



HAL
open science

Rapport final : étude de la résurgence de la Maladie à Virus Ébola dans la région de Nzérékoré : Ebola 2021 : la résurgence et les communautés

Frédéric Le Marcis, Almudena Mari-Saez

► To cite this version:

Frédéric Le Marcis, Almudena Mari-Saez. Rapport final : étude de la résurgence de la Maladie à Virus Ébola dans la région de Nzérékoré : Ebola 2021 : la résurgence et les communautés. [Rapport Technique] Institute of Research for Development. 2021, pp.73. halshs-03410219

HAL Id: halshs-03410219

<https://shs.hal.science/halshs-03410219v1>

Submitted on 31 Oct 2021

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

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

RAPPORT FINAL
15 MAI 2021

RÉSURGENCE DE
L'ÉPIDÉMIE
D'EBOLA DANS LA
RÉGION DE
NZÉREKORÉ



ÉTUDE DE LA RÉSURGENCE DE LA MALADIE À VIRUS EBOLA DANS LA RÉGION DE NZÉRKORÉ

Auteurs

Fanny ATTAS
Eva BARRANCA
Germain BONAMOU
Ibrahim CAMARA
Marie-Yvonne CURTIS
Siba GROVOGUI
Jacqueline HABA
Moustapha KEITA-DIOP
Frédéric LE MARCIS
Almudena MARÍ SAEZ
Maomy MORIBA
Jacques Achille THEA
Gamey ZOGBELEMOU

Coordination scientifique

Frédéric LE MARCIS
Almudena MARÍ SAEZ

Date de parution

15 mai 2021

Durée de la mission

1^{er} avril au 5 mai 2021

REMERCIEMENTS

Les rédacteurs de ce rapport tiennent à remercier vivement les responsables de l'UNICEF, notamment Simone Carter, qui ont accordé toute leur confiance et leur appui pour la bonne marche de cette étude.

Nous tenons également à remercier tous les chercheurs en anthropologie et épidémiologie qui ont participé avec motivation, enthousiasme et ténacité à ces travaux de terrain.

Enfin, un grand merci aux personnes qui nous ont fait confiance et nous ont accordé de leur temps en partageant leurs connaissances avec nous dans des moments de doute et de deuil.



NOTE LINGUISTIQUE

Dans ce rapport, afin de faciliter la lecture, nous avons retenu l'orthographe officielle commune pour tous les noms de village ou de villes.

Nous sommes cependant conscients que, localement, cette terminologie officielle ne correspond pas aux noms d'usage ordinaires en langue kpèlè. Gouécké se prononce par exemple Gbeke ; Nzérékoré se prononce Nzalikole, le village Korokpara se prononce Korokpala, etc.

Cet écart entre les noms officiels et la terminologie vécue par les locuteurs du kpèlè est pour nous emblématique du fossé qui sépare populations locales et acteurs nationaux et internationaux.

POUR CITER CE RAPPORT

Le Marcis Frédéric et Marí Saez Almudena (ss la dir.). (2021). *Rapport final : Etude de la résurgence de la maladie à virus Ebola dans la région de Nzérékoré.*

Cerfig, RKI, IRD. DOI : 10.13140/RG.2.2.14143.84641

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
NOTE LINGUISTIQUE	4
TABLE DES MATIERES	5
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	8
ACRONYMES.....	10
PRINCIPAUX RESULTATS	12
INTRODUCTION	14
1.1 Contexte épidémique	14
1.2 Chronologie de l'épidémie Ebola en Guinée	15
1.2 Equipe de recherche et sites d'étude.....	16
OBJECTIFS ET METHODOLOGIE	19
2.1 Objectifs de la mission.....	19
2.2 Méthodologie générale	20
2.3 Démarches méthodologiques détaillées par axes de recherche	20
2.3.1 Groupe 1 : Etudes des conditions de la résurgence	20
2.3.2 Groupe 2 : Itinéraires thérapeutiques.....	21
2.3.3 Groupe 3 : RECO et suivi des contacts.....	21
2.3.4 Groupe 4 : Situation des sortis guéris	22
LES CONDITIONS DE LA RÉSURGENCE	23
1. Deux disciplines différentes pour expliquer la transmission virale.....	23
2. Une prise en charge structurée par les liens d'affection plus que par des liens de proximité	26
3. Récits de contamination et de non-contamination	26

4. Une double épidémie	29
4.1. Le contexte social.....	29
4.2. Contexte professionnel.....	31
4.3. Le contexte familial.....	32
5. Hypothèses de la résurgence	33
6. Une épidémie singulière comme une opportunité ratée ?	34
6.1. Des institutions peu réflexives.....	34
6.2. Des messages confus.....	34
6.3. Une réponse à l'épidémie perçue comme une guerre plutôt que comme une collaboration.....	35
6.4. Rendre les actions nuisibles invisibles.....	35

LES ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES..... 37

1. Effets de l'épidémie d'Ebola sur l'utilisation des services de santé de Gouécké	37
1.1. Consultation des moins de 5 ans dans les structures de santé de Gouécké et environs.....	37
1.2. Tendance des consultations des moins de 5 ans entre 2020 et 2021 à Gouécké.....	38
1.3. Accouchement en milieu hospitalier.....	39
1.4. Notification des décès communautaires.....	41
2. Impacts de la MVE sur les recours aux soins à Gouécké	42
2.1. Un syncrétisme dans l'offre aux soins à Gouécké.....	42
2.2. Impacts de la MVE sur les recours de soins à Gouécké selon le genre.....	45
2.3. Stratégies communautaires d'accès aux soins de santé.....	51

RELAIS COMMUNAUTAIRES ET SUIVI DES CONTACTS EBOLA 54

1. Les RECO : des acteurs communautaires motivés, mais souvent oubliés et précaires	54
1.1. Dénigrement, infantilisation et mépris pour les acteurs communautaires de première ligne.....	55
1.2. Volontariat et précarité des acteurs communautaires engagés dans la riposte.....	56
1.3. Une relation difficile avec l'Etat et la Réponse : de l'abandon au mépris.....	57
1.4. Contraste avec les moyens affichés de la Réponse et ses acteurs.....	59
1.5. Activités quotidiennes des RECO lors de la Réponse Ebola.....	59
1.6. Un savoir épidémiologique peu stabilisé.....	63
1.7. De l'ancrage communautaire des partenaires aux problèmes de fonctionnement.....	63
2. Le suivi des contacts	65
2.1. Le suivi des contacts : un manque de rigueur manifeste.....	65
2.2. Minimisation des risques liés aux contacts.....	67
2.3. Manque de communication entre acteurs de la surveillance.....	68
2.4. Distribution des vivres et isolement des contacts.....	69
3. Conclusion et recommandations	70

LES SORTIS-GUÉRIS D'EBOLA 2014-2016 72

1. L'expérience des guéris et le traumatisme Ebola de 2014	72
2. Situation sanitaire des guéris : une diversité de cas	74
3. Une situation économique et sociale des guéris qui impacte sur leur santé	76
4. Identités Ebola et dynamiques de pouvoir	77
4.1. Un brouillage des frontières.....	77

4.2.	Une association des survivants qui reflète ces divergences	78
4.3.	Mobilisation des identités Ebola et rapports de pouvoir	79
4.4.	Identités Ebola et rapports de genre	82
5.	Disparités dans la distribution des ressources et aides.....	85
6.	Sortis-guérés : résurgence et réévaluation du risque épidémique humain	88
CONCLUSION.....		89
BIBLIOGRAPHIE.....		91
ANNEXES		92

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Chronologie de l'épidémie Ebola en Guinée	16
Tableau 2 : Brève présentation des localités enquêtées	18
Tableau 3 : Synthèse des arguments des femmes pour le choix de recours aux soins	51
Tableau 4 : Synthèse des données sur les ménages sensibilisés à Gouécké	60
Tableau 5 : Synthèse des ressources allouées et distribuées entre les sortis-guérés	85
Tableau 6 : Données des sortis-guérés rencontrés dans la région de Nzérékoré.....	87
Figure 1 : Carte des localités entre Gouécké et Kabieta. Photo de la carte « Niveau de vulnérabilité des localités face aux menaces de santé publique », République de Guinée, ANSS, International Medical Corps, OIM, Union Européenne.....	17
Figure 2 : Carte paroissiale de Gouécké. Source: photo des auteurs.	17
Figure 3 : Détail de la chaîne de transmission des premiers cas développée par les épidémiologistes	23
Figure 4 : Schéma de parenté du cas index et de son mari	25
Figure 5 : Schéma de parenté avec les numéros de cas tels que dans la chaîne de transmission	27
Figure 6 : Une bouteille d'eau chlorée placée spontanément devant un domicile à Kpagalaye	28
Figure 7 : Consultation des moins de 5 ans dans les structure de santé de Gouécké et environs.....	38
Figure 8 : Tendance des consultations des moins de 5 ans entre 2020 et 2021 à Gouécké ...	38
Figure 9 : Accouchements en milieu hospitalier avant et pendant l'épidémie Ebola dans l'aire de santé de Gouécké et environs.....	39
Figure 10 : Accouchements CS WOMEY.....	40
Figure 11 : Accouchements CSA Gouécké.....	40
Figure 12 : Accouchement CMC St Abraham	40

Figure 13 : Décès notifiés dans l'aire de santé de Gouécké, 20-21	41
Figure 14 : Décès notifiés dans l'aire de santé de Gouécké, 2021.....	42
Figure 15 : Le centre de Santé Améliorée de Gouécké	43
Figure 16 : Etalage de médicaments, Gouécké	44
Figure 17 : Outils du RECO: boîte à image de sensibilisation.....	61
Figure 18 : Etudiants devant l'Ecole de Santé Communautaire proche de la DPS de Nzérékoré	68
Figure 19 : Traumatisme Ebola 2014-2016	72
Figure 20 : Situation sanitaire des Guéris	74
Figure 21 : Dynamiques de pouvoir et hiérarchie entre les bénéficiaires d'aide Ebola	85
Figure 22 : Distribution des ressources aux sortis-guéris du plus égalitaire au moins égalitaire	86
Figure 23 : Annexe 1 : Chaîne de transmission	92
Figure 24 : Annexe 2 : Schéma de parenté cas index.....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 25 : Annexe 3 : Schéma de parenté combiné avec identifications des chaînes de transmission	Erreur ! Signet non défini.

ACRONYMES

AC	Agent communautaire
ANSS	Agence nationale de la sécurité sanitaire de Guinée
ATS	Agent technique de santé
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CERFIG	Centre de recherche et de formation en infectiologie de Guinée
CMS	Centre médical de santé
CPN	Consultation pré natale
CREC	Communication des risque et engagement communautaire
CSA	Centre de santé améliorée
CTE	Centre de traitement Ebola
CT-Epi	Centre de traitement des Epidémies
DPS	Direction préfectorale de la santé
DRS	Direction régionale de la santé
ENS-L	Ecole nationale supérieure de Lyon
ESC	Ecole de Santé Communautaire
FHE	Fièvre Hémorragique Ebola
IRD	Institution de recherche et développement
MOSO	Mobilisateurs sociaux
MVE	Maladie à virus Ebola
OIM	Office international des migrations
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAM	Programme alimentaire mondial
PCI	Prévention et contrôle des infections

PMS	Pharmacies et maisons de santé
PNUD	Programme de développement des Nations Unies
PS	Poste de santé
RECCLAS	Renforcement de la collaboration entre collectivités locales et autorités financières (Projet)
RECO	Relais communautaires
RKI	Robert Kock Institut
TdH	Terre des Hommes
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

PRINCIPAUX RESULTATS

Les analyses des conditions de la résurgence du virus Ebola, des logiques de l'intervention visant à contrôler sa circulation comme ses interactions avec les populations, ainsi que l'étude de la situation des survivants de la précédente épidémie Ebola, démontrent que :

- Nous faisons face à une double épidémie, l'une à Gouécké, l'autre à Nzérékoré. Cela s'explique par les décisions relatives à la prise en charge du probable cas index et par les moyens financiers de sa famille, ainsi que par le respect inégal de la PCI dans les différents centres de santé visités par les patients.
- Les personnes qui étaient contacts de cas confirmés Ebola ont mis en place des mesures de prévention de manière autonome qui ont contribué à l'interruption des chaînes de transmission.
- Le dispositif de Réponse à l'épidémie s'inscrit dans un contexte de compétition pour des ressources limitées. Le dispositif est perçu comme un générateur important de ressources qui bénéficient toujours aux mêmes personnes influentes et aux sphères de pouvoir.
- La fréquentation du CSA de Gouécké connaît une baisse importante avec l'épidémie – marquée par une crise de confiance dans les structures sanitaires étatiques –, particulièrement pour les consultations infantiles et les accouchements. Les consultations se déplacent vers des centres périphériques ou se reportent vers un centre confessionnel jouissant d'une confiance ancienne auprès des populations.
- La situation précaire des RECO n'est pas propre à Ebola mais la perception de cette précarité par les acteurs est exacerbée par la comparaison de leurs conditions d'exercice avec les moyens déployés par la Réponse.
- Les RECO sont des piliers du système de santé communautaire. Ils sont présents avant, durant et après les épidémies. Leur statut devrait être pérennisé avec un salaire décent afin de soutenir leur insertion dans le système de santé et de favoriser leur reconnaissance.
- L'objectif de 10 ménages par jour à sensibiliser qui est assigné en routine aux RECO est déconnecté de la réalité. Ils sont engagés en fait dans une « sensibilisation non-

stop » à la hauteur de la demande exprimée dans leur voisinage, surtout en période épidémique.

- Le suivi des contacts reste un des maillons faibles des opérations de surveillance. L'isolation n'est pas facile à réaliser, mais cela ne devrait pas dédouaner le suivi journalier des contacts. Le suivi des contacts pourrait être l'occasion d'opérations de sensibilisations répétées, ce qui n'est pas toujours le cas. Le manque de rigueur du suivi se traduit notamment par des données erronées sur le nombre de contacts vaccinés à Gouécké. On constate également un manque de moyens (unités téléphoniques par exemple) pour réaliser tous les appels aux contacts listés – soit plus de 140 personnes.
- Les survivants se sentent abandonnés depuis la fin des dispositifs mis en place après la première épidémie Ebola de 2014-2016 et interrompus en 2019.
- Les conséquences de l'épidémie sur les individus sont durables et s'observent dans les domaines :
 - Économique : les familles assurent l'entretien des orphelins sans soutien extérieur, les guéris n'ont pas la capacité physique d'assurer à 100% leurs tâches agricoles et ont des difficultés à trouver un emploi, les destructions pendant l'épidémie 2014-2016 (champs, maisons, commerces) ont privé les guéris de leur capital financier et matériel.
 - Sanitaire : les guéris témoignent de séquelles psychologiques et physiques, doublées pour certains d'une inquiétude quant à leur statut.
 - Social : malgré leur réintégration sociale, le spectre de leur traitement par leur communauté après leur maladie reste douloureux (isolement, ostracisme, exil en brousse, etc.).
- On observe une captation des maigres ressources accessibles aux guéris par les responsables associatifs ou les chefs de familles (tuteurs). Une attention particulière devrait être accordée à la situation des femmes et des mineurs.

INTRODUCTION

1.1 Contexte épidémique

La première épidémie à virus Ebola en Guinée a été déclarée en 2014 dans la région de Guinée Forestière. Elle s'est diffusée en Guinée et dans les pays frontaliers de Sierra Leone et du Libéria. L'épidémie a fait 2543 morts et 1268 personnes sont sorties guéries des CTE (Centre de Traitement Ebola) dans le pays, dont 802 ont été suivies par le projet PostEbogui du CERFIG (Centre de Recherche et de Formation en Infectiologie de Guinée) au niveau national et 134 dans la préfecture de Nzérékoré. La fin de l'épidémie a été déclarée officiellement en décembre 2016 après un épisode de résurgence dans la sous-préfecture Korokpara (située à 97 km de la préfecture Nzérékoré), près de trois mois après la fin officielle déclarée par l'OMS.

L'actuelle épidémie de Fièvre Hémorragique Ebola (FHE) est déclarée officiellement le 14 février 2021 à Nzérékoré. Le cas index probable de cette épidémie est Lucie Haba, une Agente Technique de Santé, travaillant dans le service de maternité du Centre de Santé Améliorée de Gouécké (en Kpèlè le nom de la ville de Gouécké se dit *Gbékè*). Épouse du vice-maire de la ville – agronome de son état, planteur, éleveur de porcs, pisciculteur et membre laïc influent du conseil paroissial et diocésain –, elle est elle-même une paroissienne assidue et cultive pour elle-même un jardin en périphérie de la ville. Le cas index est la « co-épouse » non dotée de son partenaire. Celui-ci est marié à une première épouse et est également dans une relation quasi-maritale, désignée sous le vocable de « copine », avec une troisième femme qui comme la cas index n'est pas dotée.

Le cas index présente des signes de maladie dès le début du mois de janvier. Son départ rapide à Nzérékoré auprès de sa famille nucléaire pour se soigner permet de circonscrire l'épidémie à son réseau familial. Après son décès, elle est embaumée et amenée à Gouécké dans un cercueil scellé avec un verre. Elle reçoit un enterrement non sécurisé. A partir du cas index, la maladie se répand auprès de la mère, la grande-sœur et les frères de cette dernière, puis de son époux et de ses enfants. Avec la multiplication des cas de fièvres hémorragiques au sein de la famille, les soignants procèdent à un test épidémiologique et, le 14 février 2021, la réémergence de l'épidémie d'Ebola est déclarée officiellement dans la région.

Dès lors, la Réponse s'organise pour stopper l'épidémie. Elle est structurée en plusieurs commissions supervisées par des institutions nationales et internationales : Ministère de la

Santé, l'ANSS, DRS-DPS, l'OMS, l'UNICEF, l'OIM, CDC, CROIX ROUGE, PAM et autres. Avec cette résurgence d'Ebola à Gouécké et Nzérékoré et la mise en place de la Réponse, les communautés des districts environnants sont les premières à être concernées par la maladie. Le souvenir de l'épidémie de 2014-2016 vient réveiller les traumatismes : massacre de Womey, résistances et réticences des communautés, violence de la Riposte – ancien nom de la Réponse en 2014-2016 –, rumeurs et complots, peur, maladie et mort. Le 12 mars 2021, le CERFIG confirme l'origine humaine et non animale de la nouvelle épidémie, ce qui pose la question du lien avec les anciens guéris d'Ebola dans la zone. La recherche de terrain menée par nos équipes d'anthropologues de février à avril 2021 dans les districts des sous-préfectures de Gouécké, Korokpara et Womey est l'occasion d'étudier l'impact de la résurgence épidémique sur les communautés locales, l'organisation de la Réponse et la situation des sortis-guéris de ces communautés.

1.2 Chronologie de l'épidémie Ebola en Guinée

26 déc. 2013 au 9 juin 2016 Epidémie Ebola en Guinée (3 647 cas et 2 543 décès)	
27 janvier 2021	Décès de Lucie Haba à Nzérékoré, cas index de l'épidémie d'Ebola. Elle a présenté des signes de la MVE depuis début janvier 2021 et a été transférée à Nzérékoré depuis Gouécké où elle est sage-femme.
14 février 2021	Le Ministère de la santé annonce l'épidémie à l'OMS après que six membres de la famille de Lucie, présents à son enterrement, soient confirmés Ebola et tombent malades. Quatre décèdent, ainsi que le tradipraticien qui l'a soignée.
Février 2021	La Réponse s'organise avec institutions et ONG pour la surveillance des cas contacts (192) et la vaccination.
12 mars 2021	L'origine humaine du virus est confirmée, ce qui pose la question du lien avec les survivants de l'épidémie Ebola 2014-2016.
2 avril 2021	Reprise de l'épidémie à Kpagalaye/Solouta avec trois décès suspects et trois cas confirmés.
4 avril 2021	Manifestation des femmes de Kpagalaye contre la Réponse et fermeture du village à la vaccination et aux équipes sanitaires.
7 avril 2021	Echec des négociations des autorités religieuses à Kpagalaye.
9 avril 2021	Ouverture de Kpagalaye après négociations des zowo (femmes leaders traditionnelles).

10 avril 2021	Début de la vaccination à Kpagalaye.
21 avril 2021	Le dernier cas connu Ebola sort guéri du CT-Epi de Nzérékoré.
19 juin 2021	Déclaration officielle de la fin de l'épidémie Ebola par l'OMS et le gouvernement guinéen (quarante-deux jours après guérison du dernier cas connu).

Tableau 1: Chronologie de l'épidémie Ebola en Guinée

1.2 Equipe de recherche et sites d'étude

Suite à la déclaration de l'épidémie, une équipe d'anthropologues et d'épidémiologistes du CERFIG est envoyée sur le terrain pour faire les premières investigations sur le contexte de réémergence de la maladie en février 2021. Ensuite, en mars 2021, une anthropologue du RKI et deux étudiants de l'Université de Sonfonia rejoignent l'équipe pour une deuxième mission à Gouécké. La troisième mission, sur financement UNICEF, et qui fait l'objet de la rédaction de ce rapport, s'est déroulée du 1^{er} au 30 avril 2021.

L'équipe est composée de :

Quatre anthropologues seniors

- Moustapha Keita-Diop : Professeur à la Faculté des Sciences Sociales de l'Université Général Lansana Conté de Sonfonia (Conakry), Chercheur associé au CERFIG.
- Frédéric Le Marcis : Professeur à l'ENS de Lyon, Chercheur à l'IRD (TransVIHMI) détaché au CERFIG.
- Marie-Yvonne Curtis : Docteure en anthropologie, Chercheuse associée au CERFIG.
- Almudena Mari-Saez : Docteure en anthropologie, Chercheuse au RKI.

Une doctorante en anthropologie

- Eva Barranca : Doctorante à l'IRD (TransVIHMI) et à l'Université de Montpellier, Chercheuse accueillie au CERFIG.

Trois chercheurs en anthropologie niveau master

- Fanny Attas : Master en anthropologie, VIA Chargée de soutien à la recherche en SHS à l'IRD détachée au CERFIG.
- Germain Bonamou : Master en anthropologie, Chercheur junior au CERFIG.
- Jacqueline Haba : Master en développement, Chercheuse junior au CERFIG.

Trois chercheurs en anthropologie niveau licence

- Gamey Zogbelemou : Licence sciences sociales, Chercheuse junior au CERFIG.
- Siba Grovogui : Licence sciences sociales, Chercheur junior au CERFIG.
- Moriba Maomy : Licence sciences sociales, Chercheur junior au CERFIG.

Un épidémiologiste

- Ibrahim Camara : Md, Mph, Chercheur au CERFIG.

Un pharmacien

- Jacques Achille Théa : Docteur en pharmacie, Chercheur associé au CERFIG.

Le déroulement de la mission s'est essentiellement effectué dans la préfecture de Nzérékoré et, en particulier, dans les localités de Gouécké, Kabiéta, Saadou, Korokpara, Makponzou (voir Figures 2 et 3 et Tableau 2 ci-après). Notre enquête s'est déployée au-delà des limites strictes de la commune ou de l'aire de santé de Gouécké. L'enquête s'est en effet déroulée dans ce qui relève de la paroisse de Gouécké, qui correspond peu ou prou à l'espace vécu par la population. L'espace paroissial correspond en effet à l'espace parcouru par les familles (alliances entre villages), par les cultivateurs (plantations et champs), et par les personnes en quête de soins.

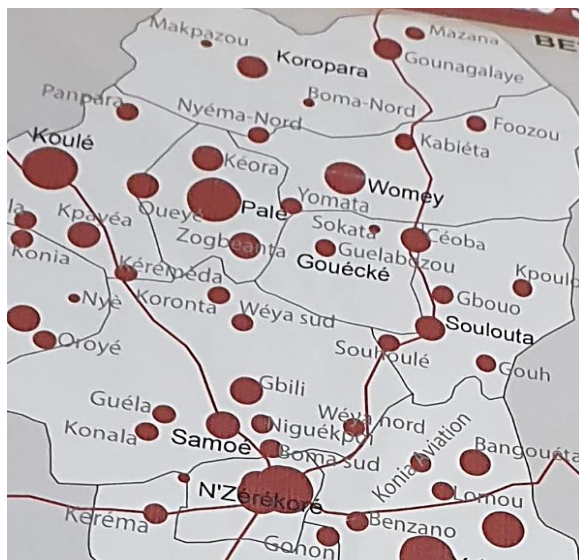


Figure 1 Carte des localités entre Gouécké et Kabiéta. Photo de la carte « Niveau de vulnérabilité des localités face aux menaces de santé publique », République de Guinée, ANSS, International Medical Corps, OIM, Union Européenne.

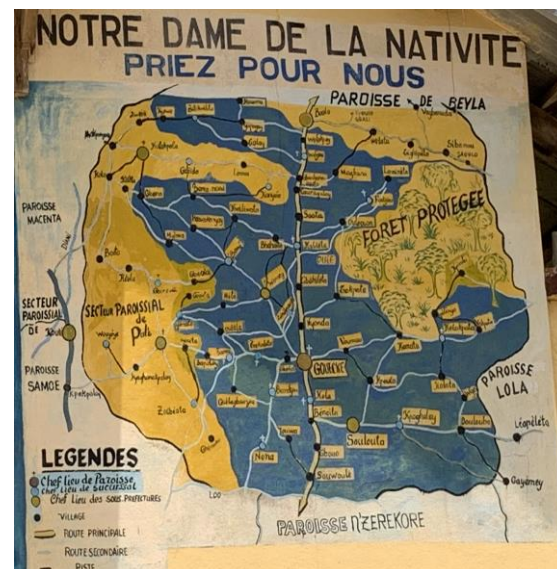


Figure 2: Carte paroissiale de Gouécké. Source: photo des auteurs.

Tableau 2: Brève présentation des localités enquêtées

Gouécké	Sous-préfecture (ou CR) située à 42km de Nzérékoré sur la nationale menant de Nzérékoré à Beyla, sert de base d'intervention à toute l'équipe sur le terrain. Aujourd'hui, la ville très dynamique s'étend comme une bourgade de part et d'autre de la nationale avec un grand marché le samedi. La ville est subdivisée en 4 grands quartiers (Céoba 1, Céoba 2, Kiayéba 1 et Kiayéba 2) dont la répartition est structurée par des bas-fonds (zones de culture inondées) mis en valeur par les habitants (24.056 personnes en 2021) qui y cultivent du manioc, des herbes culinaires, du riz, du palmier à huile et s'adonnent à l'élevage de porcs et parfois à la pisciculture. Gouécké dispose de deux hôtels, d'un CSA construit en 2018 avec un CT-Epi adjoint, d'un Centre Médical Professionnel (CMC), de 25 officines privées y compris des maisons de soins ainsi qu'une offre de soins traditionnels importants (15).
Kabiéta	District de la sous-préfecture de Womey, situé à 12km de Gouécké et 9km de Womey, subdivisé en cinq quartiers (Goboukoly, Helökoly, Kabiékoly, Gnabalakoly, Kpéléyakoly) avec une population de 3200 habitants. Village agricole qui s'étend des deux côtés de la route, principalement habité par des Kpèlè de confession chrétienne, avec comme principales activités la culture du riz, arachide, maïs, manioc, bananes plantain et les cultures de rente : palmier à huile, café, cacao. Les villages environnants de Kabiéta sont Gbohiléta, Bahaïta, Ouléouon, Fozou et Lamineta qui bénéficient également des services du poste de santé de Kabiéta. En 2014, 20 personnes de la même famille ont été touchées par la maladie à Virus Ebola, dont 5 sont sorties guéries (2 hommes et 3 femmes). Tous les ans, les chrétiens de la région célèbrent le pèlerinage du martyr de Zaoro Gobouyaza Félé mou de Kabiéta.
Saadou	District de la sous-préfecture de Korokpara, situé à 12km de Kabiéta sur l'axe Nzérékoré-Beyla, avec une population de 2500 habitants. La population est principalement d'origine Konianké de confession musulmane et parle le Malinké. Les activités principales sont la culture du cacao, café, hévéa, bananes et jardins. L'autre activité principale est le commerce des produits locaux à l'extérieur. Le village est situé à côté de la forêt classée du Mont Biro. Il n'a pas de poste de santé : il y a recours à un agent communautaire et la population a cotisé pour construire un poste qui reste à achever. Le village comprend 5 sortis-guérés de trois familles liées par les mariages (2 hommes et 3 femmes).
Makponzou	District situé à 5 km de Korokpara, principalement agricole comme les localités de la zone, dispose d'un dispensaire. Le village comprend 1 sortie-guérie.
Korokpara	Sous-préfecture de Nzérékoré située à 35km de Kabiéta et 97km de Nzérékoré qui comprend neuf districts et vingt villages. La population est mixte et s'élève à 23 392 personnes (données Unicef) parlant majoritairement le Kpèlè. Les autorités sont à la fois administratives (sous-préfet, maire, vice-maire, président de district), locales (propriétaires terriens) et sanitaires (centre de santé). Le nombre de sortis guérés de cette localité est de 4 (1 homme adulte et 3 mineurs), dont 2 résidant à l'extérieur.

OBJECTIFS ET METHODOLOGIE

2.1 Objectifs de la mission

L'objectif général de notre mission était de contribuer aux analyses intégrées fournies par la Cellule afin de renforcer les stratégies et interventions de la Réponse en fonction des évidences disponibles. Nos investigations se sont organisées sur quatre thématiques clés avec des objectifs spécifiques pour chacune :

1. Etude des conditions de la résurgence
 - a. Analyse des conditions de survenue de l'épidémie au sein de la famille du cas index
 - b. Etude rétrospective des interactions sociales entre cas index et cas contacts
2. Itinéraires thérapeutiques (méthodes mixtes anthropologie et épidémiologie)
 - a. Compréhension des effets de la MVE sur les recours aux soins pendant l'épidémie
3. RECO et suivi de contacts
 - a. Etude des interactions entre la Réponse et la population
 - b. Analyser les expériences populaires de la Réponse aux épidémies
4. Actualité des personnes guéries d'Ebola
 - a. Etat des lieux de la situation des survivants de la précédente épidémie et de l'impact de la résurgence épidémique sur ces derniers

2.2 Méthodologie générale

De manière concertée, nous avons poursuivi l'ethnographie avec pour objectif de développer les interactions avec la population afin d'établir un sentiment de familiarité : achat de courses effectué à Gouécké, participation à la messe, déambulations dans la ville, salutations systématiques. L'enquête proprement dite a consisté en des discussions informelles, des visites à domicile et jardins, sur les lieux de travail – suivi de contacts ou des sensibilisations pour le RECO, maison de soins et pharmacies –, la tenue d'entretiens formels non enregistrés et en l'observation des conditions de travail et de vie. Nous avons également documenté certaines informations avec des photographies. Tant pour les échanges oraux que pour les photos, nous avons toujours obtenu le consentement oral des personnes. Les informations obtenues sont reportées dans un journal de terrain chaque jour et discutées par les groupes thématiques en assemblée plénière avec l'équipe pour avancer ou modifier les hypothèses de travail.

Une partie de l'équipe de recherche s'est installée dans la ville de Gouécké pendant 20 jours. Le groupe chargé de l'investigation sur les RECO et le suivi de contacts a partagé son séjour entre Gouécké et Nzérékoré, 10 jours dans chaque site. Le groupe chargé de la situation des sortis guéris (survivants) a séjourné successivement à Gouécké, Kabiéta, Saadou, Korokpara et Makponzou.

2.3 Démarches méthodologiques détaillées par axes de recherche

2.3.1 Groupe 1 : Etudes des conditions de la résurgence

La première équipe de recherche s'est entretenue, à plusieurs reprises, avec :

- Des membres de la famille du cas index à Gouécké, à Nzérékoré et à Conakry (8) ;
- Des collègues de travail du cas index (5) ;
- Des amis et des voisins du cas index (4) ;
- Des guides spirituels du cas index (5).

Elle s'est également intéressée à la possible connexion entre l'épidémie de Gouécké et celle du village de Kpagalaye en :

- Participant d'abord à une célébration à l'église du village de Kpagalaye avec la communauté catholique, puis en déjeunant chez le diacre et en discutant à bâtons rompus avec certains membres de la paroisse ;
- Discutant avec des groupes de jeunes rencontrés de manière aléatoire dans le village ;

- Passant une matinée au domicile d'une Zowo de Kpagalaye où ils ont échangé avec le groupe de femmes Zowo (dont leur porte-parole) ;
- Echangeant avec le maire et vice-maire de Solouta au sujet des événements de Kpagalaye.

2.3.2 Groupe 2 : Itinéraires thérapeutiques

Cette équipe était composée de deux sous-groupes, l'un formé par des épidémiologistes et l'autre par des anthropologues. Bien que travaillant séparément sur le terrain, chaque soir ces deux sous-groupes partageaient leurs données afin d'ajuster leur enquête aux nouvelles informations collectées.

Le sous-groupe composé des épidémiologistes a réalisé une collecte de données qui s'est déroulée entre le 5 avril et le 5 mai 2021. Cette enquête a ciblé :

- Neuf structures de santé dont deux privées ;
- Deux centres de santé ;
- Cinq postes de santé.

Trois structures de santé hors de Gouécké (CS Womey, PS Kabiéta et CM Dr Adrien de Solouta) ont été incluses dans la liste de structures à visiter. Au-delà des observations et des entretiens réalisés, l'enquête a reposé sur des analyses de registres de consultation. Les données collectées portent sur les quatre mois de janvier, février, mars et avril 2020 comparés aux mêmes mois de 2021. Lors de la collecte des données, l'équipe a été confrontée à certaines difficultés principalement liées à la qualité de l'information présente dans les registres des centres de santé : remplissage aléatoire ou absent dans les structures publiques, absence totale de registre dans les structures privées. Cette enquête était complémentaire à celle des anthropologues.

L'autre sous-groupe, composé de deux anthropologues, a étudié l'impact de l'épidémie sur les itinéraires thérapeutiques à Gouécké. Ils ont mené des observations dans les sites de vente de médicament et dans les sites de consultations de malades (Centre de Santé, guérisseurs). Ils ont conduit des discussions formelles et informelles auprès d'hommes et femmes, des agents de santé, des guérisseurs traditionnels et font part de l'évolution des rapports de la population aux soins avant et pendant l'épidémie.

2.3.3 Groupe 3 : RECO et suivi des contacts

Le groupe a réalisé une ethnographie à Nzérékoré, Gouécké, Kabiéta du 3 au 24 avril 2021. Les données ont été recueillies auprès de :

- Seize RECO, dont quinze agents et un superviseur ;

- Huit agents de suivi de contacts, dont cinq proviennent de Gouécké, incluant deux infirmiers titulaires, deux RECO et un ATS stagiaire, et trois proviennent de Nzérékoré, tous ATS stagiaires au sein d'un centre de santé de la ville ;
- Deux responsables de Terre des Hommes ;
- Un sous-préfet ;
- Un Directeur des études et quelques étudiants de l'Ecole de Santé Communautaire de Nzérékoré ;
- Deux enseignants du Lycée de Gouécké ;
- Un leader des jeunes de Gouécké ;
- Un commerçant de Gouécké ;
- Un agent de vaccination.

La démarche consistait à suivre les agents sur le terrain, à réaliser des entretiens individuels ou de groupe, tout en procédant à des observations participatives lorsque cela était possible. La mission s'est terminée par une participation à une séance de suivi des contacts le 20 avril 2021.

2.3.4 Groupe 4 : Situation des sortis guéris

L'enquête a débuté par une rencontre avec le président de l'association des personnes guéries de Nzérékoré qui travaille comme HP (promoteur de santé d'ALIMA) au CT-Epi de Nzérékoré et supervise les HP du CT-Epi de Gouécké. Il a servi de point de contact avec les personnes guéries des localités identifiées. Dans les villages visités, l'équipe a développé des interactions avec les populations en favorisant : la préparation du terrain auprès des communautés et autorités concernées ; l'intégration dans les communautés via une approche terrain spécifique ; la collecte et l'analyse des données via une observation participante dans les villages (conditions de vie et de travail, présence de matériel de prévention, interactions sociales et économiques, etc.), des entretiens informels sous forme de causeries afin de faciliter les interactions locales. Des entretiens plus formels ont été menés avec :

- Cinq autorités religieuses ;
- Huit autorités administratives ;
- Quatre autorités locales ;
- Six soignants dont quatre tradipraticiens et deux agents de santé ;
- Sept proches des sortis guéris ;
- Un responsable de l'association des personnes guéries de Nzérékoré.

LES CONDITIONS DE LA RÉSURGENCE

Par Frédéric Le Marcis, Almudena Marí Sáez, Gamey Zogbelemou

L'étude de la résurgence Ebola en Guinée forestière a montré que les conditions de cette dernière sont diverses et différemment analysées selon les disciplines scientifiques, qu'il s'agisse de l'épidémiologie ou de l'anthropologie. L'analyse intégrée de ces deux disciplines – comment elles étudient la transmission et la circulation du virus, et les conclusions auxquelles elles arrivent – a permis d'éclaircir les circonstances de la contamination et la non-contamination des personnes. Plus encore, cela a permis de poser des hypothèses sur la contamination du cas index via l'analyse des facteurs sociaux, professionnels et familiaux de ce dernier, tout en étudiant comment les choix faits lors de son traitement ont entraîné une double épidémie à Gouécké et à Nzérékoré. Enfin, les analyses sur les conditions d'une Réponse à petite échelle montrent que cette dernière reste conflictuelle dans certaines relations avec la population et apparaît comme une opportunité ratée d'aboutir à une démarche plus proche et plus collaborative avec les communautés locales dans la lutte contre les épidémies.

1. Deux disciplines différentes pour expliquer la transmission virale

Depuis le début de la maladie à virus Ebola en Guinée et jusqu'au moment d'écrire ce rapport le 15 mai 2021, seize cas positifs Ebola ont été confirmés. Les épidémiologistes représentent par des chaînes de transmission les cas confirmés, les cas générés par chaque cas confirmé et leurs liens (cf. figure 4 et document complet en annexe 1). Cela permet d'identifier des clusters, de suivre les contacts des cas confirmés pour couper la transmission du virus.

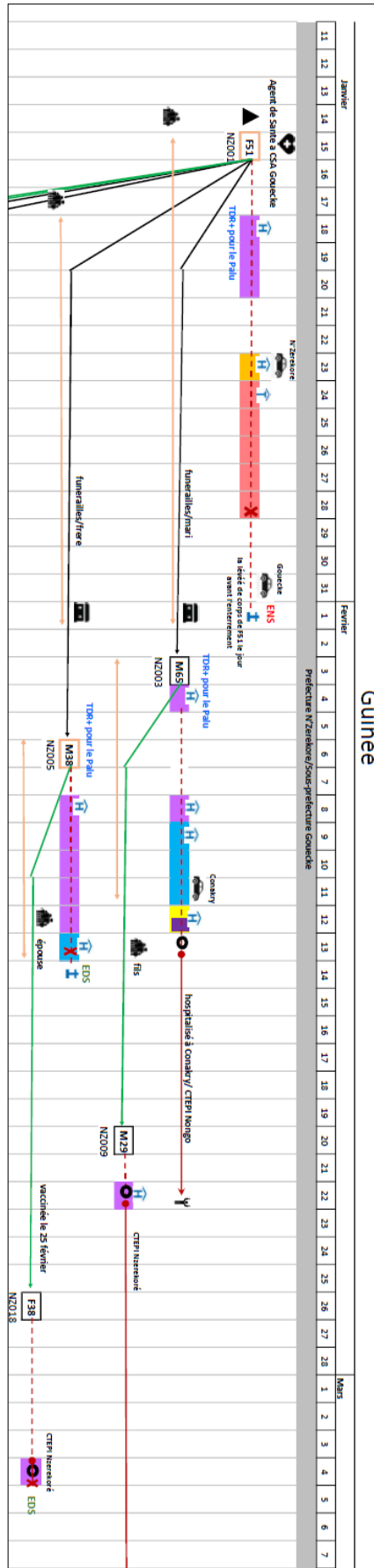


Figure 3: Détail de la chaîne de transmission des premiers cas développée par les épidémiologistes

Cependant, si cette représentation constitue un instantané de l'épidémie, elle ne rend pas compte de la nature dynamique du contexte d'apparition virale. Elle représente une liste de cas sans montrer les relations interpersonnelles entre eux. La diffusion virale au sein de la parentèle est difficilement appréciable et il est impossible sous cette forme de distinguer les différentes formes de proximités : celles relatives aux relations d'affiliation, qui tissent un lien formel entre parents, et celles relatives aux rapports d'affection, qui renvoient à des interactions réelles, à des pratiques de *care* qui sont sources de contamination.

Au cours de la première mission de recherche en février 2021, l'anthropologue Frédéric Le Marcis a établi un schéma de parenté de la famille du cas index et de son mari, qui a ensuite été élargi et corrigé lors des missions suivantes (voir figure 4 et document grand format en annexe 2).

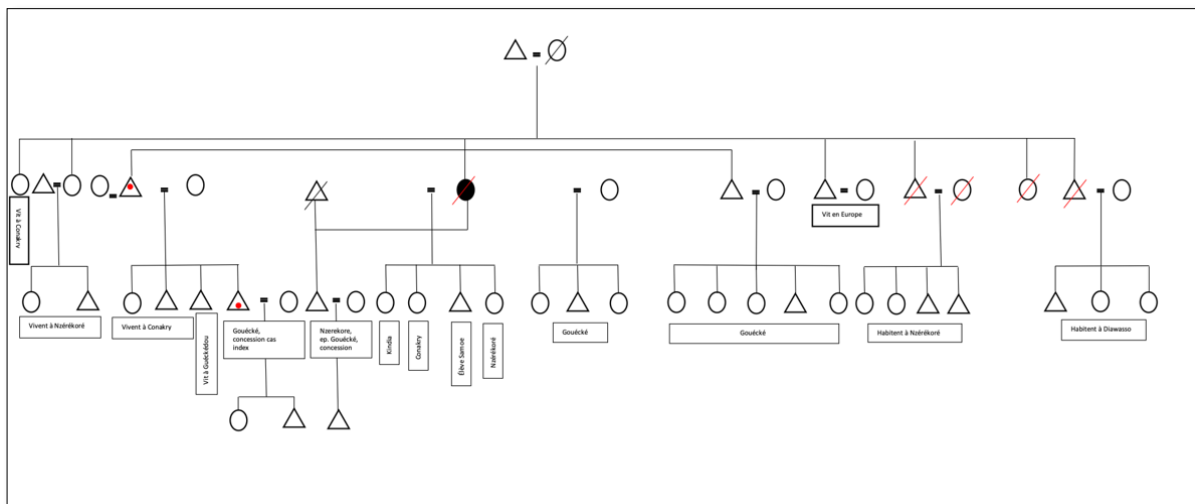


Figure 4: Schéma de parenté du cas index et de son mari

Ce schéma de parenté constitue une description dynamique et interactionnelle de la contamination. Les analyses permises par la lecture du schéma et les récits collectés à propos de chaque contamination nous ont permis :

- De visualiser la diffusion virale au sein de la parentèle en distinguant parmi les collatéraux et/ou alliés ceux qui ont été contaminés.
- De distinguer l'espace domestique formel – au sein duquel des personnes cohabitent officiellement (question de l'affiliation) – et les relations concrètes entre acteurs – vues depuis la circulation virale –, celles-ci dépassant l'espace domestique formel et renvoyant à la question de l'affection et du *care*.
- De démontrer la distinction entre la proximité de parenté et liens d'affection.

- De présenter simultanément mais distinctement les deux réseaux de parenté initialement contaminés.

2. Une prise en charge structurée par les liens d'affection plus que par des liens de proximité

Ainsi, les analyses précédentes et les récits des parents, collègues et amis montrent que le cas index n'est pas prise en charge par ses co-épouses dans la concession qu'elles occupent avec elle à Gouécké, mais par ses collatéraux qui habitent à Gouécké dans une autre concession (son frère et sa belle-sœur). Quand son état de santé s'aggrave, son mari l'emmène à Nzérékoré où elle reste chez sa grande-sœur et sa mère. Son époux l'emmène d'abord dans une clinique privée, puis à l'hôpital régional, mais les parents du cas index décident de l'emmener chez une tradipraticienne. L'époux du cas index ne l'ayant pas « dotée », il ne peut contester la décision des parents du cas index. Il reste cependant à ses côtés tout au long de son parcours de soins et place des perfusions sur le cas index durant sa prise en charge chez la tradipraticienne à Nzérékoré. Il tombe malade après les funérailles de sa femme et est pris en charge par son fils, tant à domicile à Gouécké qu'à l'hôpital régional de Nzérékoré où il présente déjà un symptôme de diarrhée. Son fils développe la maladie alors que son père est admis au CT-Epi de Nongo à Conakry.

3. Récits de contamination et de non-contamination

Au sein de la Cellule d'analyse à Nzérékoré, ces informations provenant du schéma de parenté ont été croisées avec les données épidémiologiques pour avoir une analyse plus intégrée des logiques de la contamination et de la non-contamination (voir figure 6 et document grand format en annexe 3).

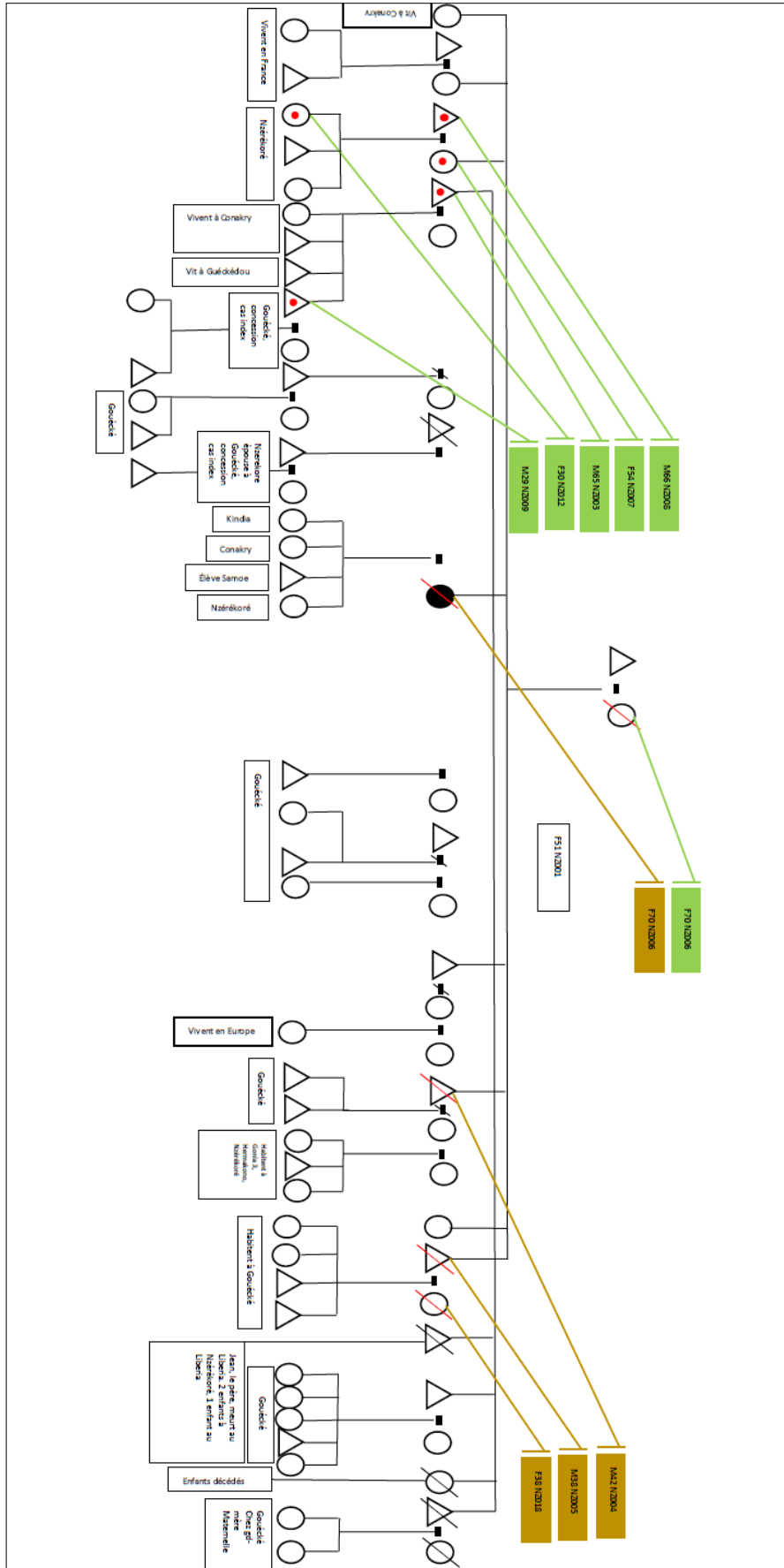


Figure 5: Schéma de parenté avec les numéros de cas tels que dans la chaîne de transmission

Un exemple de contamination est le cas NZ009 déjà mentionné plus haut. Il prend soin de son père malade et reste auprès de lui à Gouécké ainsi qu'à l'hôpital de Nzérékoré. Il l'accompagne à la douche et nettoie ses habits quand il a la diarrhée. Son père NZ003 a été évacué à Conakry, où il a été diagnostiqué positif au virus Ebola le 13 février.

“Moi je suis resté à côté de mon père, c’est moi qui nettoiais les habits quand mon père faisait la diarrhée. C’est mon père qui m’a contaminé. Quand un homme tombe malade, un autre homme doit prendre soin de lui. Quand une femme tombe malade, une femme doit prendre soin d’elle, il y a des choses qu’on ne peut pas voir. Mon père s’occupait du cas index quand elle est tombée malade. Ils marchaient ensemble. Moi je ne marchais pas ensemble avec elle. Moi, avec mon père on ne s’entendait pas, mais affaire de maladie, il faut mettre les choses à côté.” (NZ009)

Si certaines contaminations apparaissent clairement via des chaînes de transmission passant par les liens familiaux et interpersonnels, d’autres individus ont évité d’être contaminés par Ebola malgré leur contact rapproché avec des cas confirmés grâce à des précautions et moyens de protection mis en place de manière autonome pour arrêter les chaînes de transmission.



Figure 6: Une bouteille d'eau chlorée placée spontanément devant un domicile de Kpagalaye

Lorsque NZ009 commence à se sentir mal après avoir pris en charge son père NZ003 (courbatures et fièvre), il appelle sa grand-sœur, infirmière à Conakry et qui avait travaillé au CTE de Nongo en 2014-2015. Elle lui conseille de demander à sa femme et à ses enfants de s’installer dans une autre maison. Sa femme lui apporte son repas mais ce dernier ne mange pas. Comme son état de santé ne s’améliore pas, il appelle à nouveau sa grande sœur, pour que celle-ci contacte les médecins du CSA de Gouécké afin qu’on vienne le chercher à la maison pour l’emmener au CT-Epi de Nzérékoré. Il participe ainsi à l’interruption de la chaîne de transmission parmi les membres de sa famille, notamment son épouse et ses enfants.

Le récit de la petite-sœur du cas index illustre une autre situation de non-contamination. Cette dernière ne prend pas soin de sa grande-sœur ni de sa mère à la maison parce qu’elle réside dans un autre quartier. Lorsque le cas index meurt, certains membres de la famille

commencent à développer des signes de la maladie. Elle joue alors le rôle de garde malade de sa mère à la clinique et à l'hôpital de Nzérékoré jusqu'à ce que sa mère, ses frères et sa sœur soient également admis au CT-Epi et isolés. Elle utilise régulièrement de l'eau de javel car c'est une habitude qu'elle a acquise avant l'actuelle épidémie. Elle utilise également des gants fournis par le médecin de la clinique pour nettoyer sa mère souillée par sa propre diarrhée. Il faut noter que lorsque les membres de la famille sont isolés à l'hôpital, la jeune sœur, comprenant que la famille est touchée par une maladie contagieuse, cesse d'assister ses parents hospitalisés et se retire à domicile pour s'occuper des enfants restés à la maison. Pour elle et ses enfants, elle fait bouillir des feuilles pour se laver et boire. Ces actions – se protéger pour produire du *care*, puis ne plus prendre soin et mettre en place des mesures préventives en famille – évitent la propagation de la transmission au-delà des quatre personnes décédées dans la famille. Elles témoignent d'une capacité populaire de gestion du risque en dehors des canaux officiels d'information de la réponse à l'épidémie.

4. Une double épidémie

Un virus ne suffit pas à « faire une épidémie » et le contexte dans lequel elle s'inscrit joue un rôle central dans son développement. Ainsi, d'un point de vue anthropologique, il est possible de décrire l'épidémie actuelle comme une double épidémie. Elle présente en effet deux profils spécifiques :

- Le premier : une épidémie circonscrite à Gouécké
- Le second : une épidémie de plus grande ampleur à Nzérékoré

Le contexte social, professionnel et familial dans lequel s'inscrit l'épidémie permet de comprendre ces deux profils.

4.1. Le contexte social

Womey et l'absence de confiance

Les souvenirs des événements enregistrés à Womey en 2014 – le massacre d'une délégation officielle venant faire de la sensibilisation Ebola, suivi par la fermeture puis le pillage en règle du village – restent vifs dans la mémoire des gens et des institutions. Ils sous-tendent les réactions individuelles, collectives et institutionnelles à l'épidémie. Dans ce contexte, les autorités limitent leurs interventions par crainte des réactions populaires. Ainsi, on observe un retard dans la désinfection par la Croix Rouge des domiciles des personnes infectées. Plus

encore, les acteurs légitimes locaux hésitent à s'engager pour éviter de se compromettre dans un dispositif contesté. C'est notamment le cas des représentants religieux : le souvenir de l'intervention militaire violente à Womey, négociée par le clergé après les événements de 2014 et la fermeture du village, incite ses représentants à la prudence. La population avait alors fui en brousse et les militaires ont opéré une razzia sur le village : ils ont volé des portes en fer, des moteurs, des cochons, des chaises. Puis, le village a été placé sous embargo et ne recevait pas de support des ONG et autres institutions de l'extérieur. Certains prêtres ont décidé de venir à l'aide de la population. Ces expériences ont accru le manque de confiance dans les autorités et font qu'à nos jours, certains acteurs clés veulent rester autonomes par rapport aux discours officiels de la Réponse qu'ils n'endossent pas.

« Eux [La Réponse], ils vont partir, mais nous on reste ici, avec nos parents »

Ediles, 22 avril 2021.

Insécurité économique

Comme dans d'autres lieux en Guinée, à Gouécké les ressources et opportunités économiques sont limitées. Les gens que nous avons rencontrés témoignent d'une gestion au jour le jour de leurs sources de revenus et de leurs dépenses. Ils guettent les opportunités pour gagner de l'argent et de l'expérience professionnelle. La sensibilisation, le suivi de contacts, l'organisation de dialogues communautaires ou le recyclage des individus en agents hygiénistes au CT-Epi constituent autant d'opportunités et relèvent de ressources limitées qui suscitent convoitise et jalousie. Dans ce contexte, les activités mises en place pour réagir à l'épidémie sont perçues comme introduisant un flux d'argent inégalement réparti. Elles constituent un espace de captation de la ressource pour certains et se traduisent concrètement par l'amélioration de certaines infrastructures (latrines et WC, puits). Paradoxalement, l'épidémie apparaît comme profiter d'abord à ceux qui sont supposés lutter contre elle en améliorant les conditions de certains espaces de soin. De ce fait, les acteurs locaux de la lutte contre l'épidémie apparaissent comme ceux qui, ayant provoqué le problème, en tire profit en s'engageant dans sa résolution.

Insécurité spirituelle

L'insécurité spirituelle va de pair avec l'insécurité économique. Les pratiques religieuses sont en compétition pour la production d'un filet de sécurité contre l'infortune et les maux, qui bien souvent prennent la forme de discours sorcellaires. L'irruption épidémique s'inscrit dans ce registre.

« C'est un complot pour tuer [le cas index]. [...] Ebola en tant que tel n'est pas ce qu'on voit actuellement : la première épidémie, tout le monde était touché de partout, de tous les côtés. Mais cette fois-ci, ça se passe dans une seule famille. [Le cas index] est morte, sa belle-fille est décédée, voici sa famille. Sinon, quand Ebola rentre dans une ville, ça ne rentre que dans une seule famille ? »

Membre du foyer du cas NZ018

« Quand une personne meurt d'Ebola, la personne peut faire combien de jours avant l'enterrement ? A la première épidémie, les corps des personnes décédées ne dormaient pas : on les enterrait directement. Pourquoi, dans le cas [du cas index], ont-ils gardé le corps plusieurs jours avant l'enterrement ? Ceux qui étaient autour du corps n'ont pas été contaminés ? »

Fille d'un cas positif

« Si ma fille est morte d'Ebola, moi qui dormais avec elle sur le même lit, pourquoi ne suis-je pas tombée malade ? Alors que quand on s'est enfuit en brousse, on n'avait pas de médicaments, le soleil et la pluie nous ont trouvé là-bas, pourquoi nous ne sommes pas tombés malades ? »

Mère d'un cas positif

4.2. Contexte professionnel

La pratique de la PCI au CSA de Gouécké versus à Nzérékoré

Le personnel du CSA de Gouécké a reçu le probable cas index de la résurgence du virus Ebola, ainsi que trois patients qui ont été par la suite confirmés positifs. A notre connaissance le centre n'a pas enregistré d'infections nosocomiales. Le CSA bénéficie de l'expérience du directeur du centre qui porte une attention particulière sur la pratique et le respect de la PCI (Prévention et Contrôle des Infections) par tous les agents du centre. Il a l'expérience de l'épidémie Ebola en 2014-2016 à Macenta et s'est engagé auprès de MSF en RDC. Le CSA a une unité de production de chlore en son sein et cela a favorisé son utilisation régulière par tous les agents et dans tous les bureaux. Tous ces facteurs ont permis la prise en charge de quatre patients positifs sans aucune contamination nosocomiale. Par contre, à Nzérékoré, les agents de santé ont procédé aux prises en charge des malades confirmés Ebola sans protection, d'où les cas de contamination parmi les soignants. L'application de la PCI au CSA de Gouécké a été un facteur déterminant dans la non propagation de l'épidémie actuelle. Par contre, lorsque le cas index est venu à Nzérékoré dans les cliniques privées pour son

traitement, les agents de santé qui étaient présents sur les lieux, ne respectant pas les normes de la PCI, ont été contaminés après sa prise en charge.

4.3. Le contexte familial

Ebola, une maladie d'amour

La transmission du virus suit les chemins de l'affection et du soin (*care*). Celui/celle qui est infecté est celui/celle qui prend soin du malade. Les membres de la famille qui s'aiment et qui sont proches sont ceux qui sont généralement touchés en cas de problème parce qu'ils sont les premiers à venir en aide à leurs parents.

“Ma sœur dormait avec NZ004, ils s'aimaient tellement. Les enfants dormaient dans une autre chambre »
Parent de NZ018

Éclatement de la famille

La famille polygame est traversée par des tensions importantes entre coépouses et entre les enfants. Lorsque le cas index est infecté, les soins ne sont pas produits au sein de l'espace domestique mais par les collatéraux (frères) du cas index qui ne résident pas dans sa concession. Ce faisant, la maladie ne se diffuse pas dans la famille mais reste au niveau des personnes qui se sont occupées du cas index.

Statut économique et dynamique sociale ascendante

Les moyens financiers du cas index et de son époux, la présence de parents du cas index à Nzérékoré concourent à orienter la quête de soins vers une clinique privée de cette ville, protégeant de ce fait la ville de Gouécké d'une infection due à une multiplicité des recours de soin.

« En se soignant à Nzérékoré, elle nous [les soignants] a sauvé, et même tout Gouécké ! »
Collège du cas index

5. Hypothèses de la résurgence

Suite à l'annonce de l'origine humaine de l'épidémie (<https://virological.org/t/guinea-2021-ebov-genomes/651>) et partant du fait que le cas index probable est un agent de santé, nous avons exploré différentes hypothèses de contamination à partir de ses pratiques de soins dans son centre de santé et en dehors de ce dernier, et la possibilité d'une contamination sexuelle. Après étude des registres au CSA (registres de consultations générales, carnets de gardes et partogrammes) et renseignement auprès de la sage-femme du CSA sur les femmes consultées par le cas index et qui se portaient en bonne santé, nous avons conclu que l'hypothèse de contamination via le CSA n'est pas plausible. Sur les deux autres hypothèses, après discussion avec le mari du cas index, les collègues de travail, parents et coépouses, la contamination sexuelle semble peu plausible. Ainsi l'hypothèse sur les soins hors du CSA reste l'hypothèse plus envisageable.

Subséquentement, l'étude sur les soins produits par les cas index se présentent à deux niveaux :

Le cas index produisait des soins hors cadre professionnel tels que des injections dans la véranda de son domicile, le suivi de traitements prescrits au CSA, et des consultations pour les « affaires des femmes ». Les données recueillies autour des activités du cas index en dehors du CSA montrent qu'elle était l'une des sages-femmes les plus connues de Gouécké dans les affaires de femmes, surtout pendant la grossesse et après l'accouchement. Elle était aussi une femme qui prodiguait des conseils aux autres sur les sujets relatifs au foyer. Elle avait pris part à des cérémonies d'initiation, d'excision du clitoris.

Étant originaire du village de Kabiéta (à 9km de Gouécké), le cas index était une personne ressource pour l'accès aux soins des habitants de ce village, une porte d'entrée vers les soins. Ils pouvaient loger chez elle lorsqu'ils souhaitaient se rendre au CSA et elle les orientait vers les consultations. Certaines femmes enceintes arrivées à terme attendaient chez elle le moment de leur accouchement et d'autres y passaient après l'accouchement pour se reposer avant de partir au village.

« Le cas index était une grande aide pour les gens de Kabiéta. A son décès, la communauté de Kabiéta avait fait un déplacement massif et lorsqu'ils pleuraient, chacun expliquait ce que le cas index faisait pour lui à chaque fois qu'il avait des soucis de santé. Le cas index avait failli avoir un homonyme de la part de sa famille de Kabiéta si le bébé était une fille, mais par la force des choses le bébé était un garçon et ils ont donné le nom à son mari »

Parent probable cas index.

Pendant l'épidémie d'Ebola de 2014-2016, quinze personnes sont décédées d'Ebola et cinq sont sorties guéries à Kabiéta. Tous appartiennent à la famille étendue du cas index. La probabilité d'une résurgence au sein de cette famille est forte (chez un survivant, un asymptomatique ou un paucisymptomatique). Cette constatation ne doit cependant pas conduire à ignorer la possibilité d'une infection par un autre canal : d'autres personnes exposées au virus Ebola en 2014-2016 vivent dans la région, à Korokpara notamment.

6. Une épidémie singulière comme une opportunité ratée ?

6.1. Des institutions peu réflexives

Jusqu'à présent, l'épidémie en cours est de petite échelle. Le faible nombre de cas infectés (seize) comme la faible extension géographique de l'épidémie aurait pu permettre aux acteurs de la Réponse de développer une approche plus réflexive et de tenter, avec une prise de risque relative, de nouveaux protocoles de réponse fondés sur une plus grande écoute de la population et une plus grande confiance dans sa capacité à se prendre en charge. Au lieu de cela, la Réponse déployée par les institutions a consisté en la reproduction à l'identique d'un dispositif prêt à l'emploi (un « kit de réponse épidémique ») et déployé avec un déficit de réflexivité, sans prise en compte de la singularité de cette épidémie.

Pourtant, les acteurs sur le terrain – populations comme épidémiologistes – reconnaissent tous que cette épidémie n'est pas comme la précédente. Certains parmi les premiers expliquent le nombre limité de patients infectés par les attaques et logiques sorcellaires tandis que les seconds s'interrogent sur le faible nombre de cas et supposent que beaucoup sont dissimulés au sein des communautés. Cette reconnaissance de la singularité épidémique, s'inscrivant dans des registres différents mais reposant sur le même constat, aurait pu susciter le développement d'une approche différente.

6.2. Des messages confus

Concernant les messages adressés à la population, nous avons relevé – en fonction de ce que les populations nous ont rapporté – qu'ils ont manqué de clarté, spécifiquement sur le suivi de contacts et la vaccination. Ces deux mesures sont souvent confondues : le suivi de contact suppose isolation, soutien alimentaire et vaccination. Mais le fait d'être vacciné hors suivi de contact ne déclenche pas la mise en place de dispositif de soutien. En outre, dans les deux cas, la vaccination ne signifie pas l'abandon des mesures de prévention car son effet n'est pas immédiat et son efficacité n'est pas totale. L'observation sur le terrain des messages transmis aux personnes concernées révèle que la maîtrise des informations dont les agents sont

porteurs n'est pas suffisante pour engager une véritable discussion ni pour répondre aux questions de la population et la confusion domine.

La spécificité de la Réponse à l'épidémie n'a pas eu d'échos importants en population : la singularité de cette épidémie s'explique en effet par l'efficacité des traitements administrés si le patient arrive dans les premiers temps de la contamination et l'impact de la vaccination. Malgré cette évolution notable des traitements, les populations ont encore largement perçu les CT-Epi comme des machines à produire des morts.

6.3. Une réponse à l'épidémie perçue comme une guerre plutôt que comme une collaboration

La réponse institutionnelle à l'épidémie nous est apparue, vue depuis Gouécké, comme « une guerre » dans laquelle la lutte contre le virus se traduisait en une guerre contre les populations. On peut regretter, dans le contexte singulier de cette épidémie, que :

- Les populations n'aient pas été plus accompagnées dans leurs démarches de prévention de contamination ;
- Les acteurs clés, qui dans leur vie quotidienne ont des rôles de négociation et de travail pour maintenir le tissu social, n'aient pas été plus reconnus comme des acteurs légitimes à tenir informés régulièrement de la situation épidémique et des logiques de l'intervention.

6.4. Rendre les actions nuisibles invisibles

Du même, nous avons été témoins d'une « invisibilisation » des actions et des acteurs dans deux circonstances. La première, déjà évoquée plus haut, est l'utilisation d'une PCI domestique via :

- Usage de chlore et de savon *Jama* dans les familles de suspects (lavage des mains, douches).
- Auto-isolation des personnes suspectes (s'alimenter seul, dormir seul, se laver dans un espace réservé).
- Lavage des vêtements souillés ou des productions fécales assuré par le patient lui-même.
- Protection des laveurs de corps par plastique ou gants.
- Absorption de décoctions de plantes pour traitement symptomatique (usage application « plantes médicinales » :

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.ndonna.plantemedicinale&hl=fr&gl=US>

Lorsque la Réponse se réfère aux personnes qui s'organisent autour de pratiques de prévention autonomes, elle les désigne sous le label des indisciplinés, des réticents, des violents qui ne veulent pas suivre les conseils officiels. Il n'y a pas une valorisation publique et officielle de ces démarches et apprentissages faits par les populations et acquis non seulement avec Ebola mais aussi en cohabitant avec d'autres maladies infectieuses.

La deuxième invisibilisation se fait lors de l'épisode de résistance populaire à Kpagalaye. Il s'agit alors d'enterrer dans une action mystique, exotique, « traditionnelle » et conflictuelle la demande des femmes d'exercer leurs droits sur leur santé. Il s'agit des événements survenus dans le village de Kpagalaye où les femmes ont manifesté publiquement, prenant une forme rituelle qui oblige à tous ceux qui ne sont pas membres du groupe des Zowos de rester enfermés dans la maison. Les femmes perçoivent la démarche des hommes et autorités, prise sans les consulter, comme une façon de les « indexer » comme des « cas contacts », d'obliger à la vaccination et de les « vendre » à la Réponse. Elles se sentent mises de côté lors de la Réponse : les hommes reçoivent les équipes d'intervention et n'invitent pas les femmes aux discussions, encore moins aux prises de décision. Les femmes Zowo se rendent alors visibles, font recours aux outils dont elles disposent pour se faire entendre et revendiquer leur part dans la prise de décisions, les espaces de pouvoir et les bénéfices économiques que la Réponse amène. La riposte fait « une invisibilisation ostensible »¹ de ces femmes comme des personnes de plein droit pour discuter des mesures de prévention et de contrôle de la maladie.

« On porte les machettes pour défricher les champs, on laboure, on sème, on désherbe, on récolte et on prépare, et les hommes mangent. Ils mangent ce même riz que nous on a cultivé. Pour l'école, c'est nous qui payons la dépense, s'il y a un problème c'est nous qu'on appelle, si l'enfant est malpoli c'est la faute de la maman. Et les hommes, ils sont en ville, ils ne font rien et maintenant ils décident sans nous ».

Rencontre avec les femmes Zowos à Kpagalaye, 19 avril 2021.

¹ Sophie Harman (2016) Ebola, gender and conspicuously invisible women in global health governance, Third World Quarterly, 37:3, 524-541, DOI: [10.1080/01436597.2015.1108827](https://doi.org/10.1080/01436597.2015.1108827)

LES ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES

Par Ibrahim Camara, Achille Théa Jacques, Germain Bonamou, Siba Grovogui

Le présent chapitre comporte deux volets. Le volet épidémiologique recueille les données d'utilisation des structures de santé de l'aire de Gouécké et des environs, avant et pendant l'épidémie d'Ebola, et évalue les changements induits par celles-ci. Le volet anthropologique compile les enquêtes anthropologiques réalisées auprès des communautés de Gouécké sur leurs recours aux soins de santé en période épidémique.

1. Effets de l'épidémie d'Ebola sur l'utilisation des services de santé de Gouécké

1.1. Consultation des moins de 5 ans dans les structures de santé de Gouécké et environs

Entre janvier et mars 2021, on constate une baisse de 76% des consultations des enfants de moins de 5 ans au CSA de Gouécké. En effet, un mois après la déclaration de l'épidémie en février 2021, la consultation des enfants de moins de cinq a baissé de 42%. Cette proportion est passée à 76% au mois de mars, c'est-à-dire un mois après la déclaration (Figure 9). Le cas index était une employée du CSA et avait une responsabilité au niveau de la maternité dudit centre. La peur de se faire contaminer ou d'être identifié contact pourrait être une des causes de cette baisse de fréquentation. On note cependant une augmentation de la consultation dans les autres structures de la ville où il n'y a pas eu de cas confirmés. C'est le cas du Centre médical Saint Abraham, où on note une tendance à la hausse des consultations depuis la déclaration de l'épidémie. Ce déplacement des populations vers l'offre de soin périphérique est confirmé par l'ethnographie réalisée. On note une reprise progressive de la fréquentation des structures de santé en avril 2021, probablement due à l'absence de cas de MVE depuis le 30/04/21.

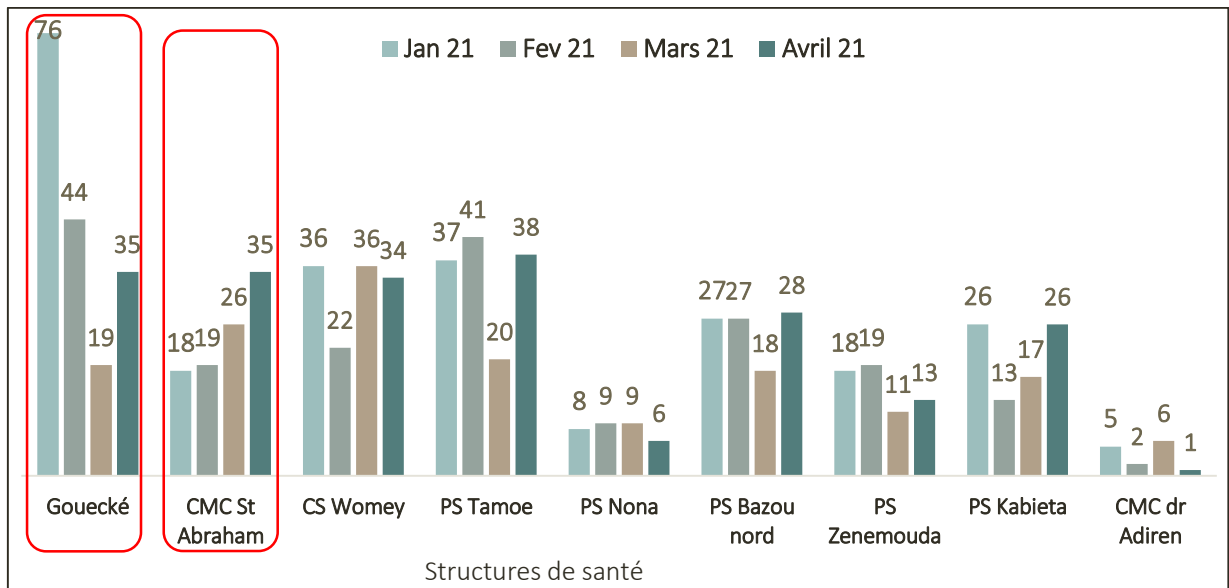


Figure 7: Consultation des moins de 5 ans dans les structures de santé de Gouécké et environs

1.2. Tendence des consultations des moins de 5 ans entre 2020 et 2021 à Gouécké

Nous avons comparé les données de consultations de 2020 à celles de 2021 pour mieux comprendre ces changements. De ce fait, on constate une baisse globale de l'utilisation des services de santé infantile dans tous les centres de santé de Gouécké et des environs, avec une baisse de 79,34% et 59 % respectivement en mars et avril 2021.

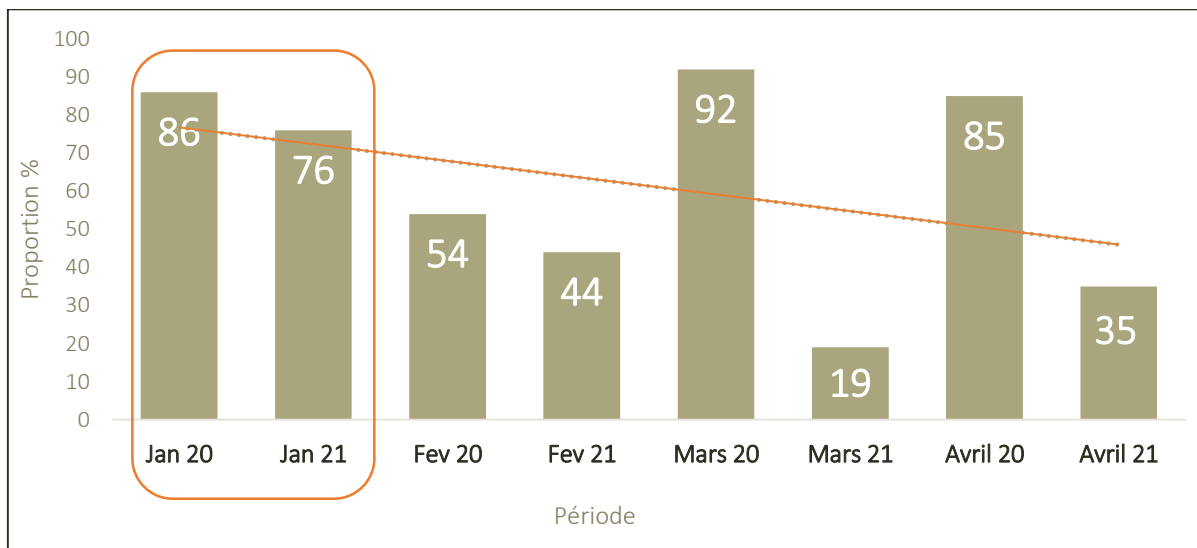


Figure 8: Tendence consultations des moins de 5 ans entre 2020 et 2021 à Gouécké

1.3. Accouchement en milieu hospitalier

La tendance du recours aux structures de santé pour l'accouchement a changé entre la période pré-épidémique et la période épidémique. On note une baisse de 49% (janvier-mars 2021) au CSA de Gouécké. Par ailleurs, il y a une augmentation dans les structures qui n'ont ni cas contacts ni cas confirmés (+ de 20% CM Saint Abraham). Au CS de Womey, on note une augmentation des accouchements après une légère baisse au mois de février (Figure 10). La peur de se faire contaminer ou d'être envoyé au CT-EPI pourrait expliquer ce phénomène (Figure 8).

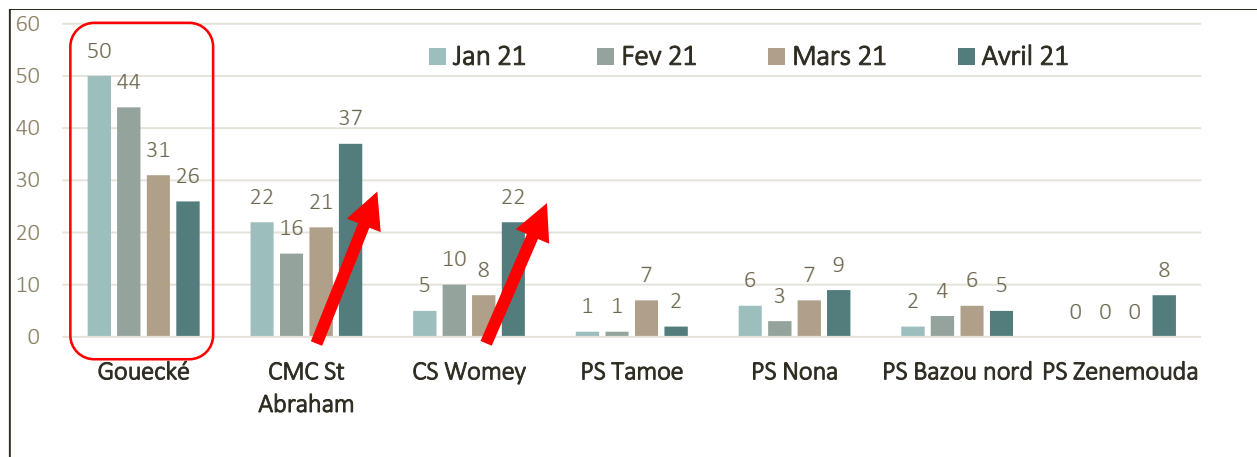


Figure 9: Accouchements en milieu hospitalier avant et pendant l'épidémie Ebola dans l'aire de santé de Gouécké et environs

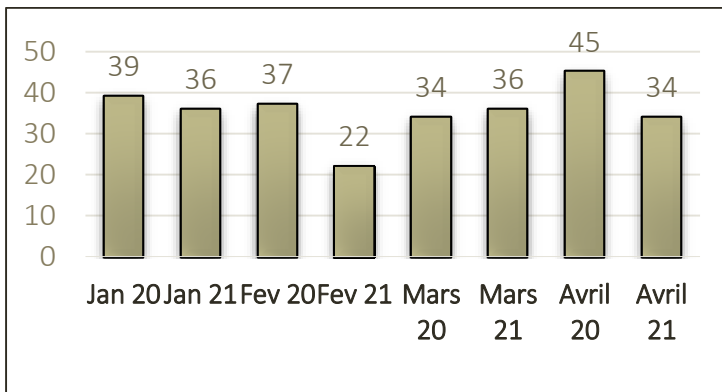


Figure 10: Accouchements CS WOMEY

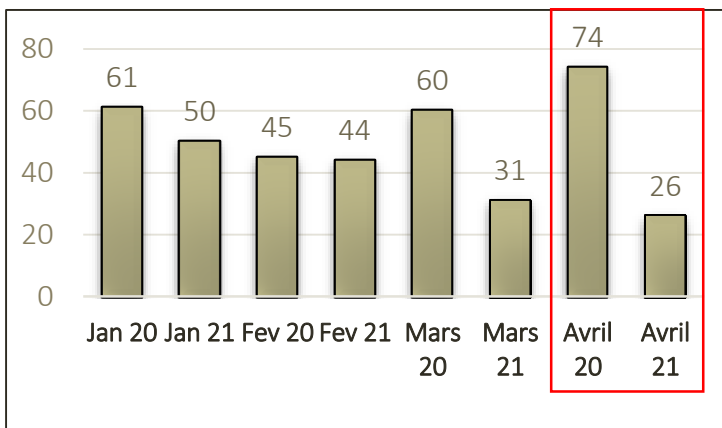


Figure 11: Accouchements CSA Gouécké

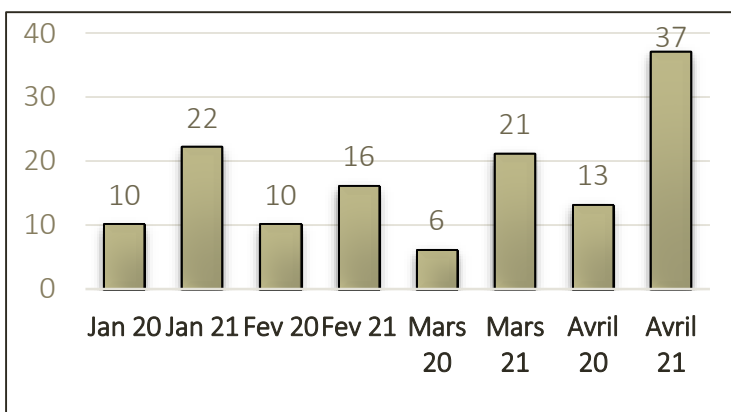


Figure 12: Accouchement CMC St Abraham

Comparé à 2021

De la même façon que pour les consultations des moins de cinq ans, on a noté une augmentation des accouchements en milieu hospitalier dans les structures privées (Saint Abraham) de Gouécké :

- + 38% en février 2021**
- + 71% en mars 2021**
- + 65% en avril 2021 (Figure 12)**

Pour la même période, on a noté une baisse des accouchements hospitaliers au CSA Gouécké :

- 59 % en mars 2021**
- 65% en avril 2021**

Malgré une reprise progressive des fréquentations, les accouchements hospitaliers restent particulièrement bas dans les structures de santé (Figure 11).

1.4. Notification des décès communautaires

Nous avons utilisé deux sources pour collecter les données sur les décès : la source hospitalière et les registres communautaires de décès. Nous avons calculé le nombre de décès attendus par mois pour mieux évaluer les tendances. La limite de cette collecte est l'impossibilité de trianguler pour extraire les doublons. Selon le taux de mortalité national (10/1000 habitants), le nombre de décès mensuels attendus à Gouécké est de 18. En comparant les données de décès rapportées à partir des deux sources et le nombre de décès attendus, on constate une sous-notification des décès même avant l'épidémie. La consultation des cahiers de rapportage des décès dans les communautés est une initiative à encourager pour une meilleure documentation (Figure 13 et Figure 14). Il convient aussi d'encourager une coordination avec les structures de santé.

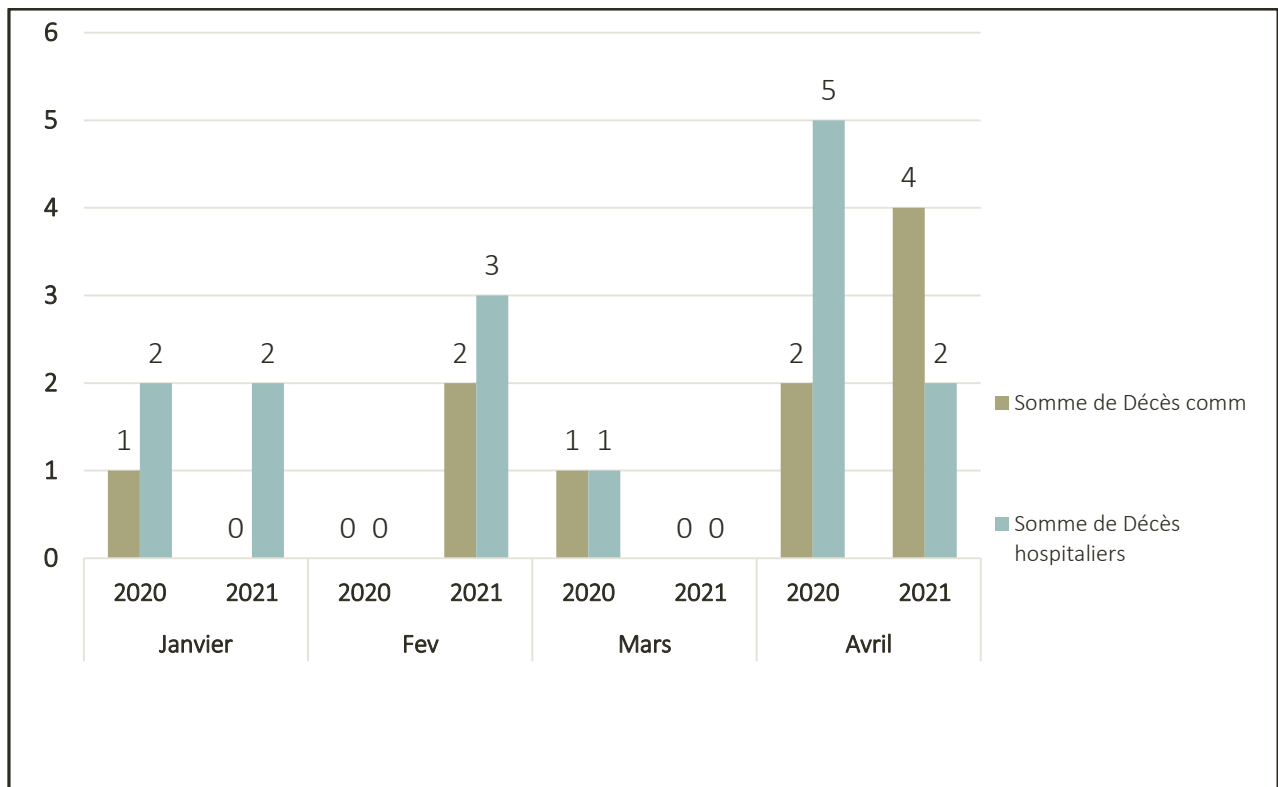


Figure 13: Décès notifiés dans l'aire de santé de Gouécké, 20-21

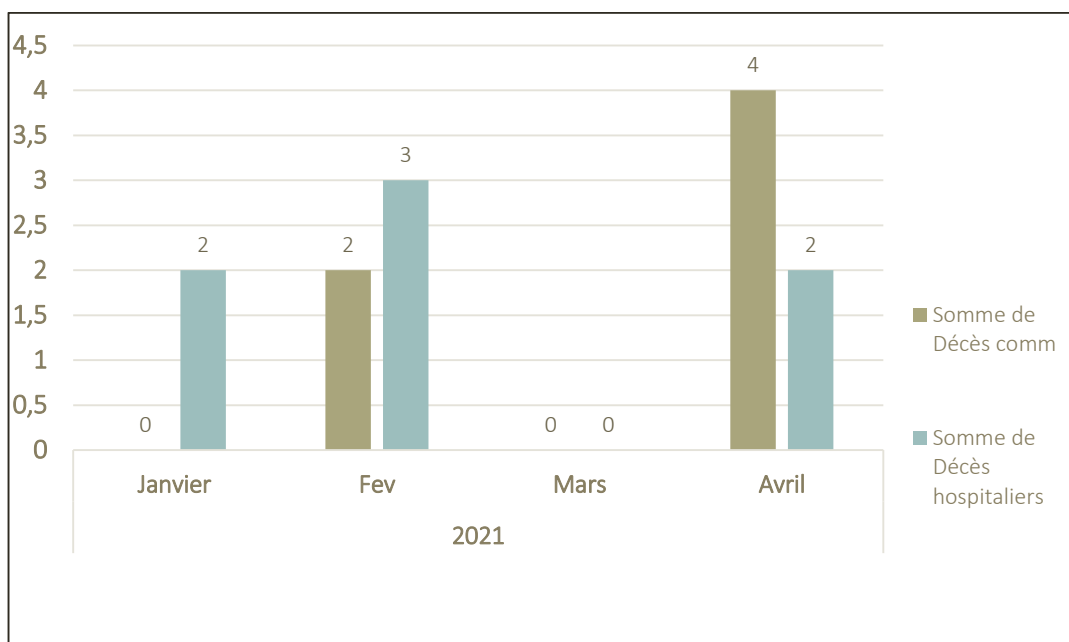


Figure 14: Décès notifiés dans l'aire de santé de Gouécké, 2021

En somme, cette enquête qui vient en complément de celle socio-anthropologique a permis de décrire les tendances de l'utilisation des services de santé avant et pendant l'épidémie d'Ebola à Gouécké. Elle a également mis évidence l'effet de cette épidémie sur l'utilisation des services de santé de la sous-préfecture de Gouécké et ses environs. Il serait important de mener une étude avec une grande période de couverture après la période épidémique pour mieux cerner l'impact de cette résurgence.

2. Impacts de la MVE sur les recours aux soins à Gouécké

2.1. Un syncrétisme dans l'offre aux soins à Gouécké

En temps ordinaire dans la ville de Gouécké, il a été observé que les patients mobilisent de manière simultanée, successive ou alternative les soins traditionnels ainsi que les soins conventionnels dans la prise en charge de leur maladie. Cela n'est pas nouveau car les recours classiques aux soins se font soit par l'automédication, soit par l'accès aux structures de santé publiques ou privées, soit par l'usage de la médecine traditionnelle et, enfin, par l'articulation de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne.

L'automédication

L'automédication est le premier recours de soins à Gouécké, comme partout ailleurs dans le monde. Cette observation est générale et ne s'applique pas seulement dans le cadre de la résurgence de la MVE à Gouécké. Par ailleurs, il faut noter que cette pratique a pris de l'ampleur pendant la résurgence de la MVE à Gouécké pour des raisons qui diffèrent d'une personne à une autre, selon ses connaissances ou ses expériences. Cette automédication est caractérisée par trois niveaux :

- Ceux qui achètent des produits pharmaceutiques sans consultation ;
- Ceux qui utilisent la médecine traditionnelle sans consultation ;
- Ceux qui pratiquent parallèlement les deux types de traitements cités plus haut.

En cas d'échec, la personne malade a recours d'autres types de soins.

La consultation et la prise en charge par des structures de santé privées et publiques

L'offre publique de soin est fournie par le Centre de Santé Amélioré (CSA) de Gouécké et le Centre de Traitement Epidémiologique (CT-Epi), qui ont été construits en périphérie de Gouécké (quartier Céoba 1) après l'épidémie de MVE de 2014-2016.



Figure 15: Le Centre de Santé Amélioré de Gouécké

L'offre privée de soin, quant à elle, comprend :

- Le Centre Médico-Chirurgical (CMC) Saint Abraham, construit et géré par l'Eglise catholique, qui est situé en périphérie de Gouécké (quartier Kiayéba1).
- Les Pharmacies/Maisons de Soins (PMS), au nombre de vingt-cinq, qui sont concentrées au centre de Gouécké au niveau du marché. Une seule PMS est agréée et il existe peu d'agents diplômés d'une école de santé.
- Les vendeurs de médicaments, soit dix personnes en plus des cinq vendeurs quotidiens du marché, qui sont présents au marché hebdomadaire de Gouécké le samedi.

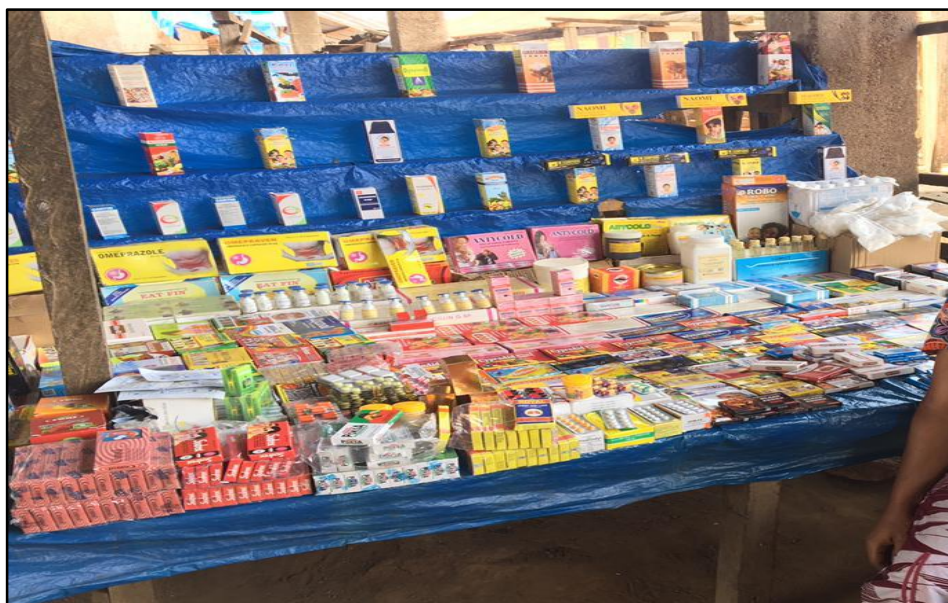


Figure 16: Etalage de médicaments, Gouécké

Les structures de santé disponibles à Gouécké étaient massivement fréquentées par des femmes, des enfants et quelques hommes pour raisons de consultations santé, de vaccination, de consultations prénatales (CPN), d'accouchement, de chirurgie, de prises en charges de différentes pathologies en général. Il faut noter qu'à Gouécké, bien avant Ebola, les femmes sont plus fréquentes dans les différentes structures de santé que les hommes.

L'offre traditionnelle de soin

Il existe un nombre important de guérisseurs traditionnels dans la ville de Gouécké, soit cinquante-six dans la paroisse et quinze à Gouécké. Les sources de leurs savoirs proviennent soit de la langue Nko et de la religion islamique ; soit de manière orale ou par des songes en langue Kpèlè, ou encore au sein de la confrérie des chasseurs Konia (Donzo). Ils offrent des soins ordinaires aux enfants ou aux adultes pour des maladies telles que le palu, les maux de

têtes, les hémorroïdes – internes ou externes –, les fractures des os, les entorses, la stérilité, l'infertilité, la typhoïde, le palu chronique, les ulcères, les plaies chroniques, les dysenteries, les problèmes articulaires, le chancre mou, les envoûtements et les empoisonnements, entre autres.

L'articulation entre deux médecines moderne et traditionnelle

Le contexte local montre un syncrétisme dans les soins utilisés par la population, qui articule souvent médecine moderne et traditionnelle afin de soigner divers maux.

« Je viens de faire un passage au CSA avec mon fils malade. Ce jour, j'ai dépensé plus de 80 000 FG. Bien que mon fils ait pris des médicaments, ça ne m'empêche pas de faire son bain à base de recettes d'écorces de manguier. C'est une recette très efficace contre le palu ».

Femme, 34 ans, Ceoba2.

2.2. Impacts de la MVE sur les recours de soins à Gouécké selon le genre

La fréquentation des hommes

Nous avons pu observer, à travers les structures de santé privées et publiques de Gouécké, une fréquentation faible des hommes contrairement aux femmes. De nos discussions auprès des hommes, il est ressorti qu'ils étaient moins fréquents dans les structures de santé en général, qu'ils étaient plus résistants face à certaines maladies (palu, céphalées, douleurs musculaires, etc.). Dès lors, ils font plus recours à l'automédication : utilisation de décoctions à base de plantes, racines, écorces, feuilles et achat de médicaments pharmaceutiques en pharmacie ou chez les étalagistes selon leur propre diagnostic. Ils font également recours aux structures privées comme le CMC et les PMS en cas de pathologies

« Je remercie Dieu, ça arrive rarement. Avant comme maintenant, mon seul problème de santé est la jaunisse. A chaque année, à la même période, je tombe malade. Donc je fais ma décoction que je prends pour boire et me doucher. En deux jours, je redeviens très bien portant. Je ne suis pas allé à l'hôpital il y a longtemps. La dernière fois que j'ai été, c'est parce que j'ai eu un accident et je me suis fait opéré à la hanche. Sinon, je prends quand même les vaccins

sévères ou visibles : plaies béantes, fractures ouvertes, chirurgie.

La MVE a eu un impact peu significatif sur la fréquentation des hommes, du fait de leur recours limité aux structures de santé en temps normal. Lors de nos observations à Gouécké, nous avons remarqué que beaucoup d'hommes passent la journée dans les cabarets et bars tandis que les femmes sont munies de machette et longent les routes pour aller travailler dans les champs. Les femmes expliquent que les hommes ne fréquentent pas les hôpitaux par le fait qu'ils ne travaillent pas comme les femmes, d'où leur faible fréquentation des structures de santé en général. Selon elles, ceci explique les différents recours aux soins des hommes et leur faible fréquentation des services de santé, qu'ils fréquentent seulement pour des pathologies sévères.

comme celui d'Ébola car c'est pour ma santé ».

Homme, 65 ans, Céoba 1

« Ces derniers temps, j'ai attrapé un rhume, j'ai acheté des comprimés à la pharmacie. Sinon, quand ma femme et moi partons chercher les produits en brousse, je cueille des feuilles pour me soigner. A part cela, je vais rarement à l'hôpital. C'est quand je fais des travaux très durs et que je me sens très mal dans tout le corps que je pars pour prendre des injections. Sinon, l'hôpital, ce n'est pas vraiment mon problème ».

Homme, 44 ans, Kiayéba 1

La fréquentation des femmes et enfants

Suite à la résurgence d'Ebola en février 2021, constat est fait d'une forte baisse de la fréquentation du CSA par les communautés de Gouécké. Les discussions auprès des femmes et les observations dans les structures de santé ont permis de noter que femmes et enfants fréquentaient moins le CSA depuis que la maladie à virus Ébola a ressurgi à Gouécké. Cette faible fréquentation serait due par une méfiance des communautés envers les structures étatiques de santé. Cela s'explique par la crise de confiance qui existe entre personnel soignant

« Je ne vais pas là-bas. Cet hôpital-là a été construit au temps d'Ebola. C'est l'hôpital d'Ebola, je ne vais pas là-bas. Les gens partaient là-bas, mais moi je n'ai jamais été là-bas. Récemment, ma mère est tombée malade, elle a dit qu'elle ne partait pas là-bas car on dit que les gens qui travaillent là-bas sont dans Ebola. Je lui ai donc proposé d'aller au CMC, elle a accepté, car là-bas c'est chez les prêtres, ils ne vont pas nous faire du mal ».

et communautés, puis entre autorités locales et communautés, et cette méfiance s'accroît encore plus dans un contexte épidémique. Cela est d'autant plus le cas que le cas index Ebola 2021 est un agent de santé du CSA proche du CT-Epi de Gouécké – lieu qui a été surnommé « l'hôpital d'Ebola ».

Une autre source de la méfiance des communautés se trouve dans l'histoire de Charlotte, une femme enceinte vaccinée Ebola qui a été trouvée positive quelques jours plus tard et transférée du CSA de Gouécké au CT-Epi de Nzérékoré avant de décéder. Ce fait a été perçu de façon complotiste par les communautés comme une sorte d'arrangement entre le CSA et les acteurs de la Réponse, avec pour finalité l'objectif de contaminer des personnes saines. Ainsi, les agents de santé sont perçus comme des personnes en connivence avec la Réponse.

Nous avons aussi constaté que les habitants de Gouécké ont gardé la mémoire de l'épidémie Ebola de 2014 à 2016. L'expérience vécue à cette période traumatise encore aujourd'hui les communautés dont le comportement change pour ce qui est du recours aux soins dans les structures conventionnelles.

Femme, 27 ans, Céoba 1

« Vous avez entendu cette dame, ils pensent que nous travaillons avec Ebola et que nous prenons de l'argent avec les gens d'Ebola pour leur donner la maladie ».

Soignant, 60 ans, Ceoba1

« Ma dernière visite était au début de ce mois. Bientôt je vais accoucher, mais on a eu peur après l'affaire de la femme enceinte. Il y a une femme qui était enceinte, Charlotte, qui a perdu son mari [d'Ebola]. Quand on lui a annoncé la nouvelle, elle était assise sur un tabouret. Du coup, elle a chuté du tabouret et a commencé à saigner. Blessée à la bouche, elle est partie au CMC. C'est là-bas, au CMC, que les gens du CSA sont allés la chercher de force pour l'amener au CSA et là-bas, on lui a dit qu'elle avait Ebola, on lui a injecté le vaccin de force et elle est allée mourir à Nzérékoré. »

Femme, 32 ans, Ceoba1

De nombreuses femmes ont peur d'attraper Ebola en se rendant dans les structures de santé, et particulièrement le CSA qui est associé à la maladie du fait de son CT-Epi, du cas index qui y travaillait, et de son association avec l'Etat et la Réponse en tant que structure de soin publique.

Cette peur est dû aux différents évènements qui se sont déroulés à Gouécké pendant la résurgence de la

« Vous savez ce qui nous a fait peur, c'est le cas de cette femme enceinte. Elle est partie à l'hôpital et on l'a forcée à se faire vacciner et elle est morte.

MVE. Dans ce contexte, le CSA, qui est la seule structure étatique, devient un endroit où se répand la maladie. Certaines personnes pensent que le cas index a été victime d'un complot de la part de ses collègues. D'autres pensent qu'une fois au CSA, les agents de santé peuvent leur injecter le virus. Ils estiment donc que le CSA est de mèche avec la Réponse.

Qui va aller là-bas ? Nos vieilles mamans vont nous aider pour les accouchements mais nous n'irons pas là-bas, avec cette nouveauté des habits blancs et tout ça ! »

Femme, 31 ans, Ceoba1

« Moi, j'ai peur des hôpitaux en ce moment, je ne veux même pas m'en approcher, donc fait vite... »

Femme, Ceoba1

Cette peur s'est construite sur la base des événements de Gouécké depuis la déclaration de la maladie à virus à Ebola en février 2021. La réaction des communautés est considérée comme le résultat des idées qu'elles se font des actions de la Réponse, impliquant alors le CSA. Au-delà de la peur d'attraper Ebola, il y a aussi une autre forme de peur qui est mise en avant : la peur d'être orienté vers un CT-Epi, encore perçu comme un lieu d'où on ne revient pas vivant. Cette crainte se manifeste par le fait que les gens qui sont allés au CSA au début de l'épidémie avec des signes liés à la MVE ont été transférés au CT-Epi de Nzérékoré. Dès lors, les communautés considèrent qu'aller au CSA pour des soins est un potentiel risque qui peut les conduire dans un CT-Epi. Ainsi, la proximité entre CT-Epi et CSA joue un rôle direct sur les habitus des populations, notamment des femmes qui, pour leurs traitements, préfèrent aller à Nzérékoré pour les Consultations Pré Natales (CPN) ainsi que pour toutes autres pathologies ayant les mêmes symptômes qu'Ebola (diarrhées, vomissements, fièvres).

« Car les gens ont peur de se retrouver à l'hôpital et de ne plus pouvoir retourner chez eux. Ils disent souvent que quand tu pars à l'hôpital pour signaler une simple diarrhée, tu vas être transporté par les véhicules dans leur centre (...). Les gens ont peur d'aller à l'hôpital depuis qu'ils ont appris qu'il y a Ebola »

Femme, 35 ans, Kiayéba 1

« Moi je suis allée là-bas au grand hôpital, j'étais sur la moto. Arrivée, j'ai vu un homme à la porte de la première cour, il portait un habit tout blanc avec des gants et tout. J'ai eu peur et je ne suis pas descendue de la moto. J'ai dit au motard de me ramener, donc je n'ai pas pris ma vaccination. Je préfère aller à Nzérékoré pour la vaccination et même l'accouchement »

Femme, 26 ans, Ceoba 1

« Sinon, dans le temps, je partais au CSA. Mais on a appris que, quand tu pars là-bas et que tu as même de simples maux de tête, on t'amène à Nzérékoré, là où on met les gens d'Ebola ».

Femme, 30 ans, Ceoba 1

Depuis la construction du CSA, la gratuité déclarée de certaines prestations comme les CPN et les vaccinations a été une des raisons de la fréquentation massive du CSA par les femmes et leurs enfants. Toutefois, au cours des travaux de terrain à Gouécké, il est ressorti de nos discussions avec les femmes que tous ces services sont payants pour les femmes enceintes et les enfants des femmes allaitantes.

Cette contrainte économique accentue la discrimination passée et actuelle des femmes en termes d'accès aux soins de santé. Certaines femmes ne vont pas faire leur CPN à temps faute de moyens.

« Actuellement, les gens ont peur d'aller au CSA, ils disent qu'il y a Ebola. Mais cela ne m'a pas empêchée d'y aller. Le mois passé, je suis partie faire ma CPN et ma vaccination. Seulement, c'est le problème d'argent qui est à la base du non-respect de la date de rendez-vous fixée par les docteurs. Car sans argent, tu feras un déplacement en vain. Ce mois-ci, mon rendez-vous était fixé pour le 20 avril. Je n'ai pas pu me rendre car je n'ai pas d'argent pour le moment. Je suis en train de réunir les moyens pour pouvoir m'y rendre, car pour ce rendez-vous, il faut au moins avoir 50.000 ou 60.000 FG. »

Femme, 32 ans, Ceoba1

« Il n'y a pas de gratuité car partout, que ce soit au CSA ou au CMC, nous payons les prestations. Par exemple au CSA, on a toute une chaîne de distribution d'argent. Quand tu y vas pour une prestation, à la rentrée, on te demande de prendre le carnet de consultation à 5 000FG ; chez le médecin, c'est 10 000FG ; pour l'analyse de l'urine, 10 000FG ; prélèvement du sang, 5 000FG ; à la pharmacie, 10 000FG pour avoir les comprimés rouges qui font grossir le fœtus ; le vaccin, 20 000FG par séance de vaccination. Tout cela pour te dire que nous payons au CSA. Que tu sois femme enceinte ou pas, enfant ou adulte, les prestations au CSA sont payantes. »

Femme, 40 ans, Ceoba 1

Malgré la baisse de fréquentation des patients observée au CSA en cette période de résurgence de la MVE à Gouécké, il y a cependant certaines femmes, notamment les femmes

enceintes et celles allaitantes, qui continuent à fréquenter le CSA par nécessité. En effet, le CSA est le seul centre qui offre les prestations de CPN et les vaccinations.

« J'ai fait ma vaccination au centre de santé situé à droite de la route qui mène à Vimou (CSA). C'est parce que j'étais contrainte de le faire là-bas, c'est l'unique centre à Gouécké où l'on suit les femmes enceintes et le seul endroit où on réalise la vaccination. Mais pour mon accouchement, j'irais au CMC car c'est terminé entre le CSA et moi en cette période. Et même après l'accouchement, je remettrai le bébé au propriétaire, mon mari, pour qu'il parte au CSA pour son vaccin. De mon côté, je n'irai pas personnellement »

Femme, 34 ans, Kiayéba 1

« Les femmes enceintes que vous voyez là, je les envoie au CSA car là-bas on s'occupe des femmes enceintes. Les vaccinations, les consultations se passent là-bas. Mais avec la maladie là, elles avaient peur d'y aller, mais elles n'ont pas eu de choix : je leur ai dit d'y aller car c'est le seul endroit où elles peuvent recevoir les différents vaccins pendant leur grossesse. Vous voyez celle-là, c'est ma belle-fille, elle avait peur d'aller au CSA, elle avait des doutes à cause de tout ce que les gens racontent sur le centre. Ils disent qu'une fois là-bas, on peut appeler les gens pour venir chercher les gens qui ont le corps chaud. Je lui ai dit d'y aller car c'est pour son bien et celui de son enfant, et en plus c'est le seul endroit à Gbèkè où on donne les vaccins pendant la grossesse. »

Femme, 65 ans, Kiayéba 2

Le tableau 3 ci-dessous présente de manière synthétique les arguments des femmes pour justifier la mobilisation de telle ou telle offre de santé (structures de santé publiques, structures privées et/ou guérisseurs).

SYNTHÈSE DES ARGUMENTS MOBILISÉS PAR LES FEMMES POUR JUSTIFIER LEURS CHOIX DE RECOURS AUX SOINS:		
Structures sanitaires	Raisons de nonfréquentation	Raisons de fréquentation
CSA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Méfiance dans structures étatiques ➤ La peur d'attraper Ebola ➤ Peur d'être orienté vers un CTEPI ➤ Paiement des prestations malgré la gratuité annoncée des CPN et Vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Unique prestataire de CPN et de vaccinations ➤ Relations interpersonnelles avec agents, réputation de l'agent.
CMC	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coût élevé des interventions chirurgicale 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ accouchement, Chirurgie et soins ➤ Confiance dans la structure confessionnelle
Pharmacies/ maisons de soins (PMS)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mauvaise réputation; ➤ Connaissance d'un système de référence vers le CSA 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Soins pédiatriques, automédications, ➤ Connaissance d'un système de référence vers le CMC
Médecine traditionnelle	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Interdiction aux guérisseuses de pratiquer l'accouchement hors CSA ou CMC 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Automédication, soins ordinaires aux enfants ou aux adultes (palu, maux de têtes, etc.), hémorroïdes (internes ou externes), fractures des osentorses, envoutements, empoisonnement ➤ Modularité et montant du prix

Tableau 3 : Synthèse des arguments des femmes pour le choix de recours aux soins

2.3. Stratégies communautaires d'accès aux soins de santé

Les relations interpersonnelles jouent un rôle important dans l'organisation de la thérapie : elles ont une influence sur les recours aux soins des femmes pendant cette résurgence de la MVE à Gouécké. Les différents réseaux relationnels de Gouécké sont constitués de groupements associatifs de femmes, de membres de la famille, des beaux parents, de l'époux. Ils ont eu une certaine influence sur la continuité des CPN, des vaccinations au CSA et sont fondés sur des rapports de confiance envers certains membres de la famille et certains agents de santé qui font preuve de compétences. Les groupements associatifs sont parfois fortement impliqués pour motiver les femmes à se rendre dans les soins de santé conventionnels.

« Je suis allée car je n'ai pas eu de choix, c'est le seul endroit où aller (...). Mais c'est grâce à ma mère que je suis allée : j'y étais déjà allée avec ma belle-mère mais j'avais eu peur. C'était le samedi dernier et on m'a vacciné sans problème. »

Femme, 26 ans, Kiayéba 1

« Vendredi dernier était le jour de vaccination de notre plus petit fils. Quand j'ai appelé la veille, elle m'a dit qu'elle avait peur d'y aller, car pour elle ce qui s'est passé au CSA ces

derniers temps n'est pas clair. Elle n'est pas venue le vendredi pour qu'on amène le petit pour la vaccination, c'est le lendemain qu'elle est revenue de Kola pour le weekend. Et je lui ai dit d'amener le petit faire ses derniers vaccins, elle ne voulait pas partir. J'ai dû lever le ton et lui dire de venir avec moi au CSA pour la rassurer. C'est alors qu'on est allé faire la vaccination du petit. »

Homme, 40 ans, Kiayéba 2

« J'étais venue accompagner ma belle-sœur au CSA pour son accouchement. Je vous assure, Jeannette [une sage-femme] connaît bien son travail. Ma belle-sœur avait eu un précédent enfant par césarienne. Cette fois, Jeannette a fait tout le suivi de sa grossesse et elle a accouché de façon naturelle et sans même perdre du temps. On a même nommé la fille Jeannette Victoire, c'est l'homonyme de la sage-femme. (...) Depuis que je suis là, Jeannette a fait au moins vingt ou vingt-cinq accouchements des femmes que j'amène vers elle. Je suis dans un groupement de femmes qu'on appelle Yavé Jlré, c'est un groupe qui rassemble des femmes de différentes églises évangéliques dans la commune de Gbèkè et ses environs. Donc, j'encourage toujours les femmes à venir pour les visites prénatales. »

Femme, 35 ans, Ceoba 1

Malgré la méfiance envers le CSA de Gouécké, la confiance de la population est maintenue envers certaines structures privées et traditionnelles, notamment celles gérées par l'Eglise.

Le CMC est un centre confessionnel chrétien, qui connaît en ce moment une légère hausse de fréquentation. Contrairement au CSA qui est un centre public perçu comme complice de la Réponse Ebola – utilisant le même thermo-flash qu'aux barrages sanitaires de l'OIM –, les gens se rendent au CMC parce qu'ils se sentent protégés et en sécurité pour y recevoir des soins.

Quant aux PMS, certaines sont fréquentées pour des raisons liées à la compétence de certains agents de santé ou de leurs gérants en matière de soins pédiatriques – et aussi pour des raisons de sécurité. Les gens se rendent également chez les pratiquants de la médecine traditionnelle ou les guérisseurs pour des

« Avant, quand mon enfant tombait malade, je l'amenais voir le Dr Anthony, le maire-là. Il s'occupe bien des enfants, c'est le docteur des enfants. Même récemment, quand ma fille était malade là, comme je n'avais pas reçu l'argent pour aller à temps, je suis allée le voir, je lui ai expliqué que mon enfant avait le corps chaud et vomissait, j'ai laissé ma fille à la maison avec ma mère, il m'a donné les médicaments à crédit. Je lui ai remboursé son argent le lendemain. Quand je tombe malade moi-même, je vais chez le maire si ce n'est pas grave, mais je n'ai pas été malade à tel point que j'ai eu le besoin d'aller à l'hôpital ».

problèmes de fractures ou d'entorses, pour des soins ordinaires prodigués aux enfants ou aux adultes. On peut distinguer deux groupes de tradipraticiens en fonction de la fréquentation de leur structure. Certains ont vu leur activité se ralentir un peu à cause de la MVE, tandis que d'autres qui n'ont pas observé de baisse de fréquentation. Si des patients se rendent spécifiquement auprès d'un tradipraticien particulier, d'autres s'orientent vers les maisons de soins pour éviter d'aller au CSA.

Femme, 27 ans, Ceoba 1

« Mais depuis que cette histoire d'Ebola est venue, on a eu peur. Moi je suis malade, j'ai été à la clinique derrière la route pour chercher des produits, les voici [Cimétadine, Omépra, Paracétamol, Métronidazole]. »

Femme, 30 ans, Ceoba1

Cette étude a permis de mettre en exergue plusieurs facteurs : l'existence de plusieurs itinéraires thérapeutiques, qu'ils soient conventionnels (publics et privés) et/ou traditionnels. Par ailleurs, il est important de retenir que la maladie à virus Ebola a eu un impact considérable sur les itinéraires de soins dans la ville de Gouéké. Ces impacts sont caractérisés par un faible recours aux soins en raison du manque de confiance des communautés envers le système de santé public qui est largement associé à la Réponse. Les individus ont peur d'être référés au CT-Epi. Du fait que le système de santé est perçu comme à l'origine de l'épidémie et premier bénéficiaire, ce qui est renforcé par les coûts des prestations au CSA élevés pour les patients (non Ebola spécifique), les patients sont très réticents à se rendre dans les structures de soin publiques. Malgré ces impacts négatifs, il existe également des stratégies communautaires pour maintenir les soins dans les centres de santé grâce à l'implication de la famille et des groupes associatifs dans la décision de l'itinéraire thérapeutique. Cela est souvent dû à la qualité des soins offerts au CSA, à la nécessité de la CPN et de la vaccination disponibles uniquement au CSA et à la compétence des agents de santé renommés.

Enfin, il faut noter que le choix de l'offre de soin varie en fonction d'un équilibre entre plusieurs éléments : la confiance qui est au cœur du maintien de la relation thérapeutique, la distance qui permet d'éviter la proximité avec l'épicentre épidémique et le coût qui permet ou pas la réalisation du choix de soin.

RELAIS COMMUNAUTAIRES ET SUIVI DES CONTACTS EBOLA

Par Eva Barranca, Moustapha Keita-Diop, Moriba Maomy

Ce chapitre vise à apprécier la participation des acteurs communautaires dans la Réponse contre Ebola grâce à leur rôle dans la sensibilisation des communautés et dans le suivi des contacts lors de la résurgence d’Ebola à Nzérékoré.

Les acteurs communautaires, également appelés Agents Communautaires (AC), Mobilisateurs Sociaux (MOSO) ou Relais Communautaires (RECO), sont chargés de mener des activités de sensibilisation, d’information, d’éducation et de communication sur les questions de santé auprès de la population, faisant le lien entre les communautés et les structures de santé et encourageant les changements de comportement concernant les soins. Ils réalisent également des activités préventives et promotionnelles dans leur communauté – qui les nomme officiellement – et leur travail est reconnu par les services de santé. Ces acteurs communautaires jouent le rôle d’intermédiaires entre communautés villageoises et soignants, puis entre communautés et organisations non gouvernementales pour la mise en œuvre des activités sanitaires décentralisées. Ils constituent la base du système de santé communautaire et sont considérés comme volontaires et non comme employés à plein temps au sein du système de santé. Ils peuvent ou non bénéficier d’une prime de travail.

1. Les RECO : des acteurs communautaires motivés, mais souvent oubliés et précaires

Les RECO ont été largement mobilisés en Guinée avec les divers cas d’épidémies qui ont touché le pays depuis Ebola en 2014, notamment par diverses institutions, étatiques ou extérieures, afin d’informer les communautés sur la gestion des risques épidémiologiques. Avec d’autres acteurs communautaires (agents de santé ou non), les RECO sont devenus le maillon essentiel entre les responsables de la Réponse et les communautés villageoises pour lutter contre les épidémies telles qu’Ebola ou la Covid-19. Les principaux constats observés au cours de la mission terrain, allant du 1^{er} avril au 30 avril 2021, donnent un réel aperçu de la situation des RECO, de leur image au sein de la société et de leurs modalités d’actions et d’interventions sur le terrain. Lors de la résurgence Ebola, plusieurs acteurs et institutions sont présentes sur le terrain et travaillent en collaboration avec les RECO. Certains sont employés par Terre des Hommes à un salaire de 450 000 GNF/mois, d’autres par l’UNICEF à 1,5 million

GNF/mois (suite à la Circulaire de la Direction Régionale de la Santé du 08/03/2021 qui demande à toutes les organisations de payer les RECO à ce montant), tandis que d'autres RECO de la zone intègrent la sensibilisation Ebola dans leurs tâches mais ne sont pas rémunérés pour ce travail.

Les situations observées ne sont pas propres à l'épidémie mais traduisent la situation des acteurs de première ligne du système de santé. L'épidémie exacerbe donc des difficultés préexistantes.

1.1. Dénigrement, infantilisation et mépris pour les acteurs communautaires de première ligne

A l'échelle de notre enquête globale, nous avons constaté un certain dénigrement voire un mépris des communautés de la part de la Réponse. Les acteurs communautaires sont souvent des acteurs de première ligne, bien qu'ils ne soient pas toujours reconnus comme tels. Parmi tous les agents de la Réponse, ils font partie de ceux qui sont les moins rémunérés et valorisés – en témoigne par exemple le fait qu'aucune structure ne leur fasse signer de contrat de travail. Cette inégalité prend sa source dans une logique plus globale en Guinée dépréciant les communautés et leurs ressortissants. Ceux-ci sont bien souvent considérés comme moins compétents, car moins « éduqués », moins « formés ». Or, dès le départ, certains acteurs communautaires de Gouécké ont joué un rôle important dans la riposte et ont pris des initiatives permettant d'éviter la propagation du virus et des rumeurs. A titre d'exemple, un RECO de Terre des Hommes, très établi dans la communauté de Gouécké a permis le transfert de deux personnes considérées comme cas suspects de la famille du cas index au CT-Epi. Il l'a fait volontairement et en dehors de son travail auprès de Terre des Hommes. Il est important de noter ici que, contrairement à ce que semblent penser certains acteurs de la Réponse et des institutions sanitaires, les populations locales ont l'habitude de se débrouiller sans aide extérieure et n'attendent pas d'être soutenues pour passer à l'action. Tous les acteurs communautaires rencontrés ont par ailleurs remonté que l'Etat ne s'intéressait à la population que lors des périodes électorales ou d'urgence sanitaire.

« Le leader des jeunes de Gouécké était à Conakry quand l'épidémie s'est déclarée. Avant son retour au village, il a convoqué les ressortissants de la localité afin d'échanger sur l'importance d'une bonne communication sur l'épidémie. Il sait que ces derniers sont souvent influents et peuvent engager des actions allant dans le sens de la riposte ou entravant celle-ci. Selon lui, c'est après qu'il ait été vacciné que beaucoup de jeunes ont accepté de se faire vacciner aussi. Ce jeune mobilisé est un modèle plus écouté que les autorités locales et nationales qui ont voulu se substituer aux leaders communautaires. C'est

ce même jeune qui était en lien avec Alois [un cas suspect Ebola, membre de la famille du cas index] pendant qu'il était en auto-quarantaine en brousse avec ses proches ».

Extrait du journal de terrain, avril 2021.

1.2. Volontariat et précarité des acteurs communautaires engagés dans la riposte

A Gouécké, comme dans d'autres régions de la Guinée et ailleurs, les individus participent à la vie communautaire et font ainsi fonctionner leurs communautés qui n'ont pas accès aux services basiques (soin notamment). Cela a notamment été le cas pour les enterrements communautaires, qui ont été pris en charge par la population locale avant que les épidémies d'Ebola ne poussent les institutions et organisation internationales à gérer les décès et traitements des corps. En l'absence de l'Etat, les locaux n'ont d'autre choix que de s'organiser directement afin de gérer les aspects collectifs de la vie communautaire (soin, éducation, infrastructures, etc.). Cette contribution à la vie commune, qui est considérée comme la norme, est utilisée en temps épidémique par les Ripostes comme pratique de volontariat. Ce volontariat des populations locales permet de mobiliser des individus qui sensibilisent, alertent, contrôlent la température, gèrent les barrages sanitaires, suivent les contacts, surveillent les cas suspects, gèrent les dépouilles mortuaires. Cela est cependant problématique car, dans le contexte des Ripostes qui disposent de moyens financiers et matériels importants, mobiliser les populations locales uniquement via le biais du volontariat bénévole et lors d'activités conjoncturelles qui cessent dès la fin de la période d'urgence sanitaire contribue à exploiter et précariser les populations locales en situation de pauvreté. Tandis que des moyens majeurs sont utilisés

« Un jeune homme de Gouécké explique qu'il a été volontaire dès le départ pour aider le PAM pour la distribution des vivres et l'OMS pour le recensement des pharmacies, mais qu'il n'a rien reçu pour son aide. Il a tenté de travailler comme RECO pour l'UNICEF et Terre des Hommes, mais les équipes étaient déjà constituées, il n'a donc pas été recruté »

Extrait du journal de terrain, avril 2021

« Les acteurs locaux rencontrés disent tous qu'ils travaillent pour leur communauté même s'ils ne sont pas pris en charge financièrement. Certains jeunes ont poursuivi la sensibilisation tout au long de la résurgence d'Ebola 2021, dans leur quartier et auprès de leurs proches, notamment concernant la vaccination, sans appartenir à une organisation. Des RECO, déjà mobilisés auprès de la communauté en période non-épidémique, ont multiplié les sensibilisations et communications sans pour autant toucher une aide pour leur investissement. Cette utilisation non-rémunérée des acteurs locaux est source de tensions et de rancœurs pour ces derniers car, tandis qu'ils ne reçoivent

pour rémunérer les membres de la Riposte, les locaux ne sont engagés que comme bénévoles et les activités confiées ne débouchent pas sur un emploi ou une aide financière après la fin de l'épidémie.

aucune aide, des agents venant de l'extérieur sont payés pour réaliser les mêmes tâches »

Extrait du journal de terrain, avril 2021

Tous les acteurs communautaires de la riposte, impliqués ou non auprès de Terre des Hommes, ont en commun d'avoir des conditions de vie précaires. A Gouécké par exemple, les RECO vivent dans une économie de survie comme la grande majorité des habitants. Les RECO de Terre des Hommes sont rémunérés selon le barème national minimum, à savoir 450 000 GNF par mois. Ce montant ne leur permet pas de couvrir leurs frais pour vivre convenablement, et ils ont tous des activités parallèles pour compléter (maraîchage, petit commerce). Cela ne leur permet pas de consacrer tout leur temps à leurs tâches pour l'ONG. Ces acteurs communautaires sont habitués au fait que les projets et ONG se succèdent sur le terrain sans pérennité, mais ils aspirent à plus de stabilité. Pour l'un d'eux cette succession de projets se traduit par une confusion concernant les acteurs de la riposte : il est un ancien RECO de Terre des Hommes mais a travaillé pour AGIL pour cette épidémie. Il pensait qu'AGIL était un partenaire de Terre des Hommes, puisque les activités des RECO se ressemblent, alors qu'il s'agissait d'un partenariat avec MSF.

Ces RECO reconnaissent l'importance d'avoir été impliqués pendant un à trois ans (selon les profils) par Terre des Hommes. Plus l'activité est longue plus elle compense la faiblesse du salaire. Ils espèrent tous être maintenus au-delà de l'épidémie, et aspirent à une revalorisation de leur prime. Il faut noter que la notion de « volontariat » enferme les RECO dans la précarité et leur ferme la porte du « salariat » ou de la fonction publique territoriale.

1.3. Une relation difficile avec l'Etat et la Réponse : de l'abandon au mépris

Les populations locales ont le vif sentiment que « l'Etat ne s'intéresse à eux que pendant les élections ou les urgences sanitaires ». En dehors de ces périodes, les services publics ne sont assurés qu'au minimum, voire absents dans certaines localités. Les communautés villageoises doivent souvent se débrouiller seule pour organiser la vie collective et les services locaux comme la santé, l'éducation, les transports, les infrastructures (installer des antennes de télécommunication par exemple), etc. Ainsi, elles ont le sentiment que l'Etat n'a aucune considération pour leurs

« Certaines organisations n'ont pas fait appel à des acteurs locaux. A Gouécké, on nous a notamment remonté des problèmes concernant le PAM qui a fait venir des équipes extérieures pour le recensement, ce qui n'a pas arrangé les rumeurs qui circulaient déjà (riz

conditions de vie en dehors des périodes d'intérêt politique ou sanitaire.

Même au sein de la Réponse épidémique, de nombreux acteurs locaux se sentent délaissés et floués dans la lutte contre Ebola, particulièrement par rapport à des intervenants extérieurs qui concentrent les moyens financiers, matériels et les savoirs sur l'épidémie. Ainsi, certains RECO, mobilisés dans divers secteurs ou appelés à communiquer pour la Réponse, se sentent tenus à l'écart de la totalité des connaissances qui sous-tendent l'action de la Réponse. D'autres n'ont pas la possibilité de s'engager dans des actions, faute de reconnaissance et de soutien matériel.

Plus encore, la relation avec les équipes et intervenants extérieurs [ndlr : extérieurs aux villages ou localités concernées] est souvent difficile pour les communautés villageoises. Lors de contact avec les équipes d'intervention, par exemple les équipes de la Croix-Rouge chargées du SWAB [test viral des corps des personnes décédées dans la zone pour déterminer la positivité ou non à Ebola et la prise en charge ou non du corps par la Réponse], les populations concernées estiment que les intervenants sont distants, sans compassion ni respect suffisant pour la dignité des familles endeuillées. De la même façon, lors de la distribution des vivres aux familles et victimes, les équipes extérieures du PAM ne parviennent pas à distinguer la population du village et celle venant de l'extérieur réclamer des vivres. Elles orthographient également mal les noms des bénéficiaires, ne les connaissant pas ou ne maîtrisant pas la langue locale, ce qui engendre par la suite des problèmes de distribution, des injustices, jalousies et rancœurs au sein de la population et peut conduire à des conflits importants.

contaminé) et a entraîné aussi des problèmes dans la distribution (tickets erronés, distribution à des étrangers) ».

Extrait du journal de terrain

« Plusieurs acteurs communautaires de Gouécké ont critiqué l'approche du PAM. D'autres ont accueilli ou aidé les agents recenseurs mais n'ont rien reçu en retour. On nous a également remonté des problèmes concernant la Croix-Rouge qui n'emploie pas d'acteurs locaux pour la réalisation des prélèvements sur les corps : c'est toujours une équipe de Nzérékoré qui se déplace, alors que l'on compte 290 volontaires de la Croix Rouge à Gouécké et qu'ils auraient pu être formés à la réalisation des tests ».

Extrait du journal de terrain.

1.4. Contraste avec les moyens affichés de la Réponse et ses acteurs

La précarité dans laquelle ces acteurs communautaires exercent et vivent contraste avec les moyens visibles de la riposte et ses acteurs - qui touchent des frais de mission, des *per diem* conséquents et logent dans des hôtels confortables. Ces inégalités sont visibles par les acteurs communautaires qui ne sont pas dupes et peuvent entraîner une certaine rancœur qui paraît tout à fait justifiée. Certains d'entre eux ont également exprimé leur sentiment de ne parfois être appelés que pour résoudre des problèmes, et pour s'occuper du « sale » travail.

Malgré l'objectif de l'Etat de rémunérer mensuellement les RECO à 1,5 million GNF lors de la Réponse (Circulaire de la Direction Régionale de la Santé du 08/03/2021), de nombreux RECO ne reçoivent aucune rémunération ou sont limités au SMIC (450 000 GNF/mois), ce qui les oblige à multiplier les activités parallèles pour pouvoir vivre. Pour de nombreux acteurs, c'est l'activité même de RECO, non ou peu rémunérée, qui constitue une activité parallèle à leur activité principale (agriculteur, mécanicien, soignant, etc.). L'action des RECO n'est donc pas pérenne hors des périodes épidémiques et repose essentiellement sur les primes ponctuelles ou le volontariat.

« Quand c'est chaud, c'est nous. Mais quand c'est graissé [facile], c'est eux ».

RECO à Gouécké, avril 2021

« Les autres agents de première ligne, comme les RECO, racontent qu'ils ont souvent des conditions de vie très précaires et exercent d'autres métiers de survie. Les agents du barrage sanitaire de Gouécké ont par exemple récemment fait grève du fait du manque de transparence concernant leur contrat et le versement de leurs primes. Les RECO de Terre des Hommes sont rémunérés au SMIC (450 000 GNF par mois) et ont ainsi des activités parallèles pour pouvoir vivre. Les autres RECO ne sont pour la plupart pas ou peu rémunérés. »

Extrait du journal de terrain, avril 2021.

1.5. Activités quotidiennes des RECO lors de la Réponse Ebola

Nous avons rencontré et suivi les RECO de Terre des Hommes dans leurs activités. Nous rapportons ici les activités du RECO du quartier de Vakamota à Gouécké et la teneur de l'entretien mené avec la RECO de Kabiéta le mardi 21 avril 2021, car ils sont représentatifs des sujets abordés avec les autres RECO.

Dans la commune de Gouécké, nous avons rencontré le RECO MS et son superviseur KNT. Ce RECO intervient dans le quartier de Vakamota, secteur Wélédé 1 dans le district de Vakamota. Ingénieur agronome de formation, MS est RECO depuis 2019. Il est né à Gouécké, de père malien et de mère guinéenne (Guerzé). Habituellement, le RECO démarre son activité chaque jour à 7h00 afin de pouvoir rencontrer au moins 10 ménages avant que ceux-ci ne quittent leur domicile pour les champs ou d'autres activités quotidiennes. Lors de notre visite, son activité de suivi commence vers 8h17. A partir de 8h30, nous avons effectivement trouvé plusieurs maisons fermées avant de rencontrer quelques ménages sur place, essentiellement composés des femmes de la maison. Les hommes étaient quasiment tous absents à cette heure. Après plus de trois heures de suivi (8h30-11h15) – une telle durée n'est pas habituelle pour les RECO suivis –, le RECO a sensibilisé 25 ménages et recueilli leurs perceptions à la fin de chaque présentation. La procédure est normalement de sensibiliser 10 ménages par jour et par RECO dans un même quartier : il se peut que notre présence ou la motivation personnelle du RECO explique ce score élevé de ménages consultés. Les caractéristiques et la taille des ménages varient :

25 ménages sensibilisés	Synthèse des données des ménages sensibilisés à Gouécké					
	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	18-24 ans	25-35 ans	36 ans et +
Homme	0	0	0	24	23	20
Femme	0	0	15	21	34	28
Garçon	34	30	28	0	0	0
Fille	10	28	33	0	0	0
Total	44	58	76	25	57	48

Tableau 4: Synthèse des données sur les ménages sensibilisés à Gouécké

Les ménages occupent généralement des habitats regroupés dans une même concession. Chaque concession comporte en moyenne 3 à 4 ménages. A noter que les ménages visités et observés ont été très accueillants et connaissent parfaitement leur RECO ; celui-ci fait partie de la communauté. Le RECO plaisante et taquine les ménages avant de venir à l'objet de la visite. Il utilise son outil de sensibilisation, une boîte à images ou une feuille avec des schémas et images présentant les informations sur la maladie Ebola. Ce document d'information et de sensibilisation est structuré en quatre étapes : 1) la reconnaissance des signes de la maladie ;

2) que faire quand les signes et les symptômes se manifestent ; 3) comment se protéger de la maladie et 4) appelons gratuitement le 115 pour mieux nous informer sur Ebola.



Figure 17: Outils du RECO, une boîte à image de sensibilisation

Le RECO se place devant chaque ménage et présente les images suivies d'explications en langues locales. Les ménages, bien concentrés, suivent attentivement la communication. L'observation de l'opération de sensibilisation montre que les ménages sont particulièrement intéressés. Nous avons observé qu'il est pratiquement difficile pour un RECO de ne faire que 10 ménages par jour dans un quartier où les concessions sont contiguës et sans clôtures. Chaque ménage voit ce qui se passe chez les autres : soit de chez lui directement, soit en passant devant la concession des voisins. C'est ainsi que les femmes quittent leurs maisons pour venir écouter la sensibilisation chez la voisine, puis invitent le RECO à venir faire la même chose chez elles et devant leurs familles. La sensibilisation de chaque ménage suscite la demande d'un autre ménage pour être sensibilisé et ainsi de suite. Entraîné dans cette dynamique, le RECO ne peut arrêter de sensibiliser. Dans la pratique, nous avons pu compter 25 ménages sensibilisés, même si le RECO n'a rapporté que 15 ménages dans sa fiche de collecte des données des activités du jour. Pour remplir cette fiche, le RECO a besoin du numéro de téléphone du chef de ménage. La plupart ne connaissant pas leur numéro par cœur, le RECO est obligé d'intervenir en manipulant le téléphone pour retrouver le numéro avant de le reporter sur sa fiche – ce qu'il est habitué à faire. Il est important de noter que cet engouement pour les activités de sensibilisation du RECO est propre aux temps épidémiques et à la résurgence d'Ebola 2021 : en temps hors épidémique, les RECO sont moins sollicités par la population.

Après chaque sensibilisation, le RECO – à notre requête – a demandé au ménage sa perception sur Terre des Hommes et son activité de sensibilisation. Unanimement, les ménages ont répondu que leur RECO fait du bon travail, car il est là pour aider les familles à faire face à cette maladie dangereuse. Nous avons aussi demandé si cette épidémie d’Ebola n’avait pas terni l’image de Terre des Hommes et brisé la confiance qui les liait auparavant à leur RECO. Les ménages ont répondu que « *Non, le RECO était toujours là avant cette épidémie et sera toujours là après* ». Ils ont toujours confiance en leur RECO. Il faut noter que les ménages ne connaissent de Terre des Hommes que leur RECO. Après la sensibilisation, nous avons discuté avec MS. Il aime son activité de RECO et il est aussi cultivateur. Il souligne qu’au début de l’épidémie, le travail de RECO était très dur. La communauté n’acceptait pas facilement d’écouter, car la réticence était forte. Les choses ont évolué progressivement et son travail est largement facilité aujourd’hui avec l’expérience et son ancrage communautaire. Il est toujours motivé pour travailler pour Terre des Hommes, qui l’employait bien avant le contexte d’urgence : il menait alors des campagnes de sensibilisation pour la consultation prénatale et infantile. L’ONG l’avait d’ailleurs doté de téléphone, sac et imperméable pour travailler. Il se dit très motivé et impliqué, car il considère travailler pour sa communauté.

Après Gouécké centre, nous nous sommes rendus à Kabiéta, dans la sous-préfecture de Womey. C’est ainsi que nous avons pu nous entretenir avec Mme SH, RECO de la Terre des Hommes. Elle est mariée et mère de six enfants. En parallèle, elle est matrone au centre de santé de Kabiéta. Elle a été choisie unanimement par la communauté comme RECO, avec son collègue HH. Ils sont RECO depuis longtemps mais n’étaient pas rémunérés et SH vient d’être recrutée par Terre des Hommes (avec rémunération) avec la résurgence d’Ebola. Kabiéta comprend cinq quartiers. Elle couvre deux quartiers et son collègue, les trois restants. Elle n’a pas de problème avec la communauté, car elle est matrone et donc bien connue des habitants. Il n’y a pas de crise de confiance ici entre les RECO et la communauté.

Enfin, nous avons mené un entretien avec le superviseur des RECO des Gouécké, KNT. Ce dernier a noté que le projet de Renforcement de la Collaboration entre les Collectivités Locales et les Autorités Sanitaires (RECCLAS) a démarré au mois de mars 2018. Il accompagne habituellement dix RECO, mais il va passer à douze avec la réorganisation des districts sanitaires par la taille de la population. La préfecture de Gouécké comprend huit districts et sa population est estimée à 40 000 habitants, soit un RECO pour 650 habitants. L’organisation fonctionne avec 46 RECO dans Gouécké, alors que la population devrait bénéficier de 61 RECO au vu de sa taille. Le superviseur gère quatre anciens RECO (recrutés avant la crise actuelle de l’épidémie d’Ebola) et six nouveaux (recrutés depuis Ebola). Anciens comme nouveaux, il assure que tous les RECO sont bien intégrés dans la communauté.

1.6. Un savoir épidémiologique peu stabilisé

Les RECO ont tous suivis une formation courte avant de débiter les sensibilisations sur Ebola. Ceux qui ont été suivis sur le terrain ont tous utilisé la fiche de sensibilisation qui leur a été remise par Terre des Hommes. Selon nos observations, les RECO développent les messages clés avec plus ou moins d'entrain. Certains semblent très investis par la sensibilisation et captivent l'attention des spectateurs en y ajoutant une certaine théâtralité (gestes, questions, etc.), d'autres répètent les messages sans trop s'attarder dans chaque ménage. De leur côté, les ménages sont aussi plus ou moins réceptifs et alors que certains apparaissent plutôt passifs, d'autres semblent plus réceptifs et posent par exemple des questions. Leur attitude dépend en grande partie de l'attitude du RECO. Bien que la majorité des RECO maîtrise les messages sur l'épidémie, nous avons relevé quelques incompréhensions chez certains. L'un d'eux a par exemple dit à plusieurs ménages, lors de nos observations, que la maladie pouvait se transmettre par le regard. Cette interprétation est sans doute liée au fait que deux visages se font face sur la fiche d'information (là où sont indiquées les portes d'entrée du virus). Un autre nous a dit qu'Ebola pouvait se transmettre par l'haleine, et cela est sans doute davantage lié à une confusion avec le Covid-19 (puisqu'eux-mêmes sont supposés porter des masques lors des séances et prévenir donc les deux maladies).

Il est important de souligner ici que les RECO et d'autres citoyens ont relevé qu'en dehors des périodes d'épidémie, les populations souffrent d'autres maladies endémiques graves (la plus citée étant le paludisme). A leurs yeux, Ebola apparaît parfois comme un problème assez mineur, qui concentre pourtant énormément de moyens. Cette inégale répartition des ressources et la mise à l'écart des problèmes quotidiens de ces populations ne font que renforcer les discours sur le « business » lié aux épidémies (« Ebola business », « Corona business »). Il semble également important de noter que quelques citoyens de Gouécké nous ont signifié qu'ils n'avaient jamais reçu la visite de RECO (toutes organisations confondues) chez eux. En plus de s'assurer de la fiabilité des messages délivrés par les RECO, il semble donc également important de s'assurer de la réalisation du travail dans tous les quartiers de la commune.

1.7. De l'ancrage communautaire des partenaires aux problèmes de fonctionnement

Alors que certaines institutions et ONG n'ont pas mobilisé suffisamment d'acteurs communautaires reconnus et influents dans la Réponse, l'ancrage communautaire de Terre des Hommes et l'implication de l'ONG auprès de la population a souvent été remontée par les RECO eux-mêmes. Il apparaît que la mobilisation de Terre des Hommes et des RECO en amont de l'épidémie d'Ebola a permis de nuancer les difficultés rencontrées par les RECO au départ lors des sensibilisations et ceci a très probablement joué en faveur de la Réponse. Notons

toutefois que l'un d'entre eux a rapidement démissionné au début de l'épidémie en raison de la « pression » de ses proches, et que plusieurs RECO ont également refusé de réaliser le suivi des contacts.

La mobilisation au long cours des RECO permet de construire une relation de confiance durable entre le RECO et la population, particulièrement utile en temps épidémiques. Leur légitimité repose sur le consensus communautaire et leur efficacité sur le terrain dépend de la Commune et de leur partenaire bailleur. Si certains RECO ont salué l'action de Terre des Hommes dans le projet de santé infantile et maternelle, puis dans la gestion de la Réponse – soulignant leur bonne relation de travail –, d'autres ont cependant remontés des problèmes de paiement et de communication avec les partenaires. Un des RECO dont le récit est présenté plus haut a noté qu'il rencontrait quelques difficultés avec Terre des Hommes, notamment le retard de paiement de son salaire. Il souhaiterait que ses conditions de travail soient quelque peu améliorées, et aussi obtenir de l'ONG une attestation de travail depuis 2019. De même, la RECO de Kabiéta n'avait pas encore touché le deuxième mois de son salaire au moment de l'entretien (21 avril). Avec notre intervention et celle des superviseurs de Gouécké et Womey, elle a perçu son salaire le lendemain de notre rencontre. Ces deux exemples sont révélateurs des problèmes administratifs et financiers rencontrés par les RECO. A Gouécké, les RECO de Terre des Hommes n'avaient pas encore été rémunérés bien qu'ils avaient déjà travaillé entre un mois et demi et deux mois dans la Réponse. Bien que tous disent avoir de bonnes relations avec leurs superviseurs, nous avons noté un manque de communication à ce propos, et tous ignoraient les raisons du retard de paiement de leurs primes – de même que le montant de la prime qui leur était due. Certains d'entre eux pensaient que l'argent avait été détourné et qu'ils n'en verraient pas la couleur. Deux d'entre eux avaient accepté un autre poste (au CT-Epi de Gouécké), car ils ne pensaient pas qu'ils allaient être payés. De même, une partie d'entre eux avait entendu qu'un nouveau projet de Terre des Hommes allait débiter, mais ils n'avaient pas davantage d'informations à ce sujet. Certains des RECO rencontrés à cette période paraissaient moins motivés et assez désinvestis en raison de ce manque de communication et de moyens. Cela n'a pas favorisé nos observations de leur travail, puisque plusieurs d'entre eux étaient occupés par d'autres activités rémunératrices (période de travaux champêtres importants) et semblaient délaissé leur mission de sensibilisation.

Les RECO jouent un rôle important dans l'amélioration de la santé des populations. Ils sont les piliers du système de santé communautaire, et leur action devrait ainsi être pérennisée au-delà des urgences sanitaires et des différents projets. A ce titre, la volonté de Terre des Hommes de tisser des liens avec les communes pour qu'à terme elles prennent en charge les RECO apparaît comme une solution enviable, bien que le fait que les communes ne payent actuellement pas leurs propres RECO pose problème quant à une prise en charge future. De nombreuses personnes sont volontaires et compétentes au sein des populations, et leur implication est d'autant plus importante qu'elles apparaissent plus légitimes aux yeux des citoyens que les agents extérieurs à la localité. Plusieurs personnes ont ajouté qu'il est important pour l'avenir de la localité d'impliquer des membres de la communauté pour que

ceux-ci investissent ensuite sur place. En effet, ils perçoivent l'emploi d'agents extérieurs comme une fuite des moyens de la Réponse vers d'autres localités.

2. Le suivi des contacts

Le suivi des contacts est effectué par différents agents de santé sur le terrain. Ils peuvent avoir un profil de RECO mais aussi d'infirmiers titulaires, d'Agent Technique de Santé confirmés ou stagiaires, dans un centre ou un poste de santé, en milieu urbain ou rural.

2.1. Le suivi des contacts : un manque de rigueur manifeste

Le suivi des contacts reste un des maillons faibles des opérations de surveillance des cas contacts et des cas suspects pendant la résurgence Ebola. Même s'il est difficile d'isoler tous les contacts, il semble important de les surveiller. On note cependant un manque de rigueur à plusieurs niveaux :

A Gouécké

Trois agents du CSA de Gouécké ont été considérés comme cas contacts, mais ils ont toutefois réalisé le suivi des contacts eux-mêmes et n'ont ainsi pas respecté la quarantaine. Cela s'est également produit pour un RECO qui était très proche de la famille du cas index et avait participé à ses funérailles. Le deuxième RECO n'avait pas été considéré comme contact, mais sa femme et une de ses voisines l'ont été car elles étaient également à l'enterrement du cas index. Il faut donc noter un certain manque de rigueur à ce niveau, puisque les contacts ne sont pas supposés sortir de chez eux et visiter d'autres personnes. Cela s'explique sans doute en partie par le fait qu'il était au départ question que ce soit des RECO qui réalisent le suivi des contacts, mais que la plupart d'entre eux ont refusé et qu'il a fallu alors désigner de toute urgence d'autres agents.

Parmi les 8 agents de suivi rencontrés sur les sites, deux avaient participé au suivi des contacts lors de la première épidémie en 2014-2016, et tous n'ont pas reçu de formation avant de démarrer le suivi. A Gouécké, ce n'est qu'à mi-parcours du suivi des contacts du cas index que des agents de la Réponse extérieurs à la localité se sont impliqués dans la supervision de suivi. Ce retard a été dû au manque d'information quant à l'institution dont ils relevaient (ANSS, OMS ou CDC). L'un de ces agents s'est plaint du manque de formation quant au suivi des contacts car tous n'ont pas été vaccinés avant de débiter le suivi et ils couraient le risque de s'infecter. Plusieurs agents, en particulier les ATS stagiaires, ont souligné qu'ils avaient peur

de se rendre chez les contacts au départ. A Gouécké, un agent a signifié que le nombre de contacts vaccinés, estimé à 140, était faux. Il a été chargé d'appeler tous les contacts afin de leur demander s'ils étaient vaccinés car cela n'avait pas été renseigné en amont. Cependant, comme il n'avait pas reçu de crédits d'appels malgré sa demande à un agent de l'ANSS, il a finalement abandonné sa mission faute de moyens. Les données affichées sur le nombre de contacts vaccinés à Gouécké sont donc faussées.

A Nzérékoré

On a pu noter un certain manque de rigueur dans le suivi du cas suspect, un jeune étudiant de l'Ecole de santé communautaire (ESC), confirmé positif le 01/04 et en fuite depuis lors. Il était considéré comme suspect car ayant participé à trois enterrements suspects à Kpagalaye (sa mère, sa grand-mère et une tante ou coépouse de sa mère), était en deuil et refusait de répondre à son téléphone depuis lors. Il a été retrouvé à l'ESC où il étudiait et était venu passer des examens. Il a été envoyé à l'hôpital régional de Nzérékoré pour se faire tester car il avait refusé de se rendre au CT-Epi. Il n'a pas été accompagné pour son test et l'annonce de son résultat n'a peut-être pas été faite avec le counseling nécessaire. Quoi qu'il en soit, il a prétexté devoir acheter des unités téléphoniques hors de l'hôpital et n'est jamais revenu.

A Nzérékoré, trois agents ont souligné que le suivi des premiers contacts (autour du cas index de Gouécké) était plus respecté et rigoureux que celui de Nzérékoré. Les contacts respectaient alors quasiment tous leur quarantaine, excepté quelques absences lors des visites. Le suivi se faisait aux domiciles de ces derniers. Les choses semblent différentes pour le suivi des contacts actuels, au moment de nos observations le 20 avril 2021. Après la fuite du jeune étudiant, ses contacts ont été listés et devaient être suivis du 01/04 au 22/04. Les deux agents de suivi avec qui nous étions le jour des observations (20/04) nous ont expliqué qu'il n'avait pas été facile, dès le départ, de suivre tous les contacts, en particulier les étudiants, car plusieurs d'entre eux ne répondaient pas au téléphone et n'avaient pas donné leurs adresses. Certains ont été retrouvés depuis le début des examens à l'ESC puisque les équipes de suivi profitent de leur présence obligatoire à l'Ecole pour les retrouver – soit une dizaine de jours après le début du suivi. Le fait que les contacts ne soient pas isolés rend ainsi le suivi moins régulier et peu rigoureux. Certains étudiants retrouvés le jour de nos observations ont expliqué que ce sont leurs camarades qui les ont convaincus de ne plus répondre au téléphone pour esquiver le suivi.

« En discutant, je parcours quelques fiches de suivi avec les agents chargés du suivi des cas contacts. Un contact suivi par l'une d'elles a 11 jours non notés, elle m'explique alors qu'il a été retrouvé et vacciné tardivement et qu'elle n'a donc pu le voir que le 12e jour du suivi. C'est le même cas pour plusieurs contacts, mais la plupart des fiches sont remplies à partir

du 2e ou 3e jour de suivi. L'un d'entre eux n'a été suivi que depuis hier, et un autre depuis 3 jours. Il leur reste à tous 3 jours de suivi en comptant aujourd'hui ».

Extrait de journal de terrain, 20 avril 2021.

2.2. Minimisation des risques liés aux contacts

Les cas contacts actuels incluent la famille chez qui le jeune étudiant résidait, le personnel de l'ESC et les étudiants présents à l'École le jour où il a été testé. Selon les dires des agents, les contacts suivis sont ceux qui ont été vaccinés car il semble y avoir un manque de coordination entre les équipes de vaccination et celles chargées de l'investigation. Se pose donc la question des contacts potentiellement non suivis car non vaccinés.

On note une minimisation des risques que ces contacts peuvent prendre ou engendrer car ils ne sont pas isolés ni en quarantaine contrairement à la procédure. La Réponse semble considérer qu'ils ne présentent pas un danger car ils ont été vaccinés. Or, il y a à priori une fenêtre de quelques jours entre la prise du vaccin et son efficacité réelle, et il n'y a pour le moment pas de certitude sur l'efficacité totale du vaccin.

Dans le quartier de Gonia, le suivi des contacts est réalisé à deux endroits, dans la cour du Directeur de l'ESC et au sein de l'ESC. L'agent que nous avons suivi commence son tour par la cour du Directeur de l'ESC (lui-même cas contact) où résident et travaillent certains des étudiants de l'École qui sont stagiaires dans sa clinique. Cette dernière est située dans la même cour et est restée ouverte malgré le suivi. Excepté pour le Directeur, les deux agents de suivi ne connaissent pas les domiciles des contacts qu'elles suivent, et ce sont leurs superviseurs qui leur ont donné la consigne de réaliser le suivi ainsi. Le suivi n'est pas régulier et l'isolement des cas contacts n'est pas respecté. Enfin, lors du suivi des contacts dans l'enceinte de l'ESC, il n'y avait pas de mesures de PCI particulières, excepté un kit de lavage des mains à l'entrée, mais qui n'est pas systématiquement utilisé.

« Nous entrons dans la cour du Directeur de l'École de santé communautaire (ESC), un pédiatre réputé qui a été déclaré contact. Le lavage des mains se fait au seau prévu à cet effet, disposé à l'entrée de la cour mais qui est un peu caché. AH m'avait informée qu'il y avait beaucoup de contacts dans cette cour et je pensais qu'il s'agissait de la famille du Docteur (car elle m'avait parlé de ses « enfants ») mais il s'agit en fait d'étudiants de l'ESC qui logent chez lui. La cour n'est pas très grande mais il y a 5 bâtiments, dont 4 habitations et 1 clinique, dans laquelle certains des étudiants contacts font aussi leur stage [...] A l'entrée nous saluons la femme du Docteur qui nous informe qu'il a dû partir à Macenta à cause d'un décès dans sa famille [...] La clinique est une clinique pédiatrique, qui est très fréquentée

selon l'agent de suivi avec qui je suis venue. Nous nous installons sur un banc à l'entrée de celle-ci, il y a deux mamans avec leurs bébés qui attendent ».

Extrait de journal de terrain, 20 avril 2021.

2.3. Manque de communication entre acteurs de la surveillance

Lors du suivi des contacts à l'ESC nous avons constaté un manque de communication avec les étudiants qui étaient intrigués par les fiches de suivi et ne semblaient pas tous savoir ce qu'il se passait.

« Nous entrons dans l'enceinte de l'ESC. C'est l'heure de la récréation, il y a beaucoup d'étudiants partout. Nous nous plaçons devant le bâtiment de la direction, il y a d'autres agents de suivi (ils ont des fiches et des Thermoflash) mais nous ne discutons pas avec eux. Ils s'occupent visiblement des contacts d'autres quartiers. C'est un peu la cacophonie. Il y a des attroupements autour de nous, je suis près de l'agent qui a ses fiches en mains. Deux étudiantes viennent voir si leur nom est sur les fiches. Il semble que la plupart des étudiants ne savent pas ce que nous faisons, cela les intrigue et ils viennent voir ».

Extrait de journal de terrain, 20 avril 2021.



Figure 18: Etudiants devant l'Ecole de Santé Communautaire proche de la DPS de Nzérékoré

Il ne semble pas y avoir eu une communication claire à propos du jeune confirmé début avril au sein de l'École de santé communautaire. Une étudiante qui est une connaissance d'un membre de notre équipe lui a par exemple expliqué qu'elle n'a appris la nouvelle que tardivement.

Lors du suivi dans la cour de l'École, il y avait aussi un manque de communication entre les trois équipes de suivi qui s'occupent chacune d'un quartier de la ville. Il ne semble pas y avoir non plus de réelle communication entre l'équipe de l'ESC et les acteurs de la Réponse, notamment pour le suivi des élèves cas contacts. L'équipe de l'ESC est actuellement en train de menacer les élèves pour qu'ils se fassent obligatoirement vacciner, y compris ceux qui ne sont pas cas contacts. Cela semble se faire sans l'aval de l'équipe de vaccination.

« Il n'y a pas vraiment de communication entre les trois équipes de suivi, et quand un étudiant se présente à la mauvaise équipe, il n'est pas orienté vers celle qui fait son suivi. J'ai moi-même du mal à comprendre comment les équipes sont réparties. Visiblement, les contacts et les agents de suivi ne se reconnaissent pas toujours (les agents ont des masques, la plupart des étudiants n'en ont pas). Un enseignant parle de manière un peu virulente aux équipes de suivi pour leur demander de dégager l'entrée de la direction. L'agent dit qu'ils sont là pour le suivi des contacts, il répond que ce n'est pas bien de faire cela maintenant et que ça va perturber les étudiants pour les évaluations. Le premier répond que les étudiants sont déjà habitués, sensibilisés. Il demande l'aide de l'enseignant pour retrouver les contacts qui n'ont pas encore été vus, il lui répond qu'ils n'ont qu'à regarder les listes de présence à l'entrée des salles de classe. L'équipe s'exécute. Un peu après une autre équipe demande également de l'aide à un jeune de l'administration mais il leur répond qu'il ne connaît pas tous les élèves et qu'il sera difficile de les retrouver. Il conseille de se référer au Directeur des études, qui n'est pas dans son bureau ».

Extrait de journal de terrain, 20 avril 2021.

2.4. Distribution des vivres et isolement des contacts

A Gouéké, le recensement pour la distribution des vivres en population générale se faisait sur la base des cartes d'électeurs ou des cartes d'identité. Cela a pu entraîner une confusion et accentuer le refus de certaines personnes de se faire recenser alors que circulaient des rumeurs sur l'instrumentalisation politique de l'épidémie. A Nzérékoré, contrairement aux contacts du début de l'épidémie qui avaient tous reçu des vivres, les contacts actuels n'en ont pas tous reçus. On note ainsi une certaine irrégularité et de la disparité dans la distribution. Cela ne donne pas une bonne image de la Réponse et renforce sans doute le refus du suivi. En effet, certaines rumeurs circulent sur le fait que ce sont les personnes vaccinées qui reçoivent les vivres puisqu'il y a une confusion entre vacciné et personne contact.

3. Conclusion et recommandations

La résurgence de la maladie à virus Ebola en Guinée forestière en 2021 marque un tournant important pour l'étude des RECO et du suivi des contacts. Les acteurs communautaires interviennent au quotidien dans leurs localités pour un changement de comportement dans les soins. Mais le contexte épidémique a contribué à mieux prendre en compte leur situation et à proposer, dans ce chapitre, un modèle d'intervention communautaire basé sur :

- Le respect et la considération des communautés comme acteurs majeurs, efficaces et légitimes de la Réponse épidémiologique ;
- La valorisation des initiatives autonomes et responsables prises par ces acteurs communautaires ;
- La consolidation et le renforcement, de façon pérenne, des conditions de travail et de vie des acteurs communautaires ;
- Les interactions faites de modestie, d'humilité et de courtoisie entre les acteurs de la Réponse et les communautés pour mieux susciter leur adhésion et leur engagement ;
- La rigueur et la responsabilité dans les mécanismes de suivi des contacts et des cas suspects, ainsi que la mise en cohérence de la communication entre les différents acteurs de la Réponse ;
- La prise en charge systématique des cas contacts pour limiter les rumeurs et favoriser leur isolement.

En guise de conclusion, nous voulons rappeler combien il est important de respecter et considérer les communautés comme acteurs majeurs, efficaces et légitimes de la riposte. La démarche de Terre des Hommes dans ce sens semble tout à fait intéressante, et il apparaît certain que l'ancrage communautaire de l'ONG en amont de l'épidémie a favorisé les activités de sensibilisation. Le fait que les RECO soient désignés par les autres citoyens est aussi pertinent et limite le népotisme parfois observé dans d'autres institutions. D'une manière générale, et au-delà de Terre des Hommes, il semble également important de valoriser les initiatives autonomes et responsables des acteurs communautaires. Nous recommandons également de consolider et renforcer les conditions de travail et de vie des acteurs communautaires – en revalorisant notamment leurs primes –, et ce de manière pérenne. Il convient de poursuivre ainsi le plaidoyer auprès des communes/de l'Etat pour que les RECO deviennent des acteurs mobilisés – et rémunérés – en dehors des périodes d'urgence sanitaire. Il est important de noter que les modes d'interventions des opérations d'urgence sanitaires reproduisent les inégalités sans renforcer le système de santé communautaire alors que ses agents jouent le rôle de pilier de la Réponse à la base communautaire. Il y a un contraste fort entre l'ordinaire des conditions de vie et d'exercice de ces RECO et la nature

extraordinaire de la Réponse à l'épidémie et les moyens qu'elle concentre. La précarité de ces agents, ainsi que les inégalités d'accès aux soins persistent au-delà des épidémies, et cela devrait être pris en compte dans le système de santé communautaire.

A propos du salaire, nous encourageons la volonté affichée de rémunérer tous les RECO à 1 500 000 GNF par mois pour la période de la riposte (circulaire de la DRS du 08/03), bien que toutes les organisations ne puissent pas suivre. Il faudrait veiller à faire respecter une certaine harmonie salariale entre les différentes organisations, car bien souvent les acteurs communautaires se connaissent même s'ils ne sont pas impliqués par les mêmes structures, et ces différences parfois très importantes peuvent entraîner une certaine jalousie. La revalorisation des salaires des acteurs communautaires devrait cependant être élargie en dehors des périodes d'épidémie. Et bien que tous les RECO rencontrés disent travailler pour leur « communauté », parfois sans rien attendre en retour, il apparaît important de valoriser leur engagement et de les rétribuer pour celui-ci. Il apparaît important de régulariser ces problèmes de paiement, et d'améliorer les chaînes de communication entre la structure et les RECO, notamment concernant le montant des primes – les informer en amont de ce montant, leur donner des explications en cas de retard. A ce titre, les superviseurs semblent être de très bons intermédiaires. Afin de favoriser la transparence, il pourrait par exemple être envisagé de fournir aux RECO des fiches de salaire. Notons également que plusieurs nous ont fait part de leur souhait d'obtenir une preuve de leur travail auprès de Terre des Hommes et nous recommandons ainsi de leur fournir *a minima* une attestation de travail et au mieux un contrat de prestation. Sur un plan pratique, il semble également pertinent de fournir aux RECO des documents attestant de leur mission (contrat de travail et/ou attestation de travail ; fiches de salaire). Ces documents signifieront que leur travail est reconnu et respecté. En terme de communication, il semble également important de renforcer la formation des RECO sur les messages clés de la sensibilisation, étant donné les quelques défauts d'interprétations que nous avons pu observer.

LES SORTIS-GUÉRIS D'EBOLA 2014-2016

Par Fanny Attas, Marie Yvonne Curtis et Jacqueline Haba



Figure 19: Traumatisme Ebola 2014-2016

1. L'expérience des guéris et le traumatisme Ebola de 2014

Les personnes sorties guéries de la première épidémie ont encore le souvenir d'une maladie qu'on ne guérit pas : ils ont fait face à la mort et qualifient la maladie à virus Ebola de *mauvaise maladie* (ou « *gnon gnonwo* » en langue kpèlè), car considérée comme dangereuse, mortelle. Une autre appellation en français l'identifie comme une « *sale maladie* » parce qu'elle présente des symptômes terribles (diarrhées sanglantes, vomissements, saignement des gencives, etc.).

Les guéris ont été ébranlés par la destruction de leurs maisons et capitaux qui ont été brûlés par les communautés après conseils de la Croix Rouge en 2014. En effet, en début d'épidémie, cette dernière conseillait de brûler les habits et fournitures utilisés par les contaminés au cours de leur maladie, et les communautés ont plus généralement brûlé les maisons. Cela a changé rapidement avec l'arrivée de la désinfection par pulvérisation.

L'expérience du Centre de Traitement Ebola (CTE) entre 2014 et 2016 est encore vivace dans les mémoires. Le traitement au CTE est perçu comme un vecteur d'isolement, de peur, de rejet et surtout source de rumeurs qui sont toujours d'actualité en 2021.

Tous les sortis guéris ont confirmé qu'ils ont ressenti le rejet des communautés au retour du CTE et jusqu'à un an après la guérison (distanciation des guéris en brousse ou espaces reculés, insultes, ostracisme, refus d'échanges économiques et sociaux). Cela a également été confirmé par les communautés elles-mêmes.

« Lorsque je suis revenu du CTE, c'est les ruines de ma maison que j'ai trouvées. L'argent qui était dans le matelas a brûlé avec la maison »

« Ils ont brûlé notre maison et ils ont décidé d'écrouler la maison sur le corps de mon frère qui habitait un village près de Macenta »

« Les médecins ne sont pas tes amis, personne ne te touche, ils sont tous masqués sans visages. Les gens disaient 'ils vont te tuer là-bas, la nourriture est empoisonnée, les médicaments vont te tuer, ils tuent les gens pour voler leur sang' »

« Les gens ont eu des mots très durs, nous avons été rejetés, personne ne nous approchait. Nous avons dû vivre en brousse »

« On nous a dit de nous installer loin du village, en face du poste de santé pour être plus près en cas de maladie »

On constate que la contamination de 2014-2016 se fait essentiellement via les soignants, et notamment tradipraticiens. Certaines familles de sortis-guéris réparties sur différents villages sont liées par une chaîne de contamination continue (Kabiéta, Nzérékoré, Makponzou).

2. Situation sanitaire des guéris : une diversité de cas



Figure 20: Situation sanitaire des Guéris

Tous les sortis-guéris rencontrés ont été diminués par Ebola, que ce soit au niveau physique, mental, psychologique ou économique et social (avec des impacts sur leur santé). Tous reconnaissent l'impact positif de la prise en charge PostEbogui sur leur santé globale : les équipes du CERFIG les ont accompagnés pendant trois années consécutives avec un suivi médical régulier tous les deux mois, des prescriptions et médicaments gratuits, et des examens cliniques lorsque des symptômes se manifestaient (ophtalmologie, migraines, douleurs musculaires ou articulaires, gynécologie, gastrologie, etc.). Tous les sortis-guéris regrettent la fin de la prise en charge médicale PostEbogui. Il y a un besoin d'appui psychologique et d'espace de soin approprié, à la fois physique et mental.

Sur le plan de la santé physique, il n'y a pas de tendance globale mais une diversité de situations propres à chaque survivant et à leur expérience de la maladie. Certains évoquent des séquelles directes de la maladie à virus Ebola tandis que d'autres se disent en bonne santé globale, même s'ils ont des symptômes et maladies qu'ils n'associent pas à Ebola.

« Je suis très fatiguée et je ne peux plus travailler aux champs »

« Quand est-ce que ces séquelles vont disparaître ? »

« On ne peut pas dire qu'on ne tombe pas malades comme tout le monde,

Au-delà de la dimension physique, bon nombre de sortis guéris ont connu une grande détresse psychologique à leur retour du CTE, qui continue à l'heure actuelle. Ils relatent qu'il leur a été impossible de faire le deuil et les cérémonies associées, ce qui se traduit par un sentiment de culpabilité et d'angoisse. Ils évoquent la difficulté à se reconstruire et l'absence d'accompagnement par les professionnels et la communauté. Aucune aide n'a été ciblée sur cette question. Enfin, tous les sortis-guéris et familles des victimes sans exception expriment un sentiment d'abandon et d'incompréhension car ils sont restés sans aucune nouvelle ou communication depuis plus de deux ans (2019), lorsque les aides et le suivi médical se sont arrêtés simultanément.

mais en tout cas, on est en bonne santé »

« Revenus des CTE, nous étions déclarés guéris, mais biologiquement et psychologiquement nous souffrions de maux plus grands que le décès »

« C'était très difficile, c'est une sale maladie. On souffre beaucoup »

« On nous a abandonné, nous avons été mis entre parenthèses »

Le rapport au corps des sortis-guéris a été largement perturbé par leur expérience de la maladie Ebola. Certains évoquent des corps diminués au niveau sexuel et reproductif (impossibilité d'avoir des enfants, impuissance, difficulté de se remarier), tandis que d'autres se sont remariés et ont eu plusieurs enfants par la suite. D'autres expriment une impossibilité d'effectuer des travaux de force (champs, bâtiment) alors que certains continuent de cultiver leur champ et porter des charges lourdes. Les sortis-guéris qui se sentent diminués constatent au quotidien les conséquences de l'altération physique et la nécessité de recourir à une aide temporaire pour les activités agricoles et commerciales.

Plus largement, les sortis-guéris soulignent la complexité de leur situation et du rapport à leurs communautés, entre corps malades et corps sains. En effet, ils étaient considérés comme des corps malades à la sortie de l'épidémie 2014-2016 par leurs proches et leur communauté, ce qui se traduisait par une mise à distance physique et sociale (absence de contact, pas de repas ou boissons collectives, éloignement physique et réinstallation à proximité des structures de santé, etc.). Désormais, ils sont perçus comme des corps sains au sein de la communauté. Cela a changé le rapport à cette dernière, qui est passé de la distanciation à l'interaction : boissons et repas collectifs dans les mêmes récipients avec les guéris, contact et salutations Kpèlè avec main serrée et claquement de doigts, participation aux cérémonies collectives, intégration dans la vie sociale, religieuse et économique locale, etc.

3. Une situation économique et sociale des guéris qui impacte sur leur santé

Les conséquences d’Ebola sur la vie économique des sortis-guéris ont été très importantes et se sont traduites par des pertes conséquentes. Tout d’abord, une perte des capitaux et ressources économiques, qui ont été détruites lors de l’épidémie : de nombreuses maisons et fournitures ont été détruites par les communautés, les épargnes ont brûlé avec ces dernières, les champs ont été laissés à l’abandon et les récoltes, source de revenu majeure, ont été perdues. Les sortis-guéris ont également été victimes de perte d’emploi ou de clientèle, et plus largement la communauté a refusé les échanges économiques ou commerciaux avec eux et leur famille, les contraignant à une économie de subsistance. Cela a impacté très négativement non seulement les guéris, mais également leurs familles – et parfois certains non-cas et familles de victimes Ebola (cf. Un brouillage des frontières). La perte d’un nombre important des membres de leur famille – la maladie Ebola se transmettant le plus souvent au sein d’un même groupe de parenté – a également constitué une souffrance psychologique et économique. Ainsi, les pratiques agricoles, et notamment la culture du riz qui fonctionne via une distribution genrée des tâches entre hommes et femmes, ont été menacées par la disparition d’un ou une conjointe dans la famille. Les décès se sont également traduits par une diminution importante de la main-d’œuvre familiale et une augmentation des charges via un nombre d’orphelins grandissant. De plus, la fin de la prise en charge médicale PostEbogui en 2019 s’est traduite par une augmentation de la charge financière représentée par les frais de santé qui sont désormais assumés par les sortis-guéris et leurs familles.

Sur le plan social, le rejet qu’ont subi les sortis-guéris a peu à peu cessé environ un an après la fin de l’épidémie et une normalisation des relations avec les communautés s’est petit à petit mise en place. Cela a notamment été facilité par la sensibilisation effectuée

« C’était le champ des malades, personne n’approchait. Les récoltes ont été mangées par les animaux, il n’y avait plus rien quand on est revenus »

« J’essayais de travailler dans les champs sur contrat mais personne ne voulait m’embaucher. J’allais pêcher le poisson pour survivre, mais personne ne voulait acheter avec moi »

« Je suis dans le bâtiment mais personne ne voulait travailler avec moi »

« Comme ma femme est malade, je ne peux plus faire le champ »

« On est obligés d’engager des contractuels car on est trop peu nombreux, mais cela est cher »

« Avant, tout était pris en charge. Mais maintenant, c’est moi qui dois payer pour les médicaments de la famille, c’est très difficile »

« Maintenant, on préfère rester entre nous : quand il y a trop de

par les structures sanitaires et administratives via les certificats de guérison Ebola, la diffusion d'informations sur la maladie et sa possible guérison, la formation et sensibilisation des RECO (Relais Communautaires) dans certains villages. Cependant, malgré leur réintégration, de nombreux sortis-guérés expriment un ressentiment et une méfiance envers leurs communautés et le souvenir de leur rejet, ce qui les pousse parfois à s'exclure d'eux-mêmes. Ainsi, dans la majorité des cas, les relations entre guérés demeurent intrafamiliales plus que communautaires, que ce soit dans les activités sociales ou champêtres (famille directe et belle-famille). De plus, malgré la réintégration affichée de la part des communautés, ces dernières expriment une certaine réprobation quant aux aides financières et matérielles reçues par les guérés suite à l'épidémie : on assiste à des moqueries sur leur situation financière et à de la méfiance vis-à-vis de leur association avec « les gens d'Ebola » (intervenants extérieurs, acteurs sanitaires, représentants d'ONG, anthropologues, acteurs de la Réponse, etc.).

monde dans un endroit, on a décidé nous-mêmes de ne pas y aller »

« C'est difficile d'oublier les mots et le rejet. On a compris qu'on faisait partie de la communauté mais qu'on n'était pas aimés »

« Il faut faire venir un sage pour que l'on puisse parler, afin que l'on ne dise pas que nous recevons de l'argent de la part des étrangers, que nous sommes avec les gens d'Ebola »

« Tout le monde dit que c'est l'argent d'Ebola qui a payé ma maison. C'est dur »

4. Identités Ebola et dynamiques de pouvoir

4.1. Un brouillage des frontières

Qu'est-ce qui fait un survivant ? La multiplicité des termes pour définir les survivants d'Ebola est révélatrice d'appropriations diverses et variées de l'identité même de ces derniers : sortis-guérés, revenus, survivants, guérés, etc. Si les acteurs étatiques, scientifiques et les partenaires désignent les sortis-guérés dans une approche épidémiologique et biologique par le terme « survivants » ou « guérés d'Ebola », la totalité des sortis-guérés rencontrés définissent leur identité au travers de l'expérience du CTE. Ils sont les « sortis-guérés », les « revenus » du CTE, un lieu de mort où les gens partaient mais ne revenaient jamais. Plus que d'avoir survécu à Ebola comme maladie biologique, ils ont survécu à Ebola comme expérience collective d'emprisonnement et de mort, ils ont survécu au CTE. C'est

« C'est très difficile pour nous, les sortis-guérés »

« Les revenus comme nous n'étaient pas nombreux »

« Les asymptomatiques ne sont pas des survivants. Ils ne sont pas passés pas le CTE, ils n'ont jamais été

cette expérience du CTE qui fonde l'identité des survivants en Guinée – et leur intégration dans l'association –, bien plus que l'atteinte biologique. Certains sortis-guérés refusent d'ailleurs de reconnaître les malades Ebola asymptomatiques comme des sortis-guérés car ils ne sont pas passés par le CTE ou l'expérience de la maladie. Ils sont beaucoup plus enclins à s'associer avec les familles des victimes Ebola car, si ces dernières n'ont pas été elles-mêmes atteintes d'Ebola, elles ont partagé l'expérience du deuil, du rejet des communautés, des stigmates et séquelles qui ont suivi la fin de l'épidémie.

enfermés avec la maladie, la peur, la mort »

« Nous avons créé un groupement local avec les sortis-guérés, les non-cas et les familles des victimes Ebola »

Il existe également un flou entre les statuts des sortis-guérés officiels, des sortis-guérés non recensés, des non-cas et les familles des victimes d'Ebola. Seuls les sortis-guérés officiels sont visibles au niveau des administrations et partenaires alors que les non-cas et familles des victimes ont également été largement affectés par Ebola et qu'ils font souvent partie des groupements locaux avec les sortis-guérés. Il y a des conflits sur la distribution des ressources selon ces différents statuts et les droits qui y sont associés, les non-cas et familles des victimes n'ayant souvent qu'un accès limité aux aides. La participation aux groupements locaux rend d'autant plus floue la frontière entre les différents statuts pour les personnes concernées, contrairement à la vision des partenaires d'appui qui font une distinction très nette entre les sortis-guérés, non-cas et familles de victimes. Souvent, les non-cas qui ne sont pas dans la catégorie « famille de victimes », c'est-à-dire qui n'ont perdu aucun membre de leur famille, ne sont pas pris en compte dans les aides alors que leur expérience Ebola a eu un impact social et économique négatif sur eux. Ce brouillage des statuts qui se traduit par une distribution perçue comme inégalitaire renforce le sentiment d'exclusion et d'injustice des non-cas et familles de victimes et alimente les conflits entre eux et les sortis-guérés officiels.

4.2. Une association des survivants qui reflète ces divergences

L'association des survivants créée en 2015 était à l'origine une « association des infectés et affectés », incluant les victimes et familles de victimes d'Ebola, et elle s'est recentrée sur les sortis-guérés uniquement par la suite. L'association est en sommeil depuis la fin de PostEbogui et des financements pour les sortis-guérés : cela fait deux ans que les sortis-guérés n'ont pas eu de contact avec les dirigeants de l'association mais ces derniers restent visibles et actifs auprès des partenaires lorsque l'occasion se présente. Elle est à ce jour inactive mais incontournable car elle conditionne l'accès même aux sortis-guérés. Elle fonctionne comme un groupement d'individus plutôt qu'une association de droit : l'association des survivants est le point de contact entre les sortis-guérés et les bailleurs, les ONGs et les chercheurs. Elle sert essentiellement à mobiliser les survivants pour la redistribution des ressources mais ne

participe pas à défendre leurs droits sur la scène nationale et internationale. Des problèmes de gestion et malversations ont été pointés par les sortis guéris et les responsables de l'association eux-mêmes dans le passé, mais cela ne semble plus être le cas aujourd'hui du fait de la mise en sommeil de la structure. Il y a une volonté de redynamiser l'association autour de la notion de l'immunité des sortis-guéris et des nouveaux sortis-guéris de 2021.

4.3. Mobilisation des identités Ebola et rapports de pouvoir

Les sortis-guéris, s'ils constituent une identité collective, ne sont cependant pas un groupe homogène soudé d'identités individuelles identiques : les différences de statuts et de pouvoir sont nombreuses, ainsi que les conflits et divergences d'opinion. Au sein même des sortis-guéris, certains apparaissent mobiliser plus ou moins leur identité de survivant afin d'avoir accès aux ressources et de prendre des décisions au nom du collectif des sortis-guéris (association nationale, association régionale, groupements locaux, familles, etc.). Il existe ainsi des dynamiques de pouvoir, largement déterminées par le genre et l'âge, qui déterminent le statut de chaque sorti-guéri et comment ces derniers mobilisent ou non leur statut et identité afin d'avoir accès aux ressources et pouvoir.

Ainsi, bien qu'il y ait des représentants des guéris et chefs de famille dans chaque localité, on note que seuls certains sont à même de mobiliser leur identité et de concentrer les ressources. Ce sont des « courtiers locaux », comme décrits par De Sardan et Bierschenk dans le contexte du développement :

« Par courtiers locaux du développement, nous entendons les acteurs sociaux implantés dans une arène locale qui servent d'intermédiaires pour drainer (vers l'espace social correspondant à cette arène) des ressources extérieures relevant de ce que l'on appelle communément l'aide au développement. Les courtiers représentent les porteurs sociaux locaux d'un projet. »

De Sardan et Bierschenk, 1993, Bulletin de l'APAD n°5, p.1.

Dans le contexte des sortis-guéris d'Ebola, les « courtiers locaux » sont ceux qui mobilisent leur statut de sorti-guéris ainsi que les réseaux d'information et d'influence au niveau local et régional pour avoir accès aux ressources et prendre des décisions au nom des autres sortis-guéris. Ils ne sont pas présents dans tous les villages ou toutes les familles, mais on

« J'ai créé un groupement et on a monté un projet pour aider les survivants avec des machines agricoles »

Courtier local sorti-guéri

note que c'est via leur action que certaines localités accèdent aux ressources collectives au détriment d'autres districts sans courtiers locaux. Ils ne sont pas créés par leur expérience de guéris : ce sont des hommes qui ont toujours concentré les ressources au cours de leur vie (anciens chefs de district, président de la jeunesse, exploitants agricoles majeurs, etc.) et qui mobilisent l'identité de sorti-guéri comme ils ont mobilisé d'autres identités afin d'accaparer les ressources. Il est intéressant de noter que ce ne sont pas tous des sortis-guéris : certains sont des parents de sortis-guéris et ils mobilisent le statut de leur enfant de la même façon pour obtenir des ressources. Ce sont tous des hommes – aucune femme – et ce sont eux qui décident de l'inclusion ou exclusion des autres sortis-guéris et familles de victimes du réseau de distribution des ressources.

Leurs discours et pratiques sont souvent différentes du reste des sortis-guéris qui sont sous leur tutelle : ils souhaitent redynamiser les espaces de parole et d'action (association des guéris, PostEbogui, groupements locaux) et mobilisent les discours d'Ebola et l'identité des sortis-guéris pour attirer de nouvelles ressources. Ce sont les seuls à performer et incarner une identité de guéri d'Ebola, les autres sortis-guéris étant beaucoup moins enclins à le faire. Ils sont également les seuls à avoir un discours d'expertisation par rapport à la maladie : ils se présentent comme des experts Ebola du fait de leur statut de guéris tandis que le reste des sortis-guéris semble avoir des connaissances basiques sur la maladie et exprime la peur du retour de cette dernière.

Les ressentiments sont parfois forts envers eux de la part des communautés et des autres sortis-guéris car ils semblent concentrer toutes les ressources au détriment des autres. Cependant, leur position leur offre une ascendance importante sur les autres sortis-guéris car ils constituent des points de contacts avec les partenaires (association des guéris, ONGs, institutions) et bailleurs, et ce sont donc également eux qui fournissent les ressources et les redistribuent.

« C'est lui le représentant des sortis-guéris mais il n'aime pas partager. Il garde tout pour lui »

Chef de district, non guéri

« Moi on ne me dit rien et je ne suis au courant de rien : s'il y a des aides ou autres, je ne sais pas »

Sortie-guérie

« On connaît déjà la maladie, on sait se protéger. [...] On n'a pas peur, on a déjà vu ça »

Courtier local sorti-guéri

« L'origine vient des chauves-souris, c'est Predict qui a prouvé ça. [...] on nous a expliqué pendant les formations »

Courtier local sorti-guéri

« Il ne m'a pas informé [...], il ne répond que quand il veut et ne répond pas quand il ne veut pas. Je lui reproche ce silence »

Sorti-guéri

Les sortis-guérés ne sont pas les seuls à mobiliser les identités Ebola. C'est également le cas de leurs proches, qui adoptent des positions différentes selon le contexte :

Certains proches rejettent les identités Ebola de leurs parents sortis-guérés. Ce sont souvent eux qui ont géré localement la situation lors de l'hospitalisation de leurs proches et ils ont été confrontés au rejet des communautés et au deuil. Ils expriment une colère et un ressentiment important : le dialogue est difficile mais possible. Ils présentent des discours agressifs et rejettent les intervenants extérieurs. Ils souhaitent faire table-rase de la question d'Ebola.

Au contraire, d'autres parents revendiquent ces identités et mobilisent l'expérience Ebola de leurs proches, souvent dans une posture contestataire : ils expriment une rancœur quant à la distribution des ressources dues aux guérés et à la spoliation dont leurs proches sont victimes.

« Les causeries ne ramèneront pas les parents qu'on a perdus. En parler, c'est comme planter à nouveau le couteau dans la plaie. »

« On veut enterrer tout ça et constamment on vient nous le rappeler »

« Ma sœur n'a rien reçu des aides, il a tout gardé pour lui »

« On m'a dit que les guérés avaient reçu des dons, mais le nom de ma fille n'y était pas, elle n'a eu droit à rien »

Dans tous les cas, on note que les familles sont divisées sur la position des aides Ebola et du statut de sorti-guéri. Des conflits et désaccords intrafamiliaux émergent sur la position à adopter quant à la gestion du traumatisme collectif, des ressources et des individus eux-mêmes.

4.4. Identités Ebola et rapports de genre



Figure 21 : Sortis-guérés et rapports de genre

Femmes et hommes ont un accès différentiel aux aides et informations et les rapports de pouvoir sont largement en faveur des hommes – reflétant la situation plus générale de la société guinéenne. Pour tous les districts visités, on note des disparités avec les sortis-guérés femmes et les sortis-guérés mineurs qui ont un accès plus restreint aux ressources prévues pour eux car ces dernières transitent constamment par des tuteurs masculins (chefs de famille, chefs de groupement, chefs de village, proches, etc.). La distribution résulte également du statut des sortis-guérés et de leur capacité à acquérir et concentrer les ressources selon ce statut, ce qui dépend en partie de leur genre. Les femmes sont particulièrement tenues à l'écart des informations et des ressources, soit parce qu'elles sont sous la tutelle du chef de famille (« *Comme c'est lui le chef de famille, c'est lui qui décide et nous le soutenons toujours* »), soit parce qu'elles sont isolées et exclues du réseau de distribution des ressources.

Les femmes ont un accès limité aux ressources, ainsi qu'une capacité d'action réduite : les aides et projets passent le plus souvent par les chefs de familles et représentants de la communauté hommes et ce sont eux qui conditionnent l'accès aux ressources des femmes. Certaines sorties-guéries n'ont ainsi pas accès aux ressources prévues pour elles. Elles ont également un accès limité à l'information et ne sont pas

« *Mon oncle ne me considère même pas. S'il y a des aides ou non, je ne suis au courant de rien. [...] C'est lui qui détient mon certificat de guérison. [...] Comme je ne suis pas lettrée, ce qu'il*

impliquées dans les prises de décision concernant les sortis-guérés et les ressources. Elles présentent un manque d'information sur la maladie, les projets en cours et leur statut de sortie-guérie. Elles n'ont parfois pas accès à leur certificat qui est conservé par le chef de famille. De plus, elles sont souvent illettrées par rapport aux hommes car elles n'ont pas pu étudier et cela limite leurs moyens d'actions et d'information tout en renforçant les inégalités de distribution des ressources et inégalités de genre. Certaines développent des activités économiques parallèles (petit commerce) pour s'assurer une indépendance financière minime et souvent payer la scolarisation des enfants qui n'est pas assurée par les hommes. Les sorties-guéries sont particulièrement vulnérables car elles ne bénéficient pas toujours d'un réseau de solidarité auprès de leur communauté et doivent assumer les orphelins de leurs proches disparus.

me dit, je suis obligée d'accepter. Je ne bénéficie de rien. »

Sortie-guérie

« Il y a eu un projet pour les machines, mais le Crédit Rural a demandé de rembourser. Jusqu'à maintenant, ils nous poursuivent, ils m'ont même mise en prison, je ne sais pas pourquoi. Je n'ai pas étudié donc je ne comprends pas ce qui se passe »

Sortie-guérie

Les sortis-guérés mineurs sont également particulièrement vulnérables. Les ressources prévues pour eux transitent par leurs tuteurs, ce qui limite leur accès aux ressources et ne garantit pas une redistribution à leur profit. On note que de nombreux sortis-guérés mineurs sont absents de leurs lieux de résidence, soit parce qu'ils ont été envoyés chez des proches afin de pallier la perte d'un parent, soit parce qu'ils se sont déplacés dans les grandes villes pour poursuivre leurs études (du collège à l'université). Cela pose la question de leur accès aux ressources lorsque celles-ci sont délivrées à leur ancien lieu de résidence. Les parents des sortis-guérés s'investissent dans l'association et la gestion des ressources collectives au nom de leurs enfants. Cependant, on note parfois un décalage entre les discours affichés de certains parents et les dires de leurs enfants.

« Comme c'est ma première fille, je n'ai pas voulu l'abandonner et je suis allé au CTE avec elle. Quand elle est sortie, toutes les équipes ont payé ce dont elle avait besoin. Grâce au PNUD, on [le groupement] a eu trois machines. Comme c'est une enfant, c'est moi qui gère pour elle »

Père d'une sortie-guérie (16 ans)

« Je ne vis pas avec lui mais avec une sœur dans une autre maison. Mon père vit grâce à la machine, tout ça c'est grâce à moi. Le matelas que j'avais reçu est déchiré et la valise est gâtée. Tous les enfants à l'école ont des sacs mais moi je n'en ai pas »

Sortie-guérie, 16 ans

Enfin, les orphelins qui ont perdu un ou leurs deux parents lors de l'épidémie 2014-2016, désignés comme des « orphelins d'Ebola », sont également dans une situation économique et sanitaire très préoccupante.

La situation des orphelins issus de l'épidémie Ebola de 2014-2016 est particulièrement préoccupante avec des difficultés économiques et de scolarisation, une nutrition insuffisante, pas ou peu de surveillance de la part des proches. Cela résulte en une exposition importante aux risques et aux abus quels qu'ils soient, ce qui fait des orphelins d'Ebola une population très vulnérable. Les sortis-guérés rencontrés ont souvent la charge des orphelins laissés par leurs proches, et on compte entre cinq et neuf orphelins par familles de sortis-guérés pour les districts de Kabiéta, Saadou et Korokpara. Ce sont souvent les femmes qui prennent les orphelins en charge, les hommes les envoyant chez des parentes pour s'en occuper mais prenant en charge l'aspect économique. Certaines ressources prévues pour eux ne leur sont pas toujours attribuées car elles transitent par les chefs de famille ou tuteur/tutrice. De plus, on note une confusion sur le statut des orphelins sans aucun parent ou avec un parent vivant : de nombreuses personnes demandent une prise en charge des orphelins de père ou de mère qu'ils considèrent comme des orphelins au même titre que ceux qui ont perdu leurs deux parents. Les aides qui ont été attribuées à la fin de l'épidémie de 2014-2016 semblent avoir cessé depuis plusieurs années et les enfants orphelins d'Ebola se retrouvent dans des situations très difficiles. La prise en charge doit se faire de façon pérenne et non ponctuelle car les effets sociaux et économiques d'Ebola s'étendent sur le long terme.

« Moi-même j'ai sept orphelins : mes propres enfants et ceux de ma fille. [...] Certains sont chez ma sœur, je prends en charge les dépenses. »

Sorti-guéri, 7 orphelins

« Quand on sert le riz ici, c'est la guerre dans le plat. Il n'y a pas assez à manger pour tous les enfants »

Sortie-guérie, 9 orphelins

« On ne peut pas payer la scolarité des enfants, même trouver la nourriture c'est compliqué »

Sortis-guérés, 9 orphelins

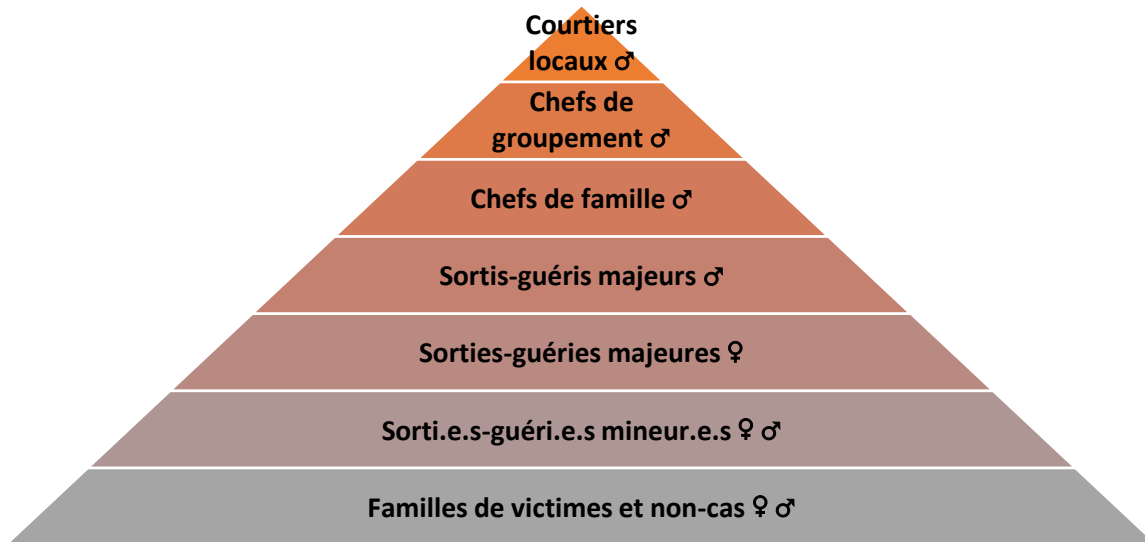


Figure 21: Dynamiques de pouvoir et hiérarchie entre les bénéficiaires d'aide Ebola

5. Disparités dans la distribution des ressources et aides

Les ressources allouées aux sortis-guérés ne semblent pas être redistribuées à tous les bénéficiaires. On note notamment des disparités :

Au sein des familles	Les différents sortis-guérés d'une même famille n'ont pas accès aux mêmes ressources, et tout particulièrement ceux et celles qui vivent dans un autre foyer que celui du chef désigné des sortis-guérés.
Entre les familles d'un même village	Les différentes familles de sortis-guérés ne reçoivent pas toujours les mêmes aides au sein d'un même village, notamment si le statut des sortis-guérés diffère (homme/femme, mineur/majeur). Les ressources collectives semblent souvent transiter par le chef du groupement, ce qui peut limiter la redistribution aux autres-sortis guérés, et d'autant plus s'ils sont de différentes familles et qu'il existe des tensions entre eux.
Entre les différents villages	Certains villages ont accès à des ressources collectives et individuelles importantes (matériel et machines agricoles, aides financières, projet de développement spécifiques, forages) alors que d'autres semblent privés de ces ressources. La logique de distribution entre les différentes localités n'apparaît pas clairement et cela renforce le sentiment d'injustice entre les sortis-guérés qui font pourtant partie de la même association au niveau national et ont le même statut.
Entre les sortis-guérés selon leur statut	Comme vu précédemment, les sortis-guérés accèdent plus ou moins aux ressources selon leur statut et leur place dans la hiérarchie : leur accès au pouvoir, leur genre, leur âge, leur situation familiale (orphelins notamment).

Tableau 5: Synthèse des ressources allouées et distribuées entre les sortis-guérés

La distribution des ressources est plus ou moins inégalitaire selon le mode de distribution aux sortis-guérés :



Figure 22: Distribution des ressources aux sortis-guérés du plus égalitaire au moins égalitaire

Les aides individualisées comme les dons alimentaires du PAM ou le suivi médical PostEbogui parviennent à tous les sortis-guérés car la distribution est individuelle et nominative (carte de dons alimentaires au nom de la personne et obligation de signature).

Les aides collectives au niveau du district – à l'échelle des familles ou groupements de sortis-guérés dans un même village – parviennent plus ou moins aux sortis guérés concernés : les ressources transitent par les chefs désignés des groupements ou des familles et ils ne redistribuent pas toujours aux autres. Ces ressources ne sont également pas toujours distribuées équitablement à tous les groupements ou villages de la zone. Cela concerne notamment des aides financières, matériel agricole (brouettes, pelles, bidons de pesticides), matières premières (noix de palmes, huile, etc.).

Les aides collectives au niveau national ou régional ne parviennent qu'à un nombre très réduit de sortis-guérés et sont les plus inégalement distribuées. Seuls les « courtiers locaux » concentrent ces ressources et ils ne les partagent pas ni avec les autres villages ni avec les autres sortis-guérés de la zone. Cela concerne notamment les machines et le matériel agricole (décortiqueuse, concasseuse, presse, etc.).

Cette distribution inégale des ressources, associées à des détournements fréquents, nourrit d'importants conflits et tensions entre les sortis-guérés, particulièrement quant à la gestion des ressources collectives (machines agricoles notamment) et la distribution des aides financières. L'accès à l'information concernant les ressources est très inégalitaire, et on note beaucoup d'incertitudes et un

« On ne sait rien, on ne nous dit rien »

« Ils ont parlé de vente de machines et d'argent à distribuer mais jusqu'à maintenant, on n'a plus entendu parler »

manque de communication au niveau des sortis-guérés.

On note également une confusion sur l'origine des aides et le nom des institutions et partenaires. Si de nombreux guérés citent le PAM pour l'aide alimentaire, l'Unicef pour l'aide à l'enfance et le PNUD pour les aides en matériel agricole et projet, ils ne sont pas capables d'identifier les autres partenaires à l'origine des dons ponctuels (draps de lits, matelas, valises, dons financiers, petit matériel agricole, etc.).

« Il y a eu un projet avec Renascedd 5 et il ne nous a pas informé »

« On sait qu'il y a eu des pelles et des brouettes mais ici, on a rien eu »

« Ils ont installé la machine mais jusqu'ici, même un bol de riz, on n'a pas eu »

Tout cela nourrit un sentiment d'injustice dans la distribution inégale des aides et alimente les conflits et tensions entre les sortis-guérés eux-mêmes, de même qu'entre eux et leur communauté (« *c'est l'argent d'Ebola* »).

Tableau 6: Données des sortis-guérés rencontrés dans la région de Nzérékoré

Localité	Nombre de guérés	Dont rencontrés	Ratio hommes femmes	Nombre orphelins signalés	Ressources collectives (machines agricoles)	Part des ressources collectives
Kabiéta	5	3	40% (2 σ /3 φ)	9	4	44,5%
Saadou	5	4	40% (2 σ /3 φ)	9	0	0%
Korokpara	4	2 + 1 non-cas	50% (2 σ /2 φ)	12	4	44,5%
Makponzou	1	1	0% (1 φ)	0	0	0%
Koulé	1	0	100% (1 σ)	/	1	11%
TOTAL	15	10	/	30	9	100%

6. Sortis-guérés : résurgence et réévaluation du risque épidémique humain

La nouvelle épidémie n'a pas impacté de manière négative les sortis-guérés de l'épidémie précédente. En effet, ils ne sont plus considérés comme des risques épidémiques par les populations locales depuis leur réintégration dans les communautés, et la résurgence ne vient pas remettre en cause cet équilibre. Cependant, il est important de noter que l'origine humaine de l'épidémie, et donc leur lien potentiel avec la résurgence, n'est pas connue ni des communautés, ni d'eux-mêmes. Néanmoins, si les guérés ne sont plus considérés comme des risques épidémiques par les communautés, ils le sont à nouveau par les virologues et chercheurs Ebola depuis la découverte de l'origine humaine de l'épidémie actuelle. Malgré cela, on ne note aucun changement de comportement de ces acteurs par rapport à eux, et notamment des acteurs de la Réponse. En effet, les sortis-guérés n'ont pas été contactés depuis la fin de PostEbogui (2019) et ils n'ont pas été mobilisés d'aucune façon que ce soit durant la résurgence. Ils sont ignorés par les acteurs de la Réponse et acteurs de la recherche, que ce soit dans leurs interrogations sur la durée de leur immunité et la vaccination, ou dans les actions contre l'épidémie actuelle.

CONCLUSION

L'ethnographie a permis de poser un regard distancié sur l'épidémie et de fournir des données majeures à la Cellule d'analyse tout en menant des analyses intégrées, par exemple pour les chaînes de transmission. L'étude des conditions de la résurgence de la maladie réalisée au sein de la famille du cas index probable a montré que la compréhension des logiques de la contamination nécessitait, au-delà de l'analyse des relations dans l'espace domestique, de penser les liens d'affection et de soins (*care*). Ces liens d'affection plutôt que de filiation ne sont pas nécessairement l'apanage des parents biologiques et, dans tous les cas, ils peuvent dépasser les frontières de l'espace domestique. La comparaison des épisodes d'infection dans les différentes structures de santé montre une extrême variabilité dans le respect de la PCI : suivie au CSA de Gouécké – sans doute en raison de l'investissement de son directeur sur cette question –, elle semble moins respectée à l'hôpital régional de Nzérékoré ou dans les cliniques privées de la ville. L'observation de pratiques relatives à la prévention des infections et maladies (port de gants, usage d'eau chlorée, distanciation), de la part de certains professionnels de santé comme des populations de manière spontanée, souligne le besoin autant que l'intérêt de renforcer les actions positives mises en pratique pour éviter la transmission d'Ebola. Ces savoirs-pratiques devraient être davantage reconnus publiquement afin de mettre en avant le nouveau visage de la maladie à virus Ebola et les possibilités de cohabiter avec elle.

L'analyse, d'abord centrée sur la famille du cas index, s'est étendue à l'échelle de la ville de Gouécké et ses environs pour mesurer l'impact de la maladie sur l'accès aux soins dans le système de santé et auprès des acteurs informels de la santé. Nous avons été particulièrement attentifs au fait que le cas index était-elle même un agent de santé reconnue et porte d'entrée pour de nombreux individus accédant aux soins à Gouécké. L'hypothèse de départ selon laquelle la MVE impacte négativement l'accès aux soins a été confirmée, tandis que d'autres observations ont été faites. Ainsi, la pluralité de l'offre de soins dans la région (publique, privée, etc.) a permis aux populations de maintenir un accès aux soins en déplaçant leurs itinéraires thérapeutiques ou en changeant temporairement de prestataires de soin. Dans ce processus, le choix relève d'une triangulation entre la distance par rapport à l'épicentre de l'épidémie, la confiance envers l'acteur du soin et la capacité financière à rémunérer l'acte médical.

D'autre part, nous avons constaté, d'abord à partir des interactions observées au sein de la famille du cas index puis plus largement via le suivi des contacts, la nécessité de poser un

regard plus attentif aux activités des relais communautaires (sensibilisation et suivi de contacts). Il s'agit souvent de personnes bien connues, dont certaines étaient engagées dans leur communauté avant la déclaration de l'épidémie. Lors de la mise en place du dispositif de Réponse, les mêmes individus sont mobilisés avec peu de moyens et mis en compétition avec des acteurs recrutés hors de la zone pour l'occasion, ce qui crée des tensions et des frustrations. Cela est d'autant plus vrai que les acteurs communautaires locaux interviennent au quotidien dans leur zone pour favoriser un changement de comportement de la population dans les soins. Ils connaissent intimement leur village et ses habitants et jouissent d'une confiance importante qui pourrait être utilement mise à profit par le dispositif de Réponse.

Enfin, les situations décrites pour les personnes sortis-guérés témoignent d'une pluralité d'expériences comme de l'urgence d'agir à plusieurs niveaux :

- Économique, notamment pour répondre aux besoins des orphelins et des femmes en situation de détresse depuis la fin des programmes de soutien aux personnes guéries (2019) ;
- Santé publique, pour ce qui est des études sur la persistance du virus chez les anciens malades et l'action des anticorps ;
- Social, pour accompagner les personnes guéries à faire de leur statut le siège d'une nouvelle identité relevant de la bio-citoyenneté (Rose & Novas 2005). A partir de leur condition biosociale commune, ils pourraient en effet se constituer en groupe militant pour la reconnaissance de leur situation et accéder ainsi à des capitaux sociaux et économiques.

BIBLIOGRAPHIE

Harman, Sophie, 2016, "Ebola, gender and conspicuously invisible women in global health governance", *Third World Quarterly*, 37:3, 524-541, DOI: 10.1080/01436597.2015.1108827.

Olivier de Sardan, Jean-Pierre et Thomas Bierschenk, 1993, « Les courtiers locaux du développement », *Bulletin de l'APAD*, n°5, mis en ligne le 04 juin 2008, consulté le 15 Mai 2021. URL : <http://journals.openedition.org/apad/3233> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/apad.3233>

Rose, Nikolas et Carlos Novas, 2005, « Biological citizenship », *In* Aihwa Ong & Stephen J. Collier (eds) *Global Assemblages. Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, Oxford, Blackwell Publishing, pp. 439-463.

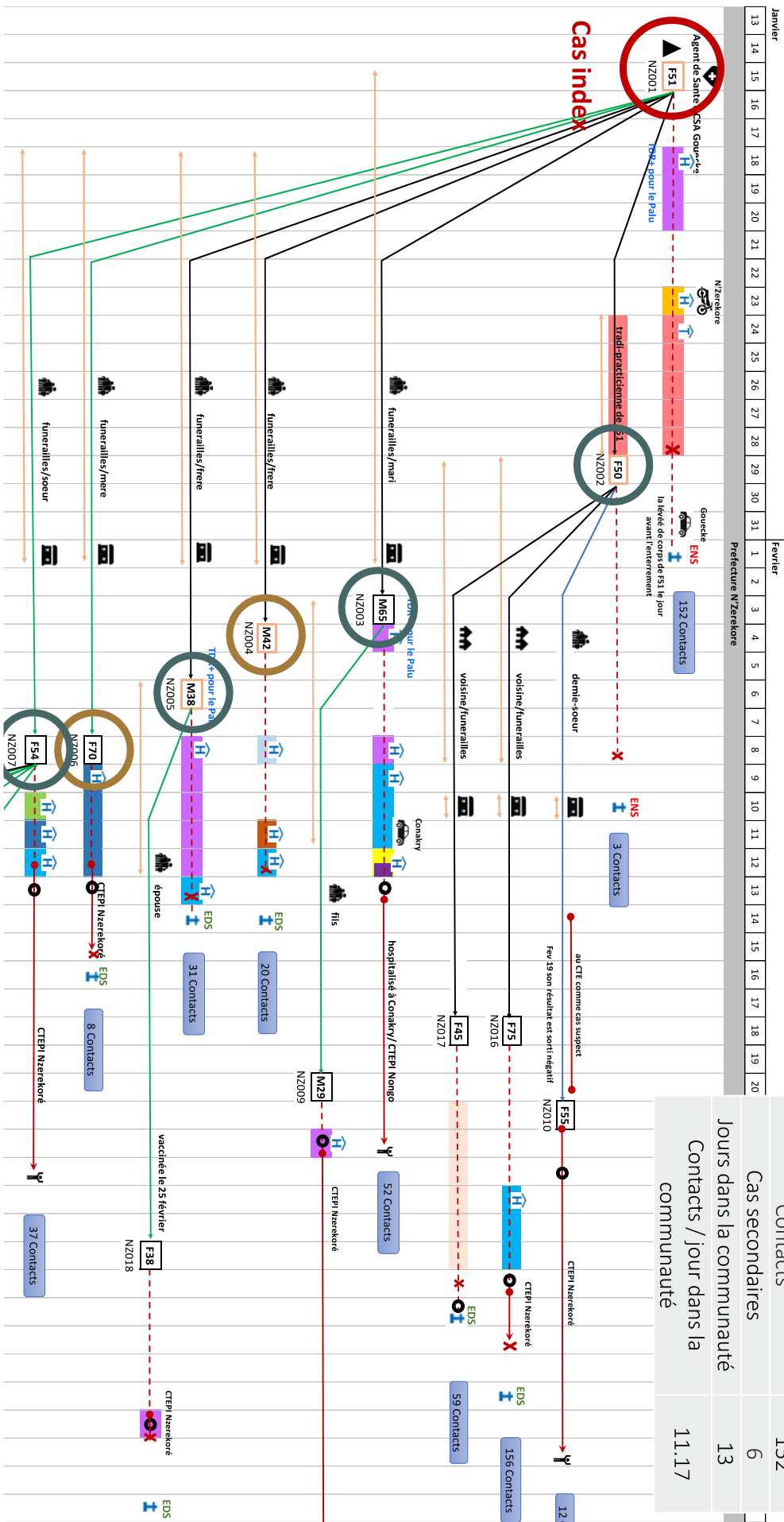
ANNEXES

Figure 23 : Annexe 1: Chaîne de transmission

Figure 24: Annexe 2 : Schéma de parenté cas index

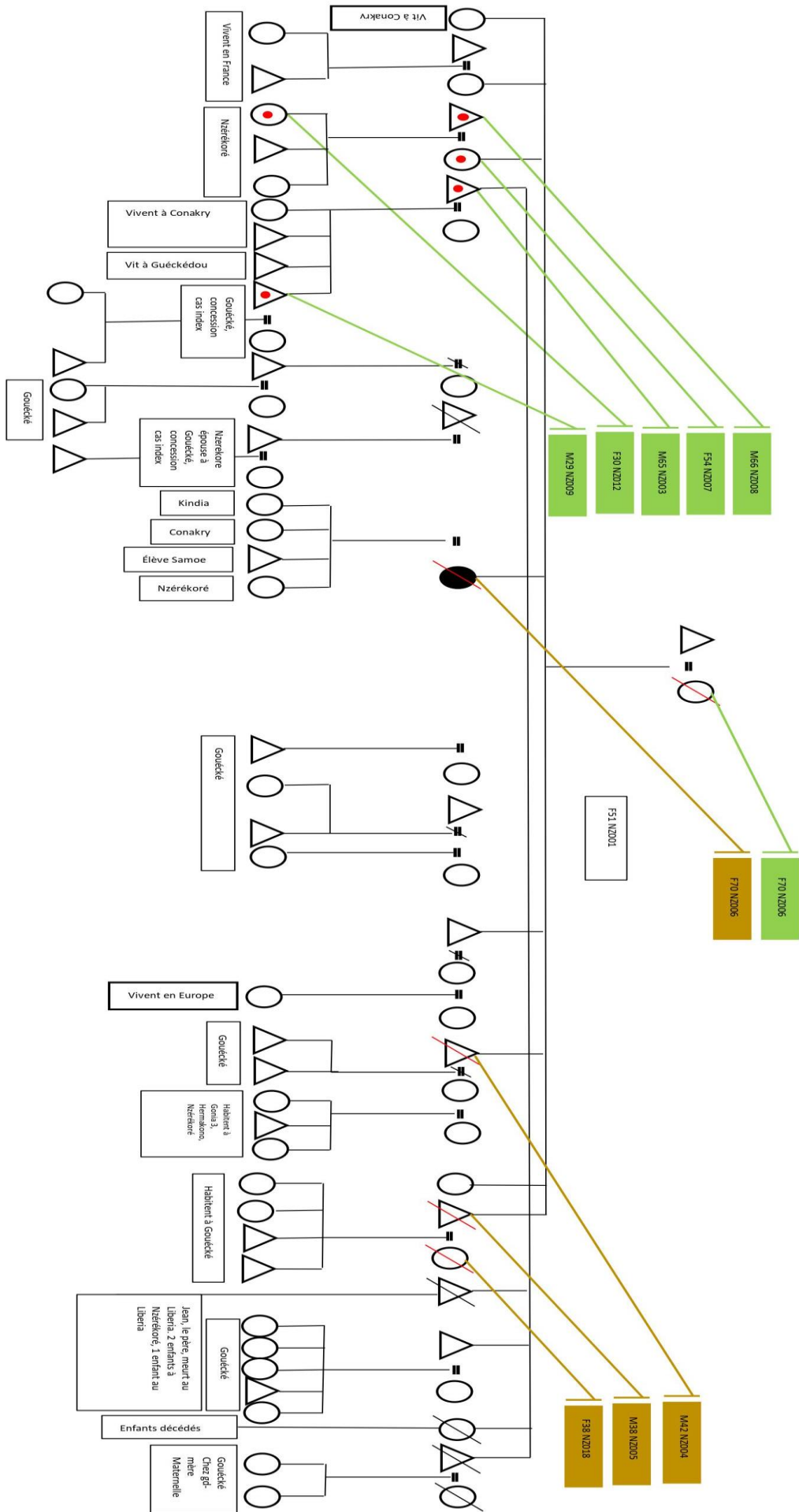
Figure 25: Annexe 3 : Schéma de parenté combinée avec identifications des chaînes de transmission

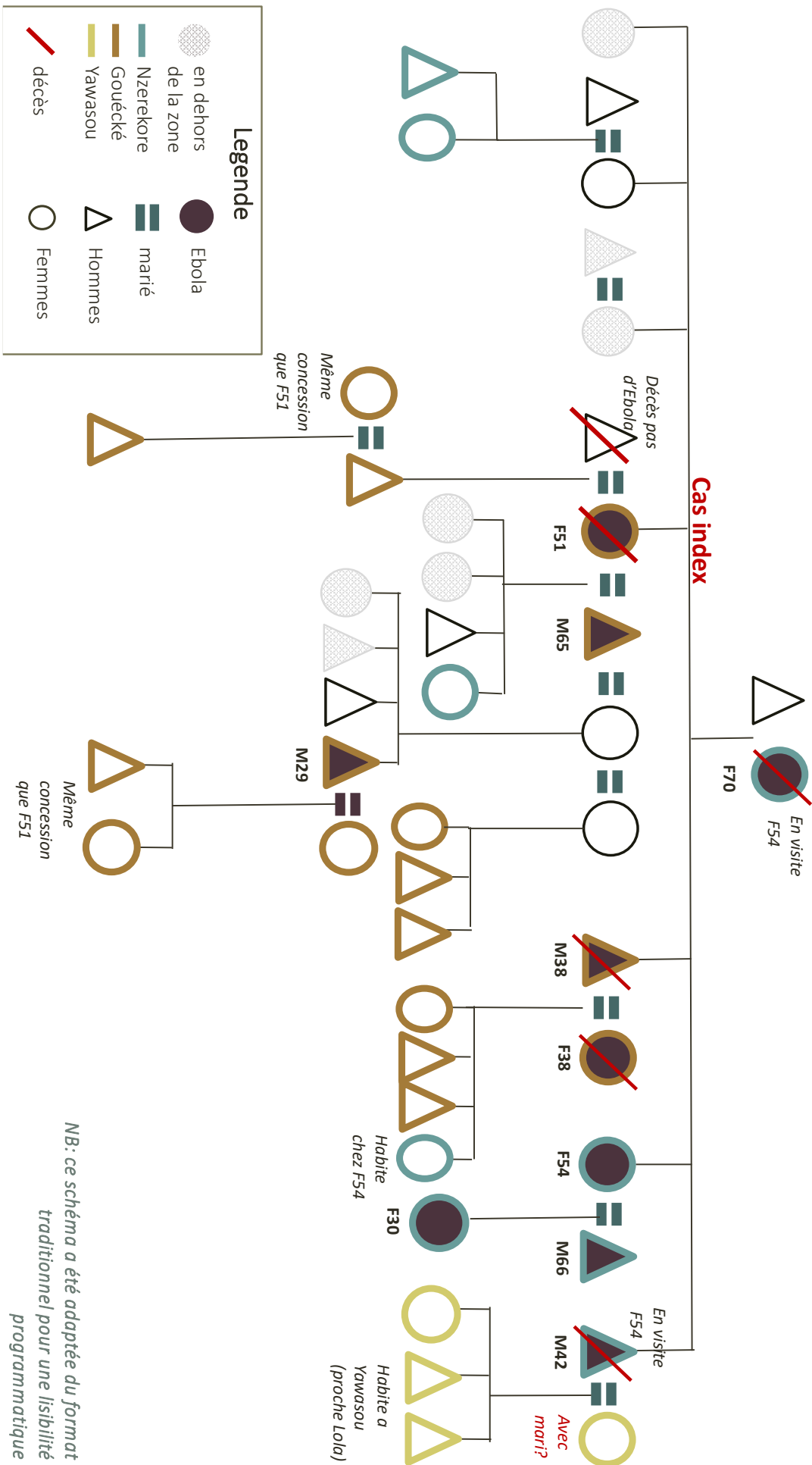
CAS INDEX ET PREMIER GROUPE DES CAS



Janvier	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Fevrier	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
---------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Catégorie	Nombre
Cas Index	1
Contacts	152
Cas secondaires	6
Jours dans la communauté	13
Contacts / Jour dans la communauté	11.17





NB: ce schéma a été adapté du format traditionnel pour une lisibilité programmatique

