complexity. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), 933-937. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.054254>
- Rico, A., Brody, D., Coronado, F., Rondy, M., Fiebig, L., Carcelen, A., ... Dahl, B. A. (2016). Epidemiology of Epidemic Ebola Virus Disease in Conakry and Surrounding Prefectures, Guinea, 2014–2015. *Emerging Infectious Diseases*, 22(2), 178-183. <https://doi.org/10.3201/eid2202.151304>

- Ridde, V. (2012). Réflexions sur les per diem dans les projets de développement en Afrique. *Bulletin de l'APAD*, (34-36). Consulté à l'adresse <http://journals.openedition.org/apad/4111>
- Roca, A., Afolabi, M. O., Saidu, Y., & Kampmann, B. (2015). Ebola: A holistic approach is required to achieve effective management and control. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 135(4), 856-867. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2015.02.015>
- Rocha de Siqueira, I. (2019). *Independent Review of the G7+*. BRICS Policy Center, International Relations Institute PUC-Rio.
- RTI International. (s. d.). Combating Ebola in Guinea - Empowering communities to stop the spread of disease. Consulté 25 février 2019, à l'adresse RTI website: <https://www.rti.org/impact/combating-ebola-guinea>
- Ruger, J. P. (2012). Global health governance as shared health governance. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(7), 653-661. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.101097>
- Salès-Wuillemin, E. (2006). *Méthodologie de l'enquête: : De l'entretien au questionnaire*. Presses Universitaires de France.
- Saliba-Couture, C. (2011). L'appropriation et la Déclaration de Paris: Un discours convaincant, mais en sommes-nous convaincus? *Canadian Journal of Development Studies/Revue canadienne d'études du développement*, 32(2), 180-195. <https://doi.org/10.1080/02255189.2011.596030>
- Salignon, P., & Absolu, A. (2015). L'action de l'État français en Guinée : envers et par-delà Ebola. *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, (40), 52-63.
- Savané, A., Bah, M. K., Bilé, C. E., & Sanogo, O. Y. (2017, juin 8). *Rapport de mission d'évaluation des capacités du laboratoire régional de Kankan*.
- Savoie-Zajc, L. (2006). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives*, 99-111.
- Schieber, G., Fleisher, L., & Gottret, P. (2006). Getting Real on Health Financing. *Finance & Development*, 43(4), 46-50.
- Seaman, J. (1994). Relief, Rehabilitation and Development: Are the Distinctions Useful? *IDS Bulletin*, 25(4), 33-36. <https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.1994.mp25004005.x>
- Serre, D., Barroca, B., & Laganier, R. (2013). *Resilience and urban risk management: proceedings of the conference « How the concept of resilience is able to improve urban risk management? : a temporal and a spatial analysis », Paris, France, 3-4 November 2011*. Consulté à l'adresse <https://login.proxy.bib.uottawa.ca/login?url=http://www.taylorfrancis.com/books/9780203072820>
- Shoman, H., Karafillakis, E., & Rawaf, S. (2017). The link between the West African Ebola outbreak and health systems in Guinea, Liberia and Sierra Leone: a systematic review. *Globalization and Health*, 13(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0224-2>
- Similon, A. (2009). La concurrence: source de non-coordination entre ONG du Nord? Dans *Éclairage Nord-Sud: Vol. 1. ONG et acteurs locaux : l'ultime alternative ?* (Presses universitaires de Namur). Consulté à l'adresse [https://books.google.com/books/about/ONG\\_et\\_acteurs\\_locaux\\_1\\_ultime\\_alternati.html?id=0YV5icCXHeIC](https://books.google.com/books/about/ONG_et_acteurs_locaux_1_ultime_alternati.html?id=0YV5icCXHeIC)
- Sollis, P. (1994). The Relief-Development Continuum: Some Notes on Rethinking Assistance for Civilian Victims of Conflict. *Journal of International Affairs*, 47(2), 451-471.
- Somparé, A. (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>
- Soumah, S. (2017, avril). *Domaine d'action: Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité*. Présenté à Conakry, Guinée. Conakry, Guinée.

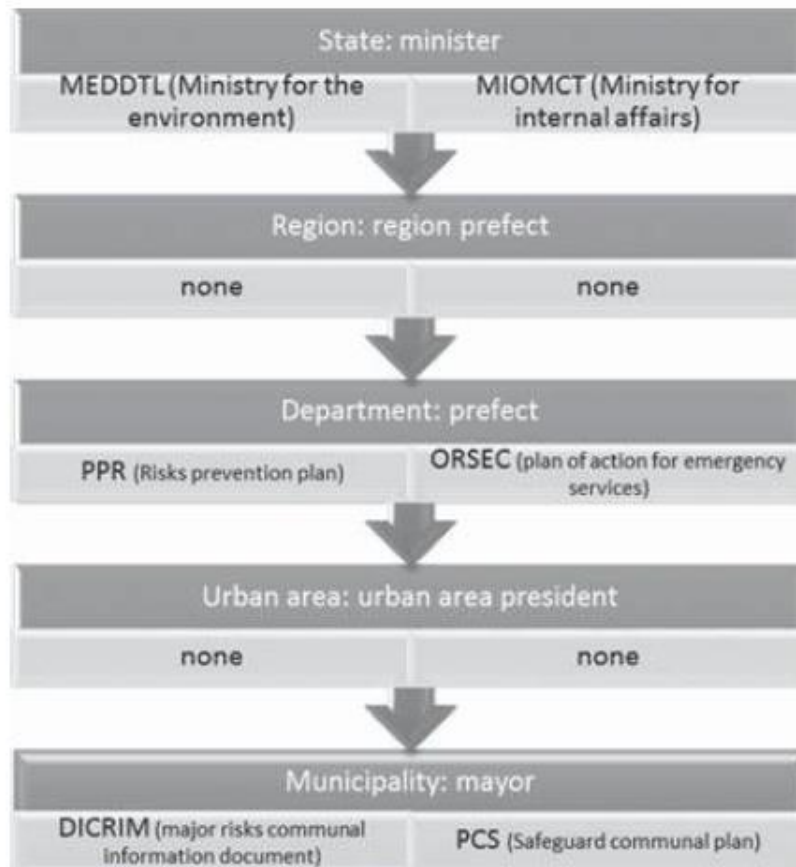
- Stapleton, G., Schröder-Bäck, P., Laaser, U., Meershoek, A., & Popa, D. (2014). Global health ethics: an introduction to prominent theories and relevant topics. *Global Health Action*, 7(0). <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23569>
- Stein, R. A. (2015). What is Ebola? *International Journal of Clinical Practice*, 69(1), 49-58. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12593>
- Stephenson, M. J. (2005). Making humanitarian relief networks more effective: operational coordination, trust and sense making. *Disasters*, 29(4), 337-350. <https://doi.org/10.1111/j.0361-3666.2005.00296.x>
- Stratton, S. J. (2014). Ebola: Who is Responsible for the Political Failures? *Prehospital and Disaster Medicine*, 29(06), 553-554. <https://doi.org/10.1017/S1049023X14001307>
- Sylla, I. (2017a). *De la CNLE à l'ANSS en quelques dates*. Département Communication et Mobilisation sociale - ANSS.
- Sylla, I. (2017b, avril). *Auto évaluation - Communication de risque*. Présenté à Conakry, Guinée. Conakry, Guinée.
- Système des Nations unies en Guinée. (2016a, avril 28). *Proposition de schéma d'un programme national de renforcement des capacités en matière de résilience, réduction des risques et gestion des catastrophes*.
- Système des Nations unies en Guinée. (2016b, mai). *Capacités nationales en matière de réduction des risques et de gestion des catastrophes en Guinée - Rapport d'évaluation*.
- Szlezák, N. A., Bloom, B. R., Jamison, D. T., Keusch, G. T., Michaud, C. M., Moon, S., & Clark, W. C. (2010). The Global Health System: Actors, Norms, and Expectations in Transition. *PLoS Medicine*, 7(1), e1000183. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000183>
- Taverne, B., Akindes, F., Berthe, A., Bila, B., Caremel, J.-F., Desclaux, A., ... others. (2015). Anticiper les flambées épidémiques à virus Ebola: pas sans les sciences sociales! *Global health promotion*, 1757975915582299.
- The Alliance for International Medical Action (ALIMA). (2015, avril 11). Guinée - Réponse à l'urgence Ebola. Consulté à l'adresse <https://www.alima-ngo.org/fr/guinee--reponse-a-l-urgence-ebola>
- The Fund for Peace. (2019). Country Dashboard - Guinea. Consulté 8 avril 2019, à l'adresse Fragile States Index website: <https://fragilestatesindex.org/country-data/>
- Therrien, M.-C. (2010). Stratégies de résilience et infrastructures essentielles. *Telescope*, 16(2), 154-171.
- Therrien, M.-C., Normandin, J.-M., & Denis, J.-L. (2017). Bridging complexity theory and resilience to develop surge capacity in health systems. *Journal of Health Organization and Management*, 31(1), 96-109. <https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2016-0067>
- Touré, Z. (2017, avril). *Programme provisoire de l'évaluation externe conjointe du RSI (2005)- Guinée: Volet Intervention d'Urgence Sanitaire*. Présenté à Conakry, Guinée. Conakry, Guinée.
- UNICEF. (2017, mars). *Evaluation of UNICEF's response to the Ebola outbreak in West Africa 2014-2015*.
- United Nations Office for South-South Cooperation, & G7+. (2017). *South-South in Action - Fragile-to-fragile Cooperation: Voluntarism, Cooperation and Solidarity*.
- USAID. (2017a, janvier). *Guidance for inclusion of emerging infectious diseases in health and environmental impact assessments*.
- USAID. (2017b, mai). *USAID-Santé 2017*. Présenté à Conakry, Guinée. Conakry, Guinée.
- Waugh, W. L., & Streib, G. (2006). Collaboration and Leadership for Effective Emergency Management. *Public Administration Review*, 66(s1), 131-140. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2006.00673.x>
- Welsh, M. (2014). Resilience and responsibility: governing uncertainty in a complex world: Resilience and responsibility. *The Geographical Journal*, 180(1), 15-26. <https://doi.org/10.1111/geoj.12012>

- WHO. (2007). *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2009). An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. *The Lancet*, 373(9681), 2137–2169.
- WHO. (2011). *The Abuja Declaration: Ten Years On*.
- WHO. (2012). *Toolkit for assessing health-system capacity for crisis management:: strengthening health-system emergency preparedness. 1: User manual*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- WHO. (2014, août 28). *Ebola response - Road Map*.
- WHO. (2016, avril). *Building resilient sub-national health systems – Strengthening Leadership and Management Capacity of District Health Management Teams*.
- WHO. (2018). *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs*. Consulté à l'adresse <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>
- Wilson, B. (2015). Defining and Negotiating a Shared Responsibility for Disaster Resilience. Dans A. Masys (Éd.), *Disaster Management: Enabling Resilience* (p. 267-283). [https://doi.org/10.1007/978-3-319-08819-8\\_13](https://doi.org/10.1007/978-3-319-08819-8_13)
- World Bank. (2006). Guinea: A Country Status Report on Health and Poverty. *Africa Region Human Development, Working Paper Series No. 45*, 94.
- World Bank. (2016, juin 6). *Regional disease surveillance systems enhancement project in West Africa*.
- Yamey, G. (2011). Scaling Up Global Health Interventions: A Proposed Framework for Success. *PLoS Medicine*, 8(6), e1001049. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001049>
- Yang, A., Farmer, P. E., & McGahan, A. M. (2010). 'Sustainability' in global health. *Global Public Health*, 5(2), 129-135. <https://doi.org/10.1080/17441690903418977>
- Yattara, F. (2017, avril). *GUINÉE - Présentation système de surveillance sanitaire*.
- Yattara, F., Touré, Z., Kourouma, F. S., & Keita, M. (2017, avril). *Domaine d'action: préparation*. Présenté à Conakry, Guinée. Conakry, Guinée.
- Yin, R. K. (2003). *Case Study Research: Design and Methods*. SAGE.
- Zinsstag, J., Schelling, E., Waltner-Toews, D., & Tanner, M. (2011). From “one medicine” to “one health” and systemic approaches to health and well-being. *Preventive Veterinary Medicine*, 101(3-4), 148-156. <https://doi.org/10.1016/j.prevetmed.2010.07.003>
- Zolia, Y., Musa, E., Wesseh, C. S., Harris, B., Gebrekidan, M. Z., Karamagi, H., ... Gasasira, A. (2017). Setting the Scene for Post-Ebola Health System Recovery and Resilience in Liberia: Lessons Learned and the Way Forward. *Health Systems and Policy Research*, 4(1). <https://doi.org/10.21767/2254-9137.100061>
- Zyla, B. (2017). *How to Strengthen Resilience in Fragile States: Taking Stock*.
- Zylberman, P. (2012). Crises sanitaires, crises politiques. *Les Tribunes de la santé*, (34), 35-50.

## **Annexes**

## Annexe 1 : Hiérarchie de la gestion des risques et interventions lors des crises

Figure 9: Hiérarchie de la gestion des risques et interventions lors des crises (Serre et al., 2013, p.50)



## Annexe 2 : Système de santé pyramidal en Guinée

Figure 10: Différents niveaux de la pyramide sanitaire en Guinée (Yattara, 2017)

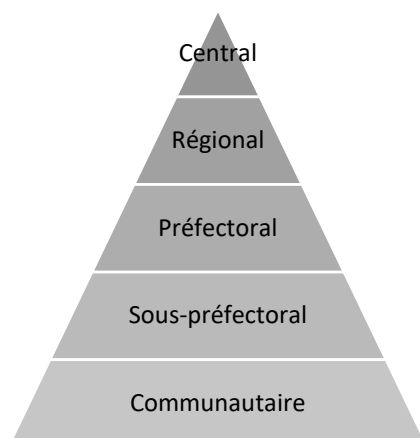
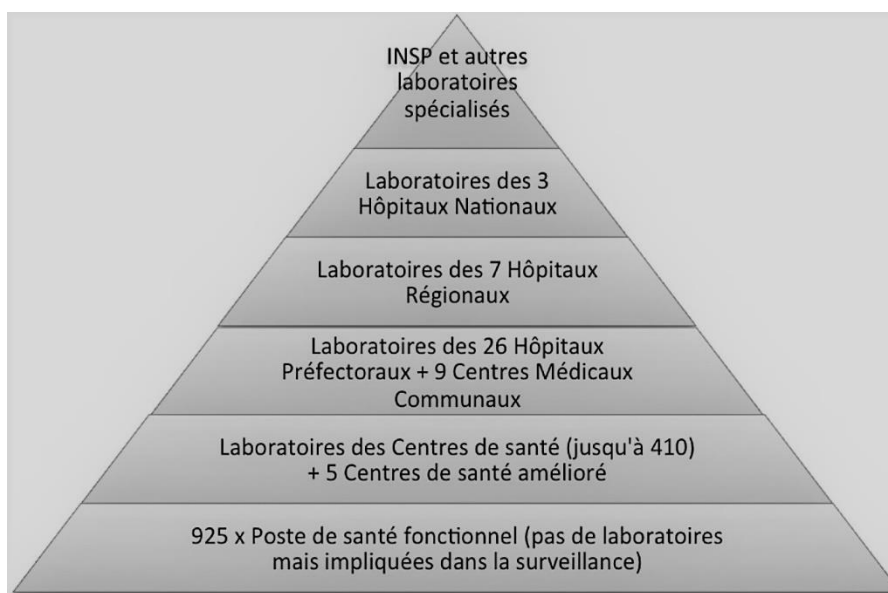


Figure 11: Système pyramidal des laboratoires en Guinée (Koivogui, 2017)



### Annexe 3 : Structure générale du ministère de la Santé guinéen

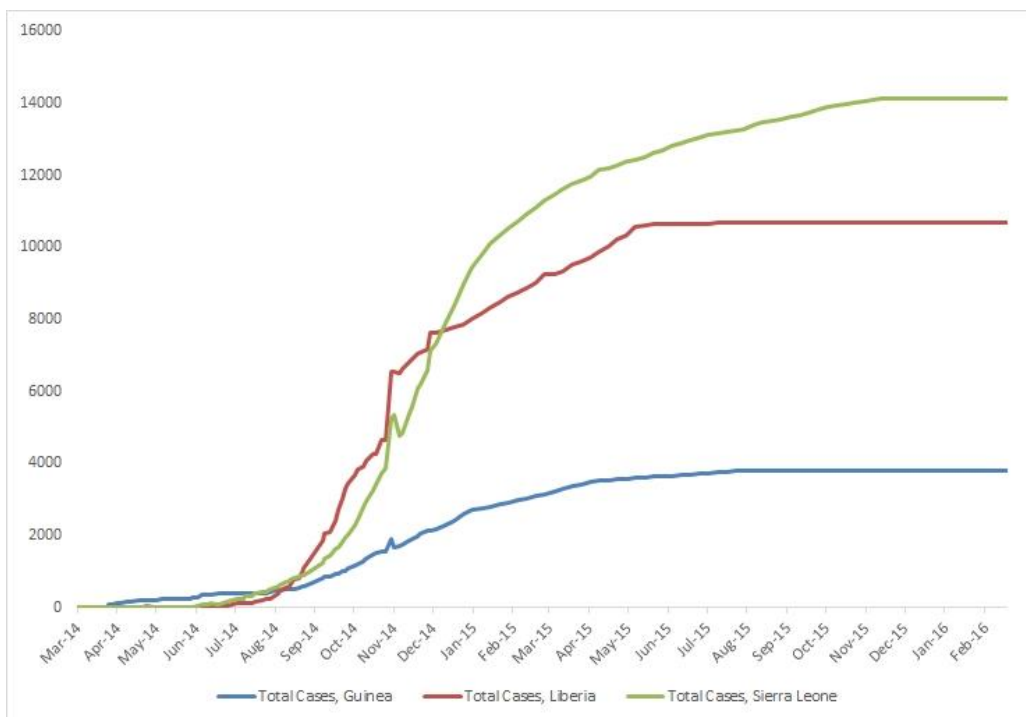
**Tableau 17: Structure générale du Ministère de la Santé (Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Direction nationale de la Santé publique, & Division prévention et lutte contre la maladie, 2011, p.20)**

Niveau	Structures administratives	Structures de soins	Instances de coordination	Organes d'orientation
<b>National</b> (Central)	Directions Nationales <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services d'appui</li> <li>• Services rattachés</li> <li>• Etablissements publics</li> </ul>	Hôpitaux Nationaux	Comité Technique de Coordination	Conseil National de la Santé Commissions Nationales Conseil d'Administration des Hôpitaux Nationaux
<b>Régional</b> (Intermédiaire)	Directions Régionales de la Santé	Hôpitaux Régionaux	Comité Technique Régional de la Santé	Comité Régional de Santé Conseil d'Administration de l'Hôpital Régional
<b>Préfectoral</b> (Périphérique)	Direction Préfectorale de la Santé (DPS) = District Sanitaire (DS)	Centres Médico-Communaux Hôpitaux Préfectoraux Centres de Santé Postes de Santé	Comité Technique Préfectoral de la Santé	Conseil Consultatifs des Hôpitaux Comités de Santé et d'Hygiène gestion des centres de santé Comité villageois de santé et d'Hygiène

Le système de soins guinéen est composé des sous-secteurs public et privé.

## Annexe 4 : Nombre de cas rapportés d’Ebola dans les trois principaux pays affectés

Figure 12: Total des cas rapportés dans les trois principaux pays touchés par Ebola (Centers for Disease Control and Prevention, 2016)



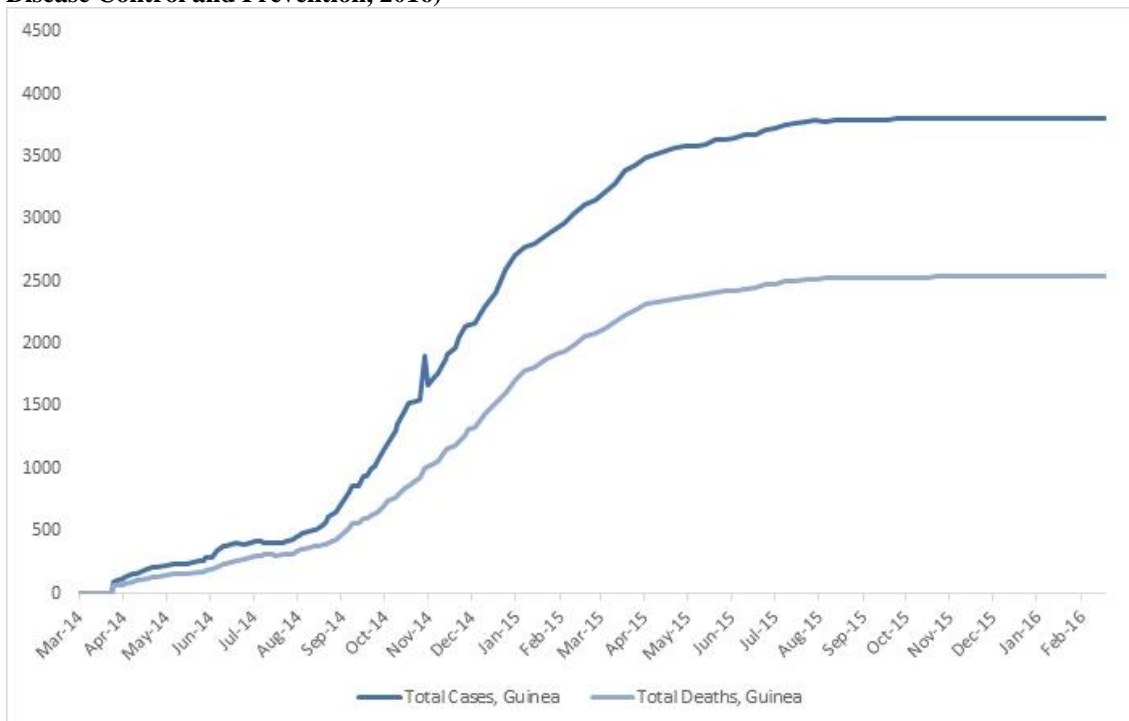
## Annexe 5 : Nombre de décès et de cas suspects et confirmés d'Ebola par pays

**Tableau 18: Pays ayant connu un risque élevé de transmission (Centers for Disease Control and Prevention, 2016)**

Pays	Nombre total de cas (suspects, probables et confirmés)	Cas confirmés en laboratoire	Nombre total de décès
Guinée	3814	3358	2544
Sierra Leone	14 124	8706	3956
Libéria	10 678	3163	4810
<b>Total</b>	<b>28 616</b>	<b>15 227</b>	<b>11 310</b>

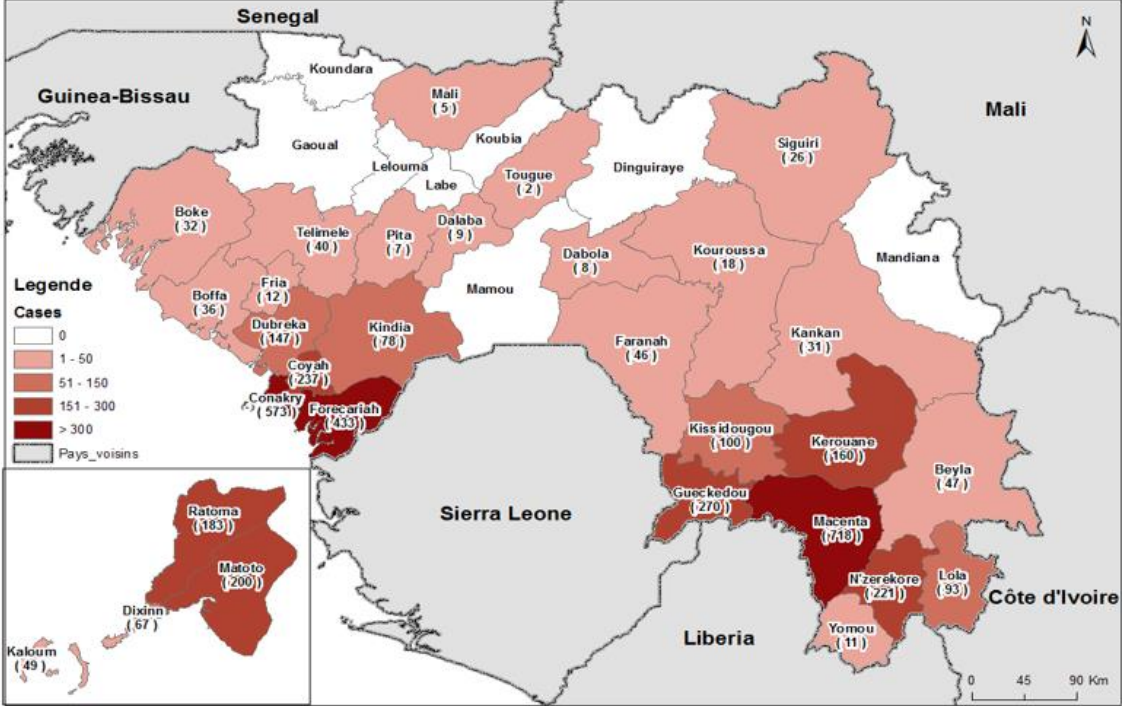
## Annexe 6 : Graphique cumulatif des cas rapportés et des décès liés à Ebola en Guinée

Figure 13: Graphique cumulatif des cas rapportés et des décès liés à l'Ebola en Guinée (Centers for Disease Control and Prevention, 2016)



### Annexe 7 : Ensemble des décès d’Ebola par district sanitaire en Guinée

Figure 14: Ensemble des décès d’Ebola par district sanitaire entre 2014 et 2016 (Keita, 2017b)



## Annexe 8 : Nombre de cas d’Ebola par préfecture et par commune en Guinée

**Tableau 19: Nombre de cas d’Ebola par préfecture et par commune et nombre de décès en Guinée, entre le 1er janvier 2014 et le 29 mars 2015 (Rico et al., 2016).**

Location	No. cases by classification				No. (%) deaths		
	Total	Probable	Laboratory-confirmed	Laboratory confirmed with known final status	ETC	Community	Total†
<b>Prefectures</b>							
Conakry	553	34	519	513	168	93	295 (53)
Coyah	236	7	229	221	84	44	135 (57)
Dubreka	123	8	115	110	36	32	76 (62)
Forecariah	335	45	290	277	106	78	229 (68)
Kindia	108	35	73	70	35	12	82 (76)
<b>Total</b>	<b>1,355</b>	<b>129</b>	<b>1,226</b>	<b>1,191</b>	<b>429</b>	<b>259</b>	<b>817(60)</b>
<b>Conakry commune‡</b>							
Dixinn	59	2	57	56	15	11	28 (47)
Kaloum	55	7	48	48	9	8	24 (44)
Matam	61	6	55	53	19	9	34 (56)
Matoto	198	13	185	185	62	43	118 (60)
Ratoma	145	4	141	140	51	20	75 (52)

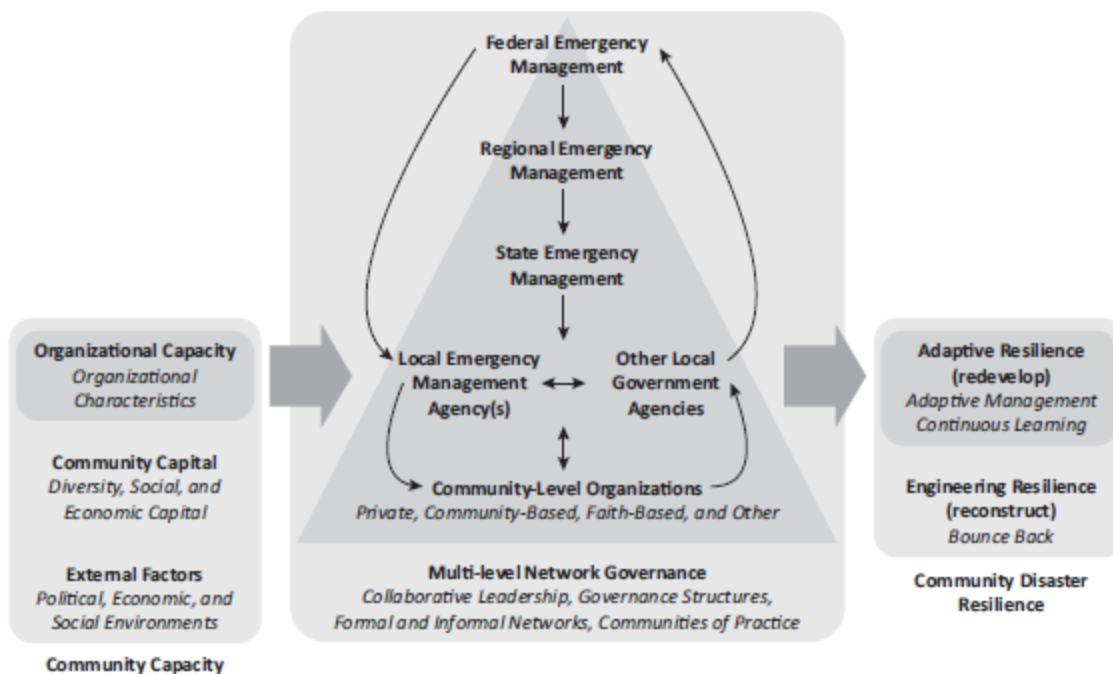
\*Data were obtained from the Guinea Ministry of Health national case database (Epi Info Viral Hemorrhagic Fever Application, <http://epiinfovhf.codeplex.com/>). ETC, Ebola treatment center.

†Probable plus ETC plus community deaths divided by all cases.

‡Counts do not sum because 35 cases were missing commune information.

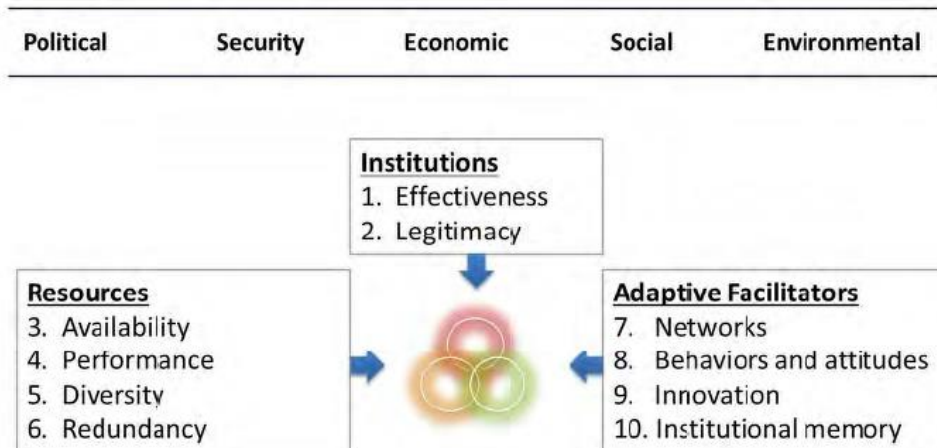
## Annexe 9 : Modèle de résilience de Kapucu et Sadiq (2016)

Figure 15: Modèle de résilience de Kapucu & Sadiq (2016)



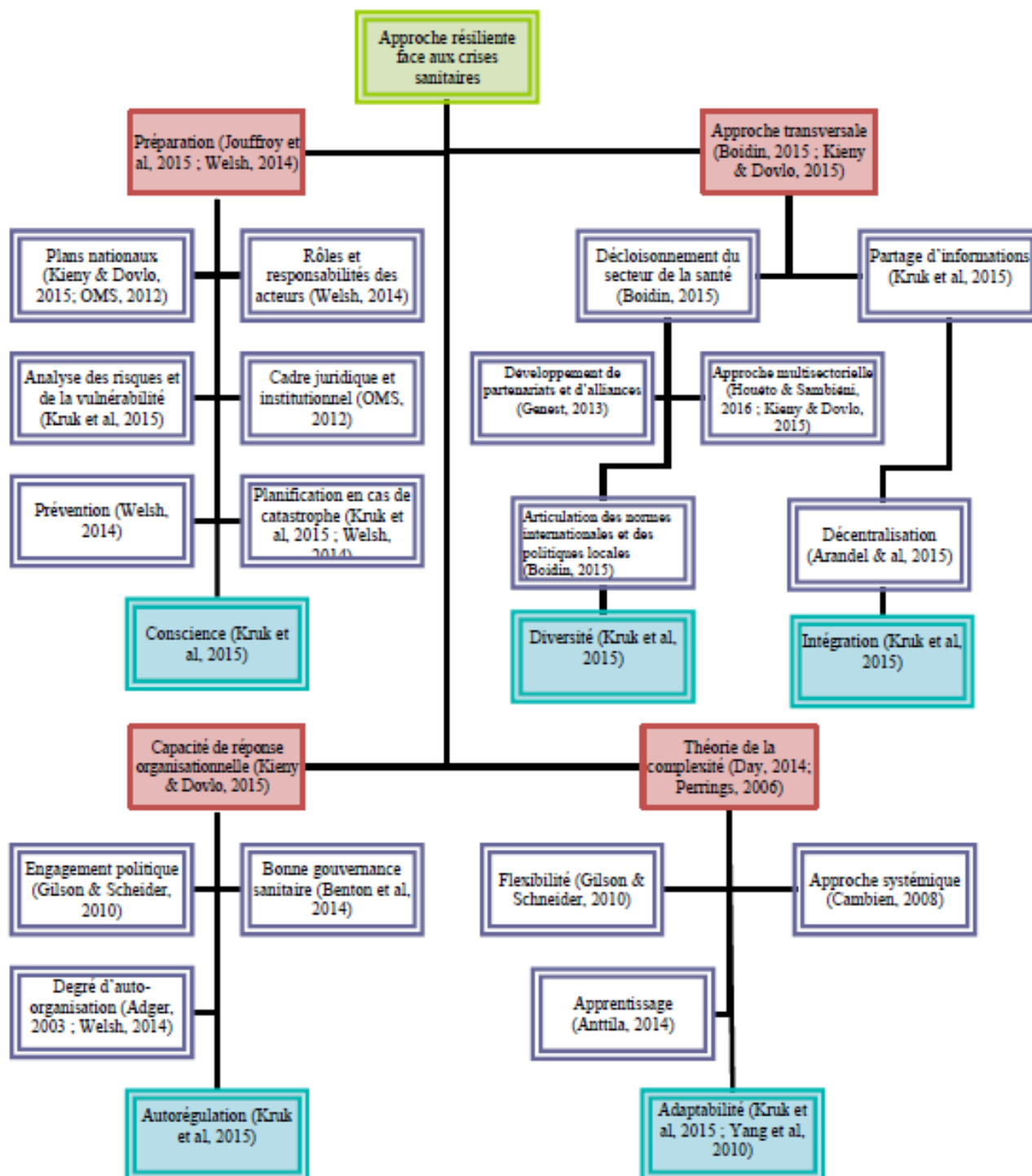
## Annexe 10 : Modèle de Bujones, Jaskiewicz, Linakis et McGirr, 2013

Figure 16: Analyse factorielle (Bujones, Jaskiewicz, Linakis, & McGirr, 2013)



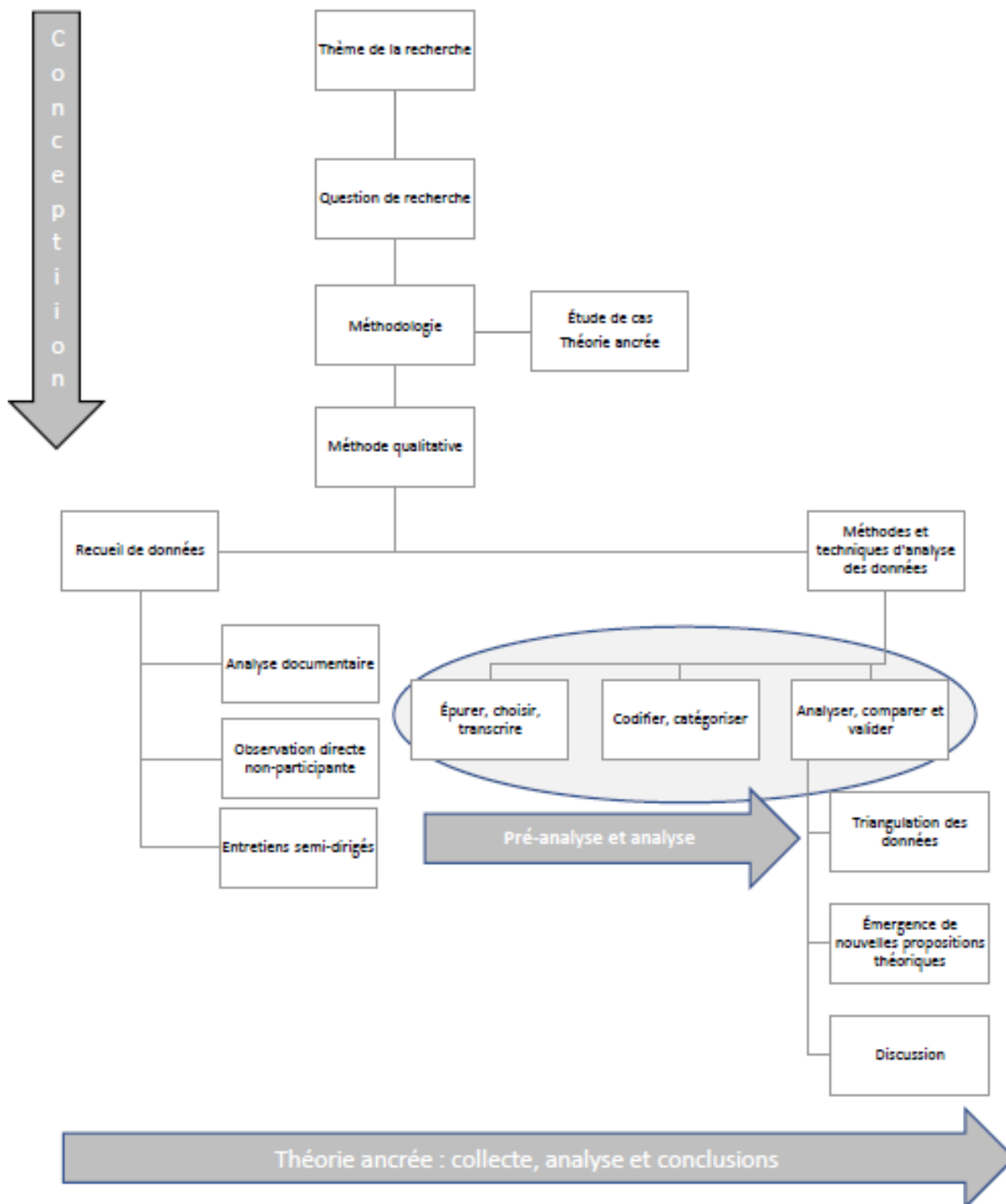
## Annexe 11 : Réseau de concepts sur l'approche résiliente face aux crises sanitaires

Figure 17: Réseau de concepts d'une approche résiliente face aux crises sanitaires



## Annexe 12 : Démarche de la recherche

Figure 18: Démarche de la recherche (adapté de Aubin-Auger, Mercier, Baumann, Lehr-Drylewicz, & Imbert, 2008)



### Annexe 13 : Grille d'entretiens semi-dirigés

Le tableau ci-dessous présente la grille de questions qui ont été posées aux différentes entités lors des entretiens semi-dirigés. Dans tous les cas, toutes les questions n'ont pas été posées. Étant des entretiens semi-dirigés, les questions sont venues en fonction des réponses des participant.e.s et du temps accordé pour l'entretien.

Thèmes	Questions	Entités internationales	Entités nationales	Entités locales
	Quel est votre poste actuel ? Quel était votre poste/rôle lors de l'épidémie d'Ebola en Guinée ? Maintenant ?	X	X	X
	Quand avez-vous été en poste pendant l'épidémie ?	X	X	X
Conscience	Comment fonctionne la préparation aux catastrophes sanitaires dans votre organisation ?		X	X
	Existe-t-il des cadres ou guides pour la gestion des crises sanitaires ? Existaient-ils avant Ebola ?		X	X
	Que pouvez-vous me dire sur les risques et la vulnérabilité du pays face aux crises sanitaires ?		X	
Diversité	Pendant la crise d'Ebola, est-ce que le système sanitaire a été en mesure de poursuivre les activités régulières ? Comment est-ce que cela s'est déroulé ?	X	X	X
	Est-ce que les ressources (financières, techniques, humaines, technologies...) et les compétences étaient présentes pour faire face à une variété de défis sanitaires	X	X	X

Thèmes	Questions	Entités internationales	Entités nationales	Entités locales
	tout aussi différents les uns des autres ? Avant, pendant et après la crise ?			
Autorégulation	Est-ce que les menaces ont été cernées rapidement ? Est-ce qu'elles ont été isolées ? Expliquez.	X	X	X
	Comment s'est faite la gestion des frontières?	X	X	X
	Parlez-moi de la sécurité et du suivi des contacts.	X	X	X
	Parlez-moi un peu des forces et des faiblesses que vous avez notées dans la gestion de la crise ?	X	X	X
L' intégration	Pourriez-vous me parler des différents acteurs qui ont un rôle à jouer dans les crises sanitaires en Guinée ? Quels étaient leurs rôles et responsabilités ?	X	X	X
	Comment se sont passées la coordination et les relations entre ces acteurs?	X	X	X
	Comment s'est passé le partage d'informations entre les acteurs ? Quels étaient les mécanismes pour faire circuler l'information pendant la crise?	X	X	X

Thèmes	Questions	Entités internationales	Entités nationales	Entités locales
	Quels étaient les mécanismes de gestion utilisés?	X	X	X
Résilience	Parlez-moi du leadership national lors de la crise.	X	X	X
	Est-ce que la crise a permis de développer de nouveaux outils ou expertises pour mieux réagir à une autre potentielle crise ?	X	X	X
	Est-ce que la Guinée pourrait gérer de façon autonome une autre crise d’Ebola ? Pourquoi ?	X	X	X
	Ça aurait été quoi votre définition du succès dans la gestion de la crise d’Ebola? Comment s’en est-on éloigné? Qu’est-ce que ça prend pour bien gérer une crise sanitaire?	X	X	X
Adaptabilité	Qu’est-ce qu’on peut retenir de la gestion de la crise d’Ebola ?	X	X	X
	Qu’est-ce qui a changé dans vos comportements, façons de faire depuis la crise d’Ebola?	X	X	X
	En quoi le pays est-il mieux préparé à une autre crise par rapport à avant ?	X	X	X

## Annexe 14 : Grille d'observation non participante

Tableau 20: Grille d'observation non participante

<b>Nom de l'activité</b>			
<b>Date</b>			
<b>Brève description</b>			
<b>Lieu de la rencontre</b>			
<b>Nombre de participant.e.s</b> <i>(total et ratio H/F; provenance des participants – échelles internationale, nationale et/ou locale)</i>			
<b>Catégories</b>	<b>Éléments à observer</b>	<b>Description</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Rôles et responsabilités des acteurs</b>	Impressions générales sur les participant.e.s à la rencontre? Leurs rôles et responsabilités?		
	Qui dirige la rencontre?		
	Dynamiques organisationnelles (styles de gestion, climat organisationnel, type de coordination, modalités de prise de décision, etc.) Documents, rapports produits et reddition de compte		
<b>Conscience</b>	Est-ce que la prévention et la vulnérabilité sont des sujets discutés?		
	Est-ce que la réduction des risques de catastrophes est abordée?		

	Est-ce qu'on discute des cadres/guides pour la gestion des crises?		
<b>Diversité</b>	Est-ce qu'ils discutent de différentes crises et menaces possibles?		
	Est-ce qu'ils reviennent sur la crise d'Ebola? Pouvaient-ils continuer les activités régulières?		
	Est-ce qu'ils parlent des ressources (humaines, techniques, financières ou autres) et des compétences?		
<b>Autorégulation</b>	Est-ce qu'ils discutent des points forts et faiblesses dans la gestion des crises sanitaires?		
	Est-ce qu'ils parlent de la rapidité de détection des menaces, de la notification et de l'intervention?		
	Gestion des frontières et protocoles d'entente		
	Sécurité et suivi des contacts		
<b>Intégration</b>	Types de liens avec les partenaires lors de la crise		
	Relations et coordination entre les acteurs. Est-ce que les relations sont les mêmes lorsque les partenaires sont internationaux, locaux? Quelles sont les différences/similarités?		
	Relations avec les bailleurs de fonds et autres organisations impliquées		
	Partenariats à long terme créés		
	Communication et partage d'informations		

	Mode et méthodes de gestion/prise de décision adoptés pendant les crises		
<b>Résilience</b>	Impressions sur l'habileté à gérer une autre crise potentielle. Est-ce qu'ils parlent de nouveaux outils développés?		
	Est-ce que le terme « résilience » est utilisé dans le discours? Est-ce qu'on parle de changements de comportements? Donnent-ils des exemples concrets?		
<b>Adaptabilité</b>	Est-ce que les leçons sur Ebola sont discutées?		
	Est-ce que les changements de façons de faire sont discutés?		
	Est-ce qu'ils discutent de la préparation à une autre crise potentielle?		
	Parlent-ils de l'appropriation de l'aide, de la pérennité et de la durabilité des nouveaux outils?		
<b>Observations non verbales Attitudes éclairantes</b>			

## Annexe 15 : Liste des codes et des catégories

- **Situation personnelle**
  - ✓ Poste pendant Ebola
  - ✓ Employeur / organisation pendant Ebola
  - ✓ Employeur actuel
  - ✓ Nature des tâches
- **Conscience**
  - ✓ Historique/Crises vécues précédemment
  - ✓ Enjeux de développement/Fragilité/Vulnérabilité/Risques
  - ✓ Cadres/guides de gestion de crise sanitaire
- **Diversité**
  - ✓ Défis variés en santé
  - ✓ Activités sanitaires régulières pendant Ebola
  - ✓ Capacités et compétences
  - ✓ Ressources financières
  - ✓ Ressources techniques, matérielles, logistiques, technologiques
  - ✓ Ressources humaines
- **Autorégulation**
  - ✓ Rapidité de détection des menaces, de notification et d'intervention
  - ✓ Gestion des frontières et protocoles d'entente
  - ✓ Sécurité et suivi des contacts
  - ✓ Forces dans la gestion de la crise
  - ✓ Faiblesses et défis dans la gestion de la crise
  - ✓ Gestion des réticences communautaires
- **Résilience sanitaire**
  - ✓ Nouveaux outils développés et innovations
  - ✓ Capacité de gestion autonome d'une future crise sanitaire d'envergure
  - ✓ Leadership national
  - ✓ Koropara
- **Intégration**
  - ✓ Coordination et relations entre les acteurs
  - ✓ Leadership national
  - ✓ Communication et partage d'informations
  - ✓ Rôles et responsabilités des acteurs
  - ✓ Modes et méthodes de gestion; mécanismes de prise de décision
- **Adaptabilité**
  - ✓ Changements de façons de faire
  - ✓ Leçons apprises
  - ✓ Préparation à une autre crise potentielle
  - ✓ Appropriation/Pérennité/Durabilité

## Annexe 16 : Certificat d'approbation éthique de l'Université d'Ottawa

Numéro de dossier: 03-17-14

Date (mm/jj/aaaa): 05/03/2017



**Université d'Ottawa**  
Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

**University of Ottawa**  
Office of Research Ethics and Integrity

### Certificat d'approbation éthique

CÉR Sciences sociales et humanités

#### Chercheur principal / Superviseur / Co-chercheur(s) / Étudiant(s)

<u>Prénom</u>	<u>Nom de famille</u>	<u>Affiliation</u>	<u>Rôle</u>
Sanni	Yaya	Sciences sociales / ÉDIM	Superviseur
Sophie	Brière	Gestion / Université Laval	Co-Superviseure
Stéphanie	Maltais	Sciences sociales / ÉDIM	Étudiante-chercheuse

Numéro du dossier: 03-17-14

Type du projet: Thèse de doctorat

Titre: La gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles. Étude de la crise d'Ebola en Guinée

Date d'approbation (mm/jj/aaaa)

Date d'expiration (mm/jj/aaaa)

05/03/2017

05/02/2018

Conditions Spéciales / Commentaires:

N/A



**Université d'Ottawa** **University of Ottawa**  
 Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche Office of Research Ethics and Integrity

La présente confirme que le Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Université d'Ottawa identifié ci-dessus, opérant conformément à l'Énoncé de politique des Trois conseils et toutes autres lois et tous règlements applicables de l'Ontario, a examiné et approuvé la demande d'approbation éthique du projet de recherche ci-nommé. L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales / Commentaires".

Lors de l'étude, le protocole ne peut être modifié sans approbation préalable écrite du CER sauf si le participant doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques de l'étude comme par exemple un changement de numéro de téléphone. Les chercheurs doivent aviser le CER dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou affecter considérablement le déroulement du projet. Ils devront aussi rapporter tout événement imprévu et / ou dommageable et devront soumettre toutes les nouvelles informations pouvant nuire à la conduite du projet et/ou à la sécurité des participants. Toutes modifications apportées au projet, aux lettres d'information / formulaires de consentement ainsi qu'aux documents de recrutement doivent être soumises pour approbation à ce Service en utilisant le document intitulé "Modification au projet de recherche" au: <http://recherche.uottawa.ca/deontologie/submissions-and-reviews>.

Veuillez soumettre un rapport annuel au responsable de l'éthique de la recherche, quatre semaines avant la date d'échéance indiquée afin de fermer le dossier ou demander un renouvellement de l'approbation éthique. Le document nécessaire est disponible en ligne au: <http://recherche.uottawa.ca/deontologie/submissions-and-reviews>.

Pour toutes questions, vous pouvez communiquer avec le bureau d'éthique en composant le poste 5387 ou en nous contactant par courriel à: [ethique@uOttawa.ca](mailto:ethique@uOttawa.ca).

Germain Zongo  
 Responsable de l'éthique de la recherche  
 Pour Barbara Graves, Présidente du CER en Sciences sociales et humanités

## Annexe 17 : Tableau des résultats sur les procédures écrites de gestion des crises sanitaires en Guinée

Tableau 21: Existait-il des procédures (plans, guides, protocoles...) sur la gestion des crises sanitaires en Guinée avant l'épidémie d'Ebola (2014-2016)?, selon le niveau d'appartenance institutionnelle des personnes interrogées.

Institution d'appartenance	Procédures sur la gestion des crises sanitaires existantes <u>avant l'épidémie d'Ebola</u>		Citation clé
	Oui	Non	
Internationale		X	« Non. Ça n'existait pas. Mais comme on a fait la <i>revue de littérature</i> , l'OMS a envoyé les documents du Congo. On s'est référé sur ça pour mettre en place le système [pendant Ebola]. Il n'y avait personne pour nous guider. »
Nationale		X	« Avant, il n'y avait pas toutes ces procédures-là. On est train de mettre les procédures en place. On a actuellement un projet, une assistance du Japon par le biais du PNUD, qui va venir renforcer les compétences, d'écrire les procédures. Et le COU aussi est en train de faire des procédures par rapport aux interventions. On a une cartographie des acteurs qui est faite. »
Locale	X		« Tout-à-fait. Il existe des documents. [...] C'est le cadre organique. Chacun est chargé de comprendre ce qu'il doit faire. En cas d'épidémie, il y a également un document qui est là. »
Internationale		X	« Je sais qu'ils sont en train de développer certains plans, est-ce que MSF participe au développement de ces plans? Non. »
Nationale		X	« On a développé des approches pendant la riposte. »
Internationale		X	« Le plan de contingence national est non disponible ou s'il existe, il n'est pas diffusé. Un plan [...] est en cours de finalisation par le COU, mais pas encore disponible. Pas d'information sur les différents scénarios possibles ce qui rend un peu difficile l'organisation d'une réponse à une catastrophe ou à une épidémie. Pas de visibilité sur qui fait quoi, quand et où, que ce soit le ministère de la Santé, les agences des Nations unies, ainsi que les ONG nationales et internationales. Qui active le plan, quand? Les différentes phases d'intervention n'ont pas été définies par catastrophe, ou même pour les autres urgences épidémiques ». »

<b>Local</b>	X		« On avait notre plan de contingence qui date de longtemps, mais qui était beaucoup plus centré sur le choléra, qui était une épidémie qui était devenue même une endémie dans notre pays. Mais, depuis l'apparition d'Ebola, c'est mieux. Le plan de la gestion de l'épidémie est intégré à l'intérieur du plan national de développement sanitaire. Mais, à côté, nous avons [aujourd'hui] un plan des équipes régionales de gestion des épidémies et ripostes, des ERARE ».
<b>Internationale</b>		X	« Non, actuellement nous sommes en train de faire du plaidoyer auprès de l'ANSS pour qu'on puisse élaborer un plan de préparation et de réponse aux épidémies. »
<b>Locale</b>	X		« Ça existe, mais ce n'est pas mis à jour. [...] Le plan de contingence date de 2008. Il présente les risques globaux et n'est pas spécifique aux épidémies. Donc, il faut le mettre à jour et il faut maintenant l'élargir en fonction d'Ebola, prendre beaucoup de risques ».
<b>Locale</b>		X	« On a développé la politique de transfert des échantillons. On a aussi lancé l'ébauche normalement de One Health. Et, maintenant, on va assister l'ANSS à l'élaboration des documents normatifs de l'ANSS, normes et procédures, tous les documents administratifs que l'ANSS, en tant qu'agence, a besoin ».
<b>Nationale</b>		X	« Pour le moment, nous n'en avons pas encore. C'est écrit dans notre PAO 2017 d'élaborer le plan d'intervention d'urgence et de catastrophe parce que la Guinée n'a pas de plan encore. Il y a un plan d'intervention d'urgence et de catastrophe, mais au niveau national qui concerne tous les risques. Mais, spécifiquement pour le risque sanitaire, ce plan n'existe pas encore. On est en train d'élaborer le document stratégique du COU, c'est-à-dire, à travers le document on dit quelles sont les stratégies que le COU peut utiliser pour qu'il soit opérationnel non seulement au niveau national, mais au niveau déconcentré ».
<b>Internationale</b>		X	« La cartographie de risque sanitaire du pays est présentement disponible [depuis la fin d'Ebola], mais la cartographie des interventions pas encore. »
<b>Nationale</b>		X	« Non, au RSI on avait dit qu'il n'y en avait pas de plans. C'est une des faiblesses. »
<b>Internationale</b>		X	« [Après l'épidémie], on a produit un Guide opérationnel Ebola. On a capitalisé quand même notre expérience. C'était quand même nouveau pour nous. Tu sais, au départ, on a travaillé avec des protocoles MSF. [...] Finalement, on a adopté des protocoles à nous. [...] On a notre Guide opérationnel qui prend la partie médicale, paramédicale, communautaire et le suivi psychosocial. D'ailleurs, pour le suivi psychosocial, on a aussi développé un guide... »

<b>Nationale</b>	X		« Oui, on avait des plans et des procédures par écrit. [...] Au fait, avant on avait des plans multirisques par rapport aux épidémies. On faisait des plans de contingence, surtout pour le choléra qui était le maillon faible. »
<b>Nationale</b>	X		« Donc, dans le processus de résolution des questions liées à la grande épidémie qui a vraiment frappé, il y a eu un sursaut national accompagné par l'appui de la communauté internationale. Pourquoi je dis « sursaut »? On s'est mis dans la logique de rédiger des documents de politiques, notamment la politique nationale de santé qui était vieille de 10 ans. Il fallait la revoir. De cette politique, on a élaboré le Plan national de développement sanitaire, PNDS, qui va jusqu'en 2024. Et de ce plan de développement sanitaire de 10 ans, nous avons extrait un plan de relance et de résilience du système de santé. Alors, la mise en œuvre de ce plan a conduit à l'élaboration des plans d'action opérationnels. [...] En fait, avant même Ebola, il y avait dans chaque région, les plans de contingence. Les plans de contingence existaient, mais ces plans prenaient beaucoup plus en charge les questions de choléra parce que c'était ça la maladie qui ennuyait beaucoup la Guinée. »
<b>Nationale</b>		X	« Après le passage d'Ebola, il y a plusieurs documents qui ont été produits tels que le Plan national de mise en œuvre de la surveillance. »
<b>Nationale</b>		X	« Effectivement, il manque beaucoup de documentation, des arrêtés, des ordonnances. C'est post-Ebola qu'on a développé ça. »
<b>Nationale</b>		X	« Tout a été fait pendant. Il n'y avait rien. C'est pourquoi on a vraiment bossé. Il y avait des sortes de stratégies qui étaient développées lors d'autres épidémies, donc ça a été actualisé et remis en forme. »
<b>Nationale</b>	X		« Les rapports comme les comptes nationaux, les annuaires statistiques, la production était aux trois à quatre ans. Maintenant, la production est en train de devenir annuelle. [...] Tout ça, ce sont des changements qui sont en cours ».
<b>Locale</b>		X	« Avant, peu de plans, de choses étaient écrits, pourtant les choses se faisaient. »
<b>Internationale</b>	X		« C'est vrai qu'on en a tiré les leçons parce qu'à un moment les protocoles n'étaient pas appliqués comme ils le devaient. Puis, les protocoles n'étaient pas mis à jour. Au début, je me rappelle que les équipes géraient Ebola un peu comme on gère le choléra, parce qu'il n'y avait pas de protocole. Avec ces infections, on a arrêté, on a fait des ateliers. On a sorti des protocoles. Le protocole existait, mais n'était peut-être pas très adapté à la réalité d'Ebola. »
<b>TOTAL</b>	7	15	

## Annexe 18 : Tableau des résultats sur les ressources matérielles, techniques, technologiques et/ou logistiques en Guinée

Tableau 22: Présence de ressources matérielles, techniques, technologiques et/ou logistiques en Guinée avant l'épidémie d'Ebola (2014-2016), selon le niveau d'appartenance institutionnelle des personnes interrogées.

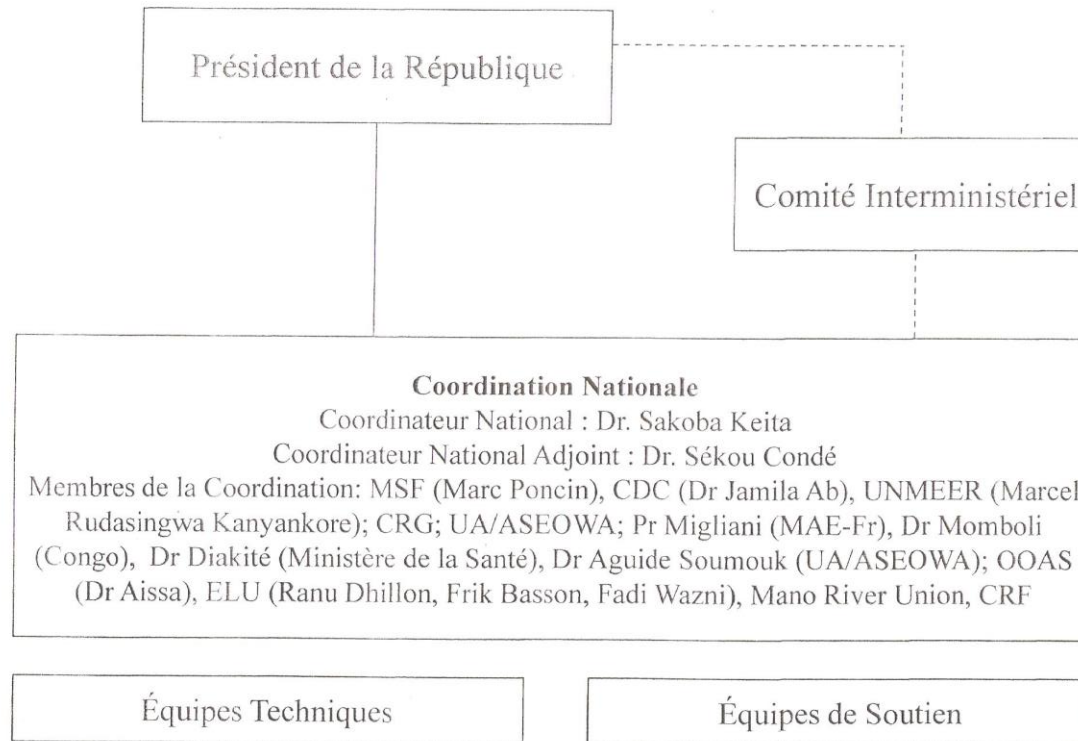
Institution d'appartenance	Présence de ressources matérielles, techniques, technologiques et logistiques en Guinée avant Ebola		Citation clé
	Oui	Non	
<b>Internationale</b>		X	« Les équipements, les postes ne sont pas équipés, pas préparés à l'effet de la gestion d'une maladie émergente. Ebola c'était l'autre jour, mais que sait-on dans les jours, semaines, mois et années à venir, avec tous ces facteurs de risque existants, le monde est devenu planétaire. »
<b>Internationale</b>		X	« Même la logistique, il n'y en avait pas. »
<b>Locale</b>		X	« Une fois que la cellule a été faite, non seulement il y a eu la possibilité d'avoir des ordinateurs et plus de matériel. Les moyens ne permettent pas d'avoir des ordinateurs. Chaque commune était dotée maintenant de matériel. »
<b>Locale</b>		X	« Non, ça n'existait pas. C'était la première fois qu'on avait deux ambulances, des véhicules de la Croix-Rouge. Vraiment il y avait la logistique. »
<b>Internationale</b>		X	« Faibles moyens de diagnostic de laboratoire. Moyens logistiques inexistant au niveau intermédiaire et périphérique. Chaîne de froid inexistante dans les DRS ainsi que dans les DPS. »
<b>Locale</b>		X	« On a eu plus de matériel. Avant, on n'avait même pas les fournitures. Quand je venais dans certains bureaux, j'avais envie de quémander un paquet de papier. Mais, aujourd'hui, ce n'est plus d'actualité. [...] Le bâtiment est maintenant rénové. L'OIM a pris ça en charge. [...] On nous a dotés de moyens logistiques. Tu

			peux compter 3 véhicules par commune. Le directeur communal a un véhicule, le MCM a un véhicule et le projet ERARE est venu ajouter un autre véhicule. [...] Avant, il n'y avait pas d'internet. C'est avec Ebola qu'on a eu l'accès aux informations ici et dans les districts. »
<b>Nationale</b>		X	« Les autres défis c'est d'abord le manque de laboratoire à l'intérieur. On avait qu'un seul labo à Conakry. Donc, insuffisance de labo pour couvrir le pays. L'Union européenne s'est installée à Guéckédou. Donc, on a fait près d'un an où on avait qu'un seul labo dans tout le pays. On prenait les échantillons à Siguiri et il fallait traverser presque tout le pays. Les routes sont mauvaises, des échantillons ont disparu comme ça. [...] Maintenant, [nous avons] les appareils. [Les partenaires] nous les ont laissés. C'était leur contribution. »
<b>Nationale</b>		X	« Dans le cadre d'Ebola, on n'avait rien. [...] Le laboratoire des fièvres hémorragiques existait, pouvait diagnostiquer le virus de Lassa, mais Ebola, il n'y avait rien. On a eu neuf laboratoires étrangers pendant la crise. [...] Les partenaires venaient avec tout le matériel. Ils venaient avec toutes les techniques de diagnostic, les réactifs et consommables. »
<b>Nationale</b>		X	« Au départ, on n'avait rien, il manquait de tout. Au départ, c'était les militaires qui nous aidaient à travers leur logistique roulante. La pharmacie centrale aussi qui a donné du matériel médical et puis des médicaments et des véhicules qui étaient à notre disposition. Les véhicules aussi étaient en mauvais état, il a fallu l'appui des partenaires pour qu'on puisse régler le défi sinon au départ, quand vous parlez de la résilience, il n'y en avait pas. Bien sûr, il y a eu une rupture des stocks. Mais, depuis que les partenaires ont commencé à nous appuyer, on n'a plus connu de ruptures. [...] On a reçu beaucoup de matériels informatiques, des ordinateurs, des tablettes aussi qui sont au niveau de tous les districts et tous les centres de santé. »
<b>Nationale</b>		X	« On a aujourd'hui 410 centres de santé. Logiquement, en Guinée, il est prévu que pour chaque 15 000 habitants, qu'on ait un centre de santé. Si on estime notre population à 12 millions aujourd'hui, vous vous rendez compte qu'il y a un besoin d'augmenter de près de 800 ou 1000 centres de santé pour avoir accès vraiment, pour que les populations n'aient pas trop de distance à parcourir pour faire les soins. »
<b>Nationale</b>	X		« [En communication,] oui, on avait les ressources ».

<b>Nationale</b>		X	« Mais, au début de l'épidémie, le principal défi c'était de comment gérer les malades parce qu'on n'avait même pas de structure d'isolement. On n'avait pas de système de diagnostic rapide. Il n'y avait même pas de laboratoire qui pouvait confirmer Ebola en Guinée. Également, le système d'isolement, il n'y en avait juste 2 au départ, un à Guéckédou et un à Conakry ce qui engendrait d'autres défis parce qu'il fallait transporter des malades sur de très longues distances souvent sur des routes totalement abimées. Il y avait des décès de malades dans les ambulances bloquées sur les routes parce qu'il n'y avait pas de passage. »
<b>Locale</b>		X	« OIM a rénové et ont donné des équipements informatiques et bureautiques et tout. C'est un acquis à la DPS après Ebola lorsque la coordination a disparu. »
<b>Nationale</b>		X	« On avait des besoins, il n'y a pas suffisamment de médicaments, on avait que 2 véhicules. »
<b>Nationale</b>		X	« On a reçu l'appui de tous les partenaires pour pouvoir être efficaces sur le terrain. Les premiers partenaires qui nous ont soutenus, c'est d'abord la Fédération internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge qui a mis des ressources humaines à disposition, ensuite, des équipements et même a mobilisé des fonds. [...] Ensuite, les autres partenaires comme l'OMS, le CDC, le PNUD, le gouvernement, chacun a mis quelque chose, sa contribution parce que c'est un travail très difficile et pénible. »
<b>Locale</b>	X		« [Dans le cadre de notre travail de sensibilisation], non, on n'a pas manqué de matériel ». »
<b>Internationale</b>		X	« [Quand nous sommes arrivés], on a apporté tout le matériel. MSF nous a quand même donné des médicaments, mais tout le reste on l'a apporté ». »
<b>Internationale</b>	X		« Oui, dans le domaine où nous intervenons, le personnel avait le matériel approprié pour pouvoir faire le travail. »
<b>TOTAL</b>	3	15	

## Annexe 19 : Organigramme de la Cellule nationale de coordination et de lutte contre Ebola

Figure 19: Organigramme de la Cellule nationale de coordination et de lutte contre Ebola (Source: ANSS)



## Équipes Techniques

<p style="text-align: center;">Surveillance OMS: Dr Rodier Dr. Bilivogui</p>	<p style="text-align: center;">Prise en Charge MSF: Dr. Poncin Dr. Barry</p>	<p style="text-align: center;">Communication UNICEF: M. van Mourik M. Fodé Tass Sylla</p>	<p style="text-align: center;">Sanitation IFRC: Dr Boly Dr. Traoré</p>	<p style="text-align: center;">Recherche Pr Condé Dr Mombouli</p>
<p>Cellule, MS, OMS, CDC, Save the Children, Plan Guinée, MSF, SOGEA, Ministère de la Défense, IP (Dakar), EML, Russe, IP/Paris/Lyon, Labo Belge, UNFPA, OOAS, UA, ResaoLab, LGA, Mérieux, ACF DPLM, CDC/ eHealth, VDC/Altitude</p>	<p>Cellule, ELU, MSF, MS, CRG, CRF, ALIMA, Brigade Cubaine, OMS, CDC, Catholic Relief Service, FICR, DNPL, ResaoLab, LGA, Mérieux, INSP, INSERM, Oxford Université, UNFPA, UA, PAM, UNICEF, JHPIEGO</p>	<p>Cellule, UNICEF, UNFPA, PNUD, Save the Children, Plan, OMS, ONG nationales, ELU, ACF, CRG, JHPIEGO, InterNews Ministère de la Communication</p>	<p>Cellule, MS, CRG, CRF, MSF, ALIMA, UNICEF</p>	<p>Cellule, OMS, CDC, INSERM, Université d'Oxford, BMGF, MSF, UNFPA, IP, Mérieux</p>

## Équipes Techniques

Surveillance OMS: Dr Rodier Dr. Bilivogui	Prise en Charge MSF: Dr. Poncin Dr. Barry	Communication UNICEF: Dr Van Mourik M. Fodé Tass Sylla	Sanitation IFRC: Dr Boly Dr. Traoré	Recherche Pr Conde Dr Mombouli
Suivi des contacts	Prévention de l'infection au niveau des structures sanitaires	Communication de Prévention	Sanitation et pulvérisation	Recherche clinique médicamenteuse
Investigations	Appui aux Établissements de Soins du Ministère	Gestion des Rumeurs	Transport des Corps	Recherche clinique vaccinale
Gestion des données & rapports épidémiologiques	Gestion des Centres de traitement Ebola	Mobilisation Sociale:	Enterrement digne et sécurisé	Recherche qualitative
Points d'entrée	Centres provisoires de traitement d'Ebola	Relations Publiques	Décontamination Environnementale	Recherche épidémiologique
Laboratoire	Décontamination des établissements de santé	Prévention de l'infection communautaire		Recherche biologique
	Gestion des déchets	Comité de veille villageois		

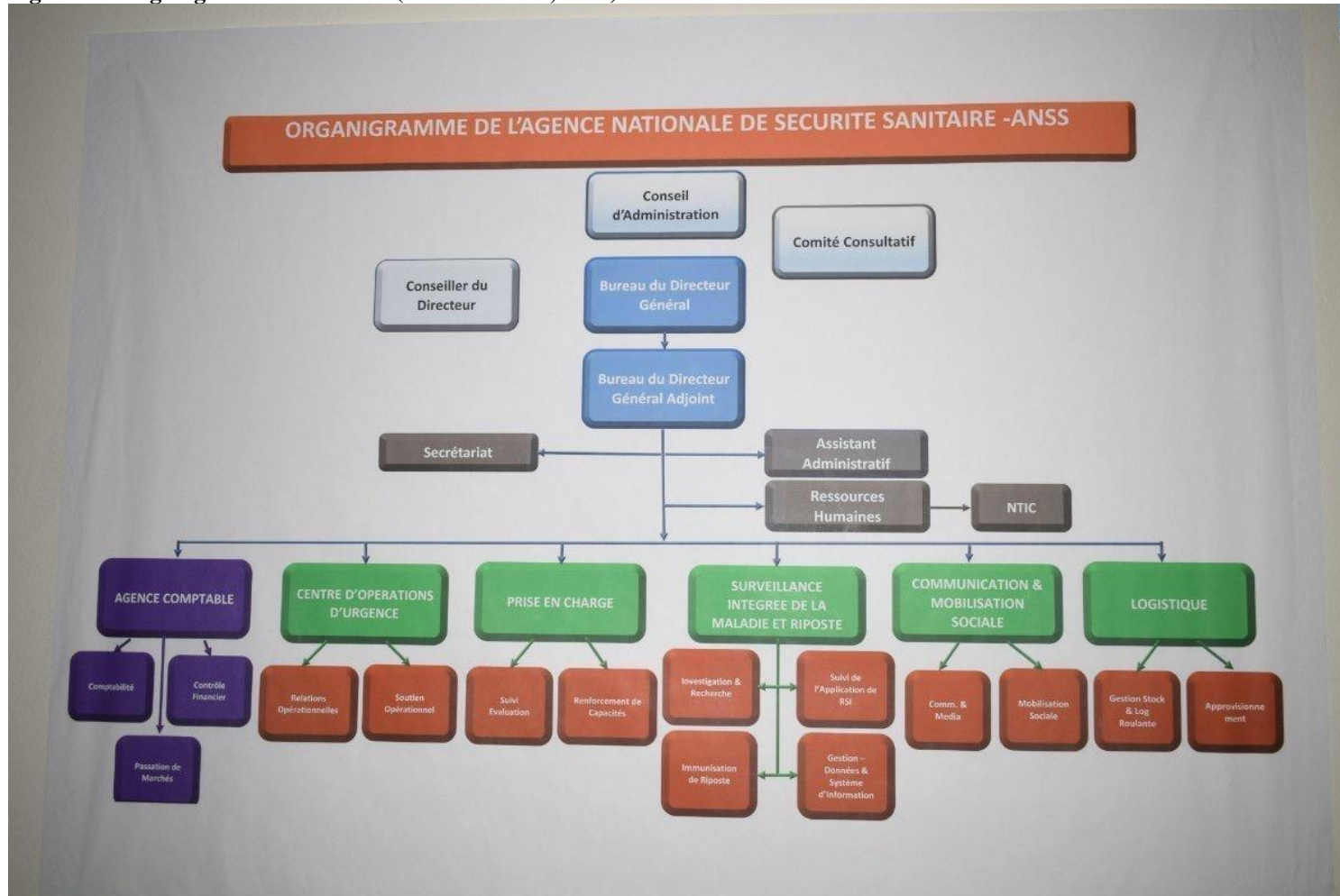
## Équipes de Soutien

<p>Formation MAE-F: Pr Migliani DPLM: Richard James</p>	<p>Gestion des Ressources Humaines UNMEER: Dr Makhetha Dr Sakho</p>	<p>Logistique ELU: M. Basson PCG: Dr. Konaté</p>	<p>Gestion des Finances Ordonnateur: Dr Sakoba PNUD: Steve Ursino</p>	<p>Gestion des Données OMS: Dr Diallo Dr. Souleymane Camara ELU: Anne Liu</p>	<p>Sécurité Colonel Mamadou Saliou Baldé UNDSS: Jules Somda</p>
<p>Cellule, CDC, OMS, CRG, CRF, UNFPA, IFRC, MSF, INSP, UNICEF, UA, UNMEER, SSA, SSA-F, ResaoLab, IP, JHPIEGO</p>	<p>Cellule, UNMEER, UA, OOAS, OMS, CRG, IFRC, UNFPA, CDC</p>	<p>Cellule, PCG, SIAPS, PAM, UNICEF, Ministère de la Défense, CDC / eHealth, Patrimoine Bâti Publique, UMS, ELU, OMS, UNFPA, PH, UNMEER, UA</p>	<p>Cellule, CDC/eHealth, OMS, MSF, FICR, CRG, UNFPA, Plan, Save the Children, Banque Mondiale, PACV, Crédit Rural, CDC Foundation /eHealth, DART, ELU, USAID, UE, BAD, Ministère de Finance, UNICEF, Coopération bilatérale</p>	<p>Cellule, MS, Ministère de la Communication, Ministère de l'Intérieur, CDC, OCHA, UA, OOAS, UNFPA, UNICEF, UNMEER, CRG, ELU</p>	<p>Cellule, Ministère de l'Intérieur, Ministère de la Défense et de la Sécurité, OMS, UNMEER</p>

Équipes de Soutien					
Formation MAE-F: Pr Miglani DPLM: Richard James	Gestion des Ressources Humaines UNMEER: Dr Metsi Makheba Dr Fatou Sakho	Logistique ELU: Frik Basson Dr. Moussa Konaté	Gestion des Finances Ordonnateur Dr. Sakoba PNUD: Steve Ursino	Gestion des Données OMS: Dr Diallo Dr. Souleymane Camara ELU: Anne Liu	Sécurité Colonel Mamadou Sallou Baldé UNDSS: Jules Somda
Médecins et infirmières	Personnel de la Coordination Nationale	Quantification et Commande	Paiement des indemnités	Information de Situation	Sécurité Cellule de la Coordination
Agents Communautaires	Personnel de la Coordination Préfectorale	Gestion des Stocks	Operations économiques	Documentation	Sécurité des Frontalières
Laborantins	Personnel de CTE	Pré-Positionnement et Distribution des Stocks	Comptabilité	Rédaction Bulletin Sanitaire	Sécurité des Zones Affectées
Mobilisateurs sociaux	Agents communautaires	Support Informatique et Technologique	Audit Interne	Suivi et Évaluation	Sécurité Transport
Hygiénistes	Médecins et infirmières de la Ministère de la Santé	Transport routier et aérien	Collecte et Gestion des Fonds		Centre Opérationnel
Gestionnaires de données	Personnel des laboratoires	Construction			
Logisticiens	Personnel de la Croix Rouge Guinée	Gestion Immobilière			
		Transit logistique			

## Annexe 20 : Organigramme de l'ANSS

Figure 20: Organigramme de l'ANSS (Source: ANSS, 2017)



## Annexe 21 : Horaire des réunions organisées pendant l'épidémie d'Ebola en Guinée

Figure 21: Horaire des réunions organisées pendant l'épidémie d'Ebola en Guinée



### Réunions de la Coordination Nationale de Lutte contre Ébola

	07h00-08h00	08h00-09h00	09h00-10h00	10h00-11h00	12h00-13h00	13h00-14h00	14h00-15h00	15h00-16h00	16h00-17h00	17h00-18h00
<b>Lundi</b>	Epidémiologie 5 <sup>ème</sup> étage	Coordination 6 <sup>ème</sup> étage		Conseillers techniques (1)*					Partenaires techniques (3)*	
<b>Mardi</b>	Epidémiologie 5 <sup>ème</sup> étage	Surveillance 5 <sup>ème</sup> étage Réunion stratégique CDC 5 <sup>ème</sup> étage								
<b>Mercredi</b>	Epidémiologie 5 <sup>ème</sup> étage		Prise en charge 5 <sup>ème</sup> étage Communication 2 <sup>ème</sup> étage	IPC 5 <sup>ème</sup> étage Salle 5.5 Infrastructures Sanitaires Salle 5.1			Tous les partenaires 5 <sup>ème</sup> étage Wash cluster 5 <sup>ème</sup> étage Salle 5.5			
<b>Jeudi</b>	Epidémiologie 5 <sup>ème</sup> étage	Surveillance/ Communication Interpilier Logistique 2 <sup>ème</sup> étage	Finances 5 <sup>ème</sup> étage Salle 5.5	Gestion des données 2 <sup>ème</sup> étage						
<b>Vendredi</b>	Epidémiologie 5 <sup>ème</sup> étage	Coordination 6 <sup>ème</sup> étage	Sanitation 2 <sup>ème</sup> étage Recherche 5 <sup>ème</sup> étage	Transfrontalière 5 <sup>ème</sup> étage Salle 5.1						
<b>Samedi</b>	Epidémiologie OMS	Labo 5 <sup>ème</sup> étage Salle 5.1		Conférence de presse						

## Annexe 22 : Tableau des rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans la lutte contre Ebola en Guinée

**Tableau 23: Compilation des rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans la lutte contre Ebola en Guinée et dans le renforcement du système de réponse aux crises sanitaires post-Ebola.**

Échelle	Organisation	Rôles et responsabilités selon les entretiens semi-dirigés	Ajouts par rapport aux observations directes	Ajouts par rapport à la revue de littérature
Internationale	FAO	-Assurer la sécurité alimentaire et nutritionnelle; -Élaboration et mise en œuvre d'un plan de surveillance d'Ebola sur les animaux domestiques; -Engagement communautaire; -Préparation des laboratoires vétérinaires qui étaient moins équipés que les laboratoires pour les analyses sur les humains	-Impliqué dans l'approche One Health	- Conduite d'évaluations sur la sécurité alimentaire dans les zones affectées par l'épidémie et sensibilisation sur les risques de contagion dans les régions touchées (FAO, 2014).
	PAM	-Logistique; -Distribution d'argent; -Distribution de vivres.	S/O	-Stockage de matériel et le transport de ce dernier et des équipes médicales; gestion du soutien aérien offert par le service aérien des Nations unies (UNHAS); offre de nourriture aux populations affectées (Mobula et al., 2018; PAM, 2016).
	OCHA	S/O <sup>92</sup>	S/O	-Déploiement de coordonnateurs de terrain pour renforcer la coordination préfectorale dans 3 villes (Forécariah, Coyah et Boké), et appuyer le suivi des contacts des personnes malades pendant l'épidémie (OCHA, 2015).

<sup>92</sup> Un acteur international a mentionné l'OCHA pendant les entretiens semi-dirigés et il s'agit d'un acteur d'un autre organe des Nations unies. Il a dit qu'OCHA était sur place jusqu'en avril 2014, mais que l'organisation a ensuite quitté le pays malgré la crise qui s'intensifiait. Le rôle d'OCHA n'a pas été discuté ou rapporté par aucun.e autre participant.e.

Échelle	Organisation	Rôles et responsabilités selon les entretiens semi-dirigés	Ajouts par rapport aux observations directes	Ajouts par rapport à la revue de littérature
				-Établissement d'un bureau pays en mars 2015 en Guinée pour une durée de 9 mois pour renforcer la coordination entre les partenaires et appuyer le coordonnateur résident des Nations unies et l'UNMEER (OCHA, 2015).
	Banque mondiale	-Financement; -Coordination entre les pays donateurs, entre les gouvernements, et entre bailleurs.	S/O	-Financement du projet REDISSE post-Ebola pour renforcer les systèmes de surveillance des maladies en Afrique de l'Ouest (World Bank, 2016).
	Bailleurs de fonds bilatéraux (États-Unis; France; et autres)	-Améliorer le bien-être des populations, réduction de la pauvreté et renforcement de l'État bénéficiaire; -Financement des interventions d'acteurs nationaux comme la Croix-Rouge.	-USAID dirige toutes les rencontres sur le projet One Health post-Ebola -La coopération japonaise est impliquée dans le renforcement de l'ANSS.	-Financement de la création d'un CTE à Macenta par l'AFD (Agence française de développement (AFD), 2014a) - Activités de désinfection; suivi des contacts et sensibilisation (Salignon & Absolu, 2015) -Renforcement du système d'information sanitaire de la Guinée (DHIS2); appui au renforcement du système de santé post-Ebola (USAID, 2017b). - USAID a financé un programme de PCI à travers son programme de santé maternelle et infantile (Mobula et al., 2018) - Financement d'un Institut Pasteur guinéen par l'AFD post-Ebola (AFD, 2014b)
	OMS	-Accompagnent des équipes nationales, des stratégies nationales et agrégations; -Achat des réactifs; -Surveillance épidémiologique, suivi des contacts et investigation; -Chef de file des partenaires techniques en santé;	-Bras gauche du ministère de la Santé (via l'ANSS); -Place de choix lors des réunions; - A parfois la présidence des rencontres;	- Direction de la riposte contre Ebola; coordination et gestion des partenaires et des communications; surveillance active des cas, dépistage et recherche de contacts; participer à la relance des services de santé essentiels; renforcer le système de santé pour un relèvement rapide; planification et mobilisation des ressources;

Échelle	Organisation	Rôles et responsabilités selon les entretiens semi-dirigés	Ajouts par rapport aux observations directes	Ajouts par rapport à la revue de littérature
		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mobilisation sociale et engagement communautaire;</li> <li>-Détection des cas;</li> <li>-Collecte, notification, analyse et interprétation des données;</li> <li>-Suivi des guéris d’Ebola;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Point de vue souvent demandé par les autorités nationales.</li> </ul>	recrutement, formation et déploiement de personnel de santé; etc. (OMS, 2015b; WHO, 2014)
	OIM	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Évaluation de santé aux frontières et développement de stratégies de gestion sanitaire des frontières à une échelle régionale;</li> <li>-Développer un système de suivi des déplacés internes dans les gares routières et surveiller les points du suivi du flux migratoire;</li> <li>-Contrôler les points d’entrée et de sortie sur tous les axes majeurs de tous les villages;</li> <li>-Collecte de données sur les flux migratoires;</li> <li>-Rénovation de 28 centres préfectoraux de coordination d’Ebola parce que ce besoin n’était comblé par aucun autre partenaire et que l’organisation avait le financement disponible;</li> <li>-Diriger le groupe de travail transfrontalier.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Présente aux réunions d’informations épidémiologiques hebdomadaires à l’ANSS.</li> </ul>	-Cartographie des risques de santé publique dans les zones frontalières post-Ebola (OIM, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), USAID, & Institut national de la statistique (INS), 2016)
	UNICEF	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mobilisation sociale et engagement communautaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Souvent absent des réunions hebdomadaires.</li> </ul>	-Approche communautaire en créant un climat de confiance dans les communautés par assurer la mobilisation et l’implication des populations dans la riposte (UNICEF, 2017).

Échelle	Organisation	Rôles et responsabilités selon les entretiens semi-dirigés	Ajouts par rapport aux observations directes	Ajouts par rapport à la revue de littérature
	PNUD	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Responsabilité du paiement des travailleurs pendant Ebola;</li> <li>-Appuyer et renforcer le gouvernement;</li> <li>-Diriger le système de soutien au relèvement précoce;</li> <li>-Volonté de développer un projet de simulation des crises sanitaires en Guinée pour tester les mécanismes de réponse et la résilience (2017).</li> </ul>	S/O	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Renforcer les services essentiels et la coordination de la crise; versement immédiat de transferts d'argent aux agents de santé professionnels et bénévoles pendant l'épidémie; renforcer l'engagement communautaire; renforcer la résilience post-Ebola; etc. (PNUD, s. d.).</li> </ul>
	MSF	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prise en charge des malades;</li> <li>-Installer et gérer des CTE;</li> <li>-Remonter les informations au niveau central.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Présence à la majorité des réunions d'information épidémiologique et réunions de partenaires;</li> <li>-Participation assez limitée, ne semble pas vouloir trop s'impliquer dans le renforcement du système de santé post-Ebola;</li> <li>-Impliqué dans la riposte contre la rougeole en 2017.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prise en charge des malades; mise en place de cinq centres de traitement et de transit Ebola; sensibilisation et plaidoyer auprès de la communauté internationale; appui à la relance du système de santé national; etc. (Médecins sans frontières, 2015b).</li> </ul>
	ALIMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prise en charge des malades</li> <li>-Installer et gérer des CTE;</li> <li>-PCI</li> <li>-Santé mentale;</li> <li>-Remonter les informations au niveau central.</li> </ul>	S/O	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Construction d'un CTE à Nzérékoré par l'intermédiaire du PAM; appui à 3 centres de transit (Nzérékoré, Beyla, Lola); prise en charge médicale et psychologique des cas; soutien aux familles; etc. (The Alliance for International Medical Action (ALIMA), 2015)</li> </ul>

Échelle	Organisation	Rôles et responsabilités selon les entretiens semi-dirigés	Ajouts par rapport aux observations directes	Ajouts par rapport à la revue de littérature
	FICR	Appui technique, financier et logistique à la Croix-Rouge nationale.	S/O	S/O
	Croix-Rouge française	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prise en charge des malades;</li> <li>-Installer et gérer des CTE;</li> <li>-Prélèvement des échantillons;</li> <li>-Transport des malades et des corps;</li> <li>-Enterrements dignes et sécurisés;</li> <li>-Remonter les informations au niveau central;</li> <li>-Réhabilitation des bâtiments.</li> </ul>	S/O	-Gestion CTE et prise en charge des cas; suivi des contacts; soutiens psychosociaux aux survivants et aux familles endeuillées; interventions et sensibilisation communautaires; etc. (Croix-Rouge française, 2016)
	CDC	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Support pour l'épidémiologie de terrain;</li> <li>-Détection des cas;</li> <li>-Gestion des données : collecte, notification, analyse et interprétation des données;</li> <li>-Suivi des guéris d'Ebola;</li> <li>-Surveillance active en ceinture (SACEINT);</li> <li>-Investigation des alertes;</li> <li>-Appui aux laboratoires;</li> <li>-PCI;</li> <li>-Formation FETP<sup>93</sup>;</li> <li>-Encadrement et appui technique</li> </ul>	-Très proche de l'ANSS. Place de choix à la table de discussion (à la gauche de l'OMS).	-Fournir des conseils techniques, une assistance opérationnelle et aider au renforcement du système de santé (surveillance épidémiologique, recherche de contacts, gestion des données, PCI, renforcement des laboratoires, etc.); respecter le Global Health Security Agenda (CDC, 2016b).
	Laboratoires internationaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Appui aux laboratoires nationaux;</li> <li>-Installer des laboratoires mobiles ou autres dans les régions non couvertes en Guinée;</li> </ul>	S/O	S/O

<sup>93</sup> Field Epidemiology Training Program (FETP) est une formation visant à accroître l'habileté à détecter et répondre aux menaces sanitaires.

Échelle	Organisation	Rôles et responsabilités selon les entretiens semi-dirigés	Ajouts par rapport aux observations directes	Ajouts par rapport à la revue de littérature
		-Fournir le matériel requis (techniques de diagnostic; réactifs; consommables; etc.).		
	RTI	-Appui technique au ministère de la Santé en matière de surveillance avec le projet Epidetect <sup>94</sup> ; -Renforcement du système de surveillance épidémiologique par la formation des cadres de la santé afin de consolider les acquis post épidémie à Ebola.	S/O	-Sous la direction du CDC, soutient le renforcement du système de réponse aux épidémies en Guinée; aider à l'implémentation du système d'information <i>District Health Information System</i> (DHIS2); formation et renforcement de capacité du personnel guinéen; etc. (RTI International, s. d.)
	UNMEE R (jusqu'au 31 juillet 2015)	S/O	S/O	-Aider à éradiquer l'épidémie; traiter les malades; assurer les services essentiels; préserver la stabilité; éviter d'autres épidémies; etc. grâce à des « principes opérationnels d'approche régionale, de centralité de l'appropriation nationale, de collaboration avec les partenaires sur le terrain et de diffusion d'un message clair aux gouvernements » (Millet-Devalle, 2016, p.513)
Nationale	Comité interministériel de crise/ Cellule nationale de lutte	-Organiser et mettre en place les différentes unités de réponse à la crise (prise en charge, surveillance, logistique, communication, <i>sanitation</i> et gestion des corps, gestion des données, gestion des ressources financières, sécurité), de façon formelle;	S/O	S/O

<sup>94</sup> « Le projet Epidetect s'inscrit dans la recherche des solutions aux problèmes de la surveillance épidémiologique en Guinée, et passe par : la formation en épidémiologie et informatique de base de personnel du MHO, au travers FETP; l'implémentation de DHIS2 pour la surveillance en Guinée; la redynamisation et l'accompagnement de la SBC; l'appui logistique et la maintenance des équipements informatiques; le suivi et évaluation des interventions en rapport avec la surveillance » - Acteur international

Échelle	Organisation	Rôles et responsabilités selon les entretiens semi-dirigés	Ajouts par rapport aux observations directes	Ajouts par rapport à la revue de littérature
	contre Ebola	-Coordonner les activités des partenaires.		
	ANSS (Post-Ebola)	- Gestion des épidémies et des urgences à travers divers départements, dont le COU; la surveillance intégrée; la communication et mobilisation sociale; la prise en charge; et la logistique. -Coordination des partenaires.	-Situé au centre-ville de Conakry (Cité-Chemin-de-Fer; Kaloum). Le 4 <sup>e</sup> étage réserve des bureaux aux partenaires internationaux pour assurer une proximité. Salle de rencontre pour l'ensemble des acteurs au dernier étage. Présence d'autres salles de rencontres sur les autres étages.	- « Élaborer des textes statuant la stratégie d'orientation sur la sécurité sanitaire; au grand bénéfice du Ministère de la Santé; contribuer au perfectionnement des personnels médicaux et paramédicaux sur des questions relatives aux modes de gestion des urgences sanitaires ; veiller à l'aménagement des espaces de mise en observation/quarantaine conformément aux mesures spécifiques requises ; veiller au développement d'un système national de surveillance des risques sanitaires ; contribuer à la mise en place d'un système national de surveillance et de réponse aux épidémies, urgences et catastrophes » (ANSS, 2017, p.2).
	Croix-Rouge guinéenne	-Transport des malades et des corps des personnes décédées; -Prélèvement des échantillons; -Enterrements dignes et sécurisés; -Désinfection; -Mobilisation sociale et engagement communautaire; - <i>Sanitation</i> (désinfection des lieux); -Surveillance épidémiologique à base communautaire; -Appui psychosocial des survivants et des familles des personnes décédées.	-Rarement présente dans les réunions d'information épidémiologique et autres rencontres des acteurs du système de santé	-Auxiliaire des pouvoirs publics (FICR & CICR, 2003). - Partie opérationnelle de la gestion des corps et de l'hygiène et l'assainissement réalisée par la Croix-Rouge guinéenne grâce à l'appui financier de la FICR (Facély Diawara & Croix-Rouge guinéenne, 2016). - Suivi des contacts et surveillance à Boké et Forécariah, et prise en charge des cas (Facély Diawara & Croix-Rouge guinéenne, 2016)

<b>Échelle</b>	<b>Organisation</b>	<b>Rôles et responsabilités selon les entretiens semi-dirigés</b>	<b>Ajouts par rapport aux observations directes</b>	<b>Ajouts par rapport à la revue de littérature</b>
	Institut Pasteur de Guinée (Post-Ebola)	-Enseignement et formations; -Recherches sur les zoonoses et les fièvres hémorragiques.	S/O	-Inauguration du premier laboratoire de l'Institut à l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry le 22 octobre 2018; sa mission est l'enseignement, le diagnostic et la recherche (Institut Pasteur, s. d.).
	Institut national de santé publique et laboratoire national de santé publique	-Participer à l'investigation des cas suspects; -Prélever les échantillons; -Former les agents de santé en PCI, prévention et contrôle des infections, dans toutes les préfectures du pays; -Diagnostic des cas.	-Il n'y a pas de distinction franche entre l'Institut national de santé publique et le laboratoire national de santé publique qui sont en fait sous le même toit et la même direction. -Le rôle de l'Institut n'est pas clair, tandis que celui du laboratoire l'est davantage.	S/O
<b>Locale</b>	DSVCo	-Appliquer la politique de santé du ministère de la Santé dans la ville de Conakry; -Capitalisation des informations épidémiologiques reçues; - Superviser le travail dans les communes.	-Bureau en banlieue de Conakry ne permettant pas une proximité avec l'ensemble des communes. -Plusieurs bureaux vides lors de notre passage.	S/O
	DRS/Coordination régionale de lutte	-Capitalisation des informations épidémiologiques reçues; -Gestion des partenaires; -Suivi des activités.	S/O	S/O

Échelle	Organisation	Rôles et responsabilités selon les entretiens semi-dirigés	Ajouts par rapport aux observations directes	Ajouts par rapport à la revue de littérature
	contre Ebola			
	DPS/Coordination préfectorale de lutte contre Ebola	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Capitalisation des informations épidémiologiques reçues;</li> <li>-Remonter les informations épidémiologiques à la DRS;</li> <li>-Gestion des partenaires;</li> <li>-Suivi des activités.</li> </ul>	S/O	S/O
	DCS	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Remonter les informations épidémiologiques au niveau de la DSVCo;</li> </ul>	S/O	S/O
	ONG locale	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mobilisation sociale et communautaire;</li> <li>-Stations de lavages de mains.</li> </ul>	Les ONG locales se transforment au gré des besoins et des crises pour obtenir des financements. L'ONG rencontrée n'existe plus réellement. Elle a œuvré uniquement pendant Ebola.	S/O
	Organisation privée locale	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Formation en épidémiologie de terrain; formations en communication, en changement de comportement et en engagement communautaire;</li> <li>-Mobilisation sociale et communautaire, activités de communication.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Impliquée dans les rencontres d'information épidémiologique;</li> <li>-Personnel qualifié.</li> </ul>	S/O