

Réponse à l'Épidémie d'Ebola en Guinée: Enjeux organisationnels de Santé publique et Pistes de solution

Author:Thierno Baldé¹**Affiliation:**¹Independent Researcher, Canada**Correspondence to:**

Thierno Baldé

Email:

docteurbig@yahoo.fr

Postal address:

10011, Pie IX, Unite 312, Montreal, H1H 0A8, Quebec, Canada

Dates:

Received: 19 Feb. 2015

Accepted: 28 Aug. 2015

Published: 12 Oct. 2015

How to cite this article:

Baldé, T., 2015, 'Réponse à l'Épidémie d'Ebola en Guinée: Enjeux organisationnels de Santé publique et Pistes de solution', *African Evaluation Journal* 3(2), Art. #114, 8 pages. <http://dx.doi.org/10.4102/aej.v3i2.114>

Copyright:

© 2014. The Authors.

Licensee: AOSIS

OpenJournals. This work is licensed under the Creative Commons Attribution License.

De par son ampleur et sa dynamique évolutive, l'épidémie d'Ebola qui affecte actuellement certains pays d'Afrique de l'Ouest constitue l'un des problèmes de santé publique les plus graves des dernières décennies. Conceptualisé comme une étude de cas à deux niveaux d'analyse, cet article a pour objectif d'analyser la réponse à l'épidémie d'Ebola en Guinée afin de faire ressortir ultimement les enjeux organisationnels de santé publique associés à cette réponse et de proposer quelques pistes de solution permettant d'améliorer l'efficacité de cette réponse. Cet article s'appuie sur une analyse documentaire, une observation et une immersion participantes de trois mois effectuées en Guinée entre juin et août 2014. En mettant à contribution certains éléments de la théorie de l'action sociale de Parsons, la réalisation de cette étude a permis de faire ressortir l'existence de 4 systèmes d'action sociale dans l'organisation et la gestion de la réponse à l'épidémie d'Ebola en Guinée. Il s'agit de l'OMS, MSF, la Croix Rouge et le Ministère de la Santé. Chacun de ces systèmes d'action sociale dispose de caractéristiques et spécificités bien particulières et ils interagissent de façon dynamique à plusieurs niveaux du système de santé de la Guinée. Au terme de l'analyse des interventions menées par ces 4 systèmes d'action sociale et nous appuyant sur les assises conceptuelles de la théorie de la complexité, nous suggérons quelques pistes de réflexion et d'action pour améliorer la qualité de la réponse à l'épidémie d'Ebola en Guinée afin de favoriser ultimement sa contention et sa non propagation dans d'autres pays et dans d'autres continents.

Response to the Ebola epidemics in Guinea: Public Health Organisational issues and possible solutions.

Because of its magnitude and changing dynamics, the Ebola epidemics currently affecting some West African countries constitutes one of the most serious public health problems in recent decades. Conceptualised as a case study with two levels of analysis, this article aims at analysing the response to the Ebola epidemics in Guinea in order to ultimately highlight the public health organisational issues related to this response and to propose some possible solutions to improve the efficiency of this response. This article is based on documentary analysis, observation and a three month participating immersion conducted in Guinea from June 2014 to August 2014. Using certain elements of Parsons' social action theory, this study has shown the existence of 4 systems of social intervention in the organisation and management of the response to the Ebola epidemics in Guinea. They are the WHO, MSF, the Red Cross and the Ministry of Health. Each of these systems of social intervention has specific characteristics and specificities and interacts actively at several levels of the health system of Guinea. Having completed the analysis of the interventions undertaken by these 4 systems of social action, and using the conceptual basis of the complexity theory, we propose some avenues for reflection and action for improving the quality of the response to the Ebola epidemics in Guinea, in order to finally restrain and stop its propagation in other African countries and other continents.

Introduction

L'épidémie due à la maladie à virus Ébola (MVE) qui affecte actuellement certains pays d'Afrique de l'Ouest constitue l'un des problèmes de santé publique les plus graves et les plus sérieux des dernières décennies.

Apparue vers la fin du mois de décembre 2013 dans la région Sud de la République de Guinée, l'épidémie s'est propagée, en quelques mois, dans le reste du pays ainsi que dans certains pays voisins. À la date du 29 août 2014, soit 9 mois après l'apparition des premiers cas, l'Organisation Mondiale de la Santé dénombrait plus de 3052 cas dont 1546 décès dans les 3 pays les plus fortement affectés par l'épidémie qui sont la Guinée, la Sierra Leone et le Libéria (OMS 2014).

Read online:

Scan this QR code with your smart phone or mobile device to read online.

Au regard de ses caractéristiques et de sa dynamique évolutive, cette épidémie présente bien des particularités. En effet, si les épidémies précédentes de MVE étaient essentiellement localisées dans les régions rurales et peu peuplées de certains pays d'Afrique centrale, celle-ci affecte autant les régions rurales que les régions urbaines. Avec le mouvement des populations dans les zones transfrontalières de la Guinée, l'épidémie s'est propagée dans plusieurs autres régions de la Sierra Leone et du Libéria, incluant leurs capitales respectives Monrovia et Freetown.

Face à cette situation, et compte tenu du nombre relativement limité de publications portant sur l'analyse des réponses aux épidémies de cette envergure, il nous semble opportun d'initier une réflexion plus approfondie sur son organisation et sa gestion. En effet, une consultation des principales bases documentaires utilisées pour la recherche en santé publique (BDSP, Medline, PubMed, EMBASE) indique que les articles et autres documents techniques publiés sur les fièvres hémorragiques et plus particulièrement sur la MVE sont principalement de nature épidémiologique et biomédicale. Ces publications visent généralement à expliquer les caractéristiques génétiques des virus étudiés ou encore les différents aspects de prise en charge clinique et paraclinique des cas dans les institutions de santé (Bah *et al.* 2014; Borchert *et al.* 2011; Feldmann & Geisbert 2011; MacNeil *et al.* 2010). Très peu d'études portent sur l'analyse des dynamiques et interactions organisationnelles qui se produisent tout au long de l'initiation et de la mise en œuvre des réponses aux épidémies de maladie à virus Ébola.

Avec ce constat, nous allons nous appuyer sur notre expérience et notre implication dans la gestion de la réponse à l'épidémie de la MVE en Guinée pour adresser cette absence de référence documentaire.

En effet, compte tenu des limites et des faiblesses des systèmes de santé de nombreux pays d'Afrique Subsaharienne et des Caraïbes, ce sont généralement les organisations internationales qui assurent la gestion des urgences humanitaires de santé lorsqu'elles surviennent. La forte implication des organisations internationales lors des crises humanitaires survenues en Haïti, en République Démocratique du Congo et plus récemment dans les pays affectés par l'épidémie de la Maladie à Virus Ébola illustrent ce propos. D'origine et de nature différentes, ces organisations internationales de santé ont également des cultures et des modes d'interventions différents et variables.

Le principal objectif de cet article consiste donc à faire ressortir les enjeux de santé publique associés aux interactions et dynamiques organisationnelles qui se sont produites lors l'initiation, et la mise en œuvre de la réponse à l'épidémie d'Ébola en Guinée. A la suite de cette analyse, nous proposerons quelques pistes de réflexion et d'action pour améliorer cette réponse.

Méthodologie

À l'instar de la plupart des recherches portant sur l'analyse des enjeux d'organisation des systèmes de santé, la stratégie de recherche adoptée pour la réalisation de cet article est une étude de cas unique. La planification et la réalisation d'une étude de cas unique sont indiquées lorsqu'on s'intéresse à comprendre un phénomène unique et complexe ayant des composantes interconnectées et s'auto-influençant de façon dynamique, non linéaire et multidirectionnelle (Anderson *et al.* 2005; Yin 2003). Les études de cas peuvent être analysées à un seul niveau, ou à plusieurs niveaux, selon le contexte et la nature des objectifs de recherche visés (Contandriopoulos *et al.* 2005). Chacune de ces deux stratégies de recherche peut avoir des implications en termes de validité interne et externe.

Compte tenu de l'ampleur de l'épidémie, du nombre important d'organisations nationales et internationales impliquées dans sa gestion ainsi que des nombreuses conséquences sanitaires et extra-sanitaire, nous allons considérer la réponse mise en place pour lutter contre l'épidémie comme étant le cas à l'étude. Ce cas d'étude est analysé à deux niveaux d'abstraction. Un premier niveau qui porte sur l'analyse spécifique et individuelle des organisations impliquées dans la réponse et un second niveau qui prend en considération l'analyse des interactions entre ces organisations individuelles à un niveau plus systémique, celui du système de santé. Cette démarche d'analyse de cas avec deux niveaux d'abstraction imbriqués offre la possibilité d'avoir une compréhension d'abord individuelle au niveau organisationnel, puis systémique et holistique au niveau du système de santé.

Les données utilisées pour la réalisation de cette étude ont été collectées lors d'une immersion et d'une observation participantes de trois mois en Guinée (de juin à août 2014). Au cours de cette période, l'auteur a assisté à plusieurs rencontres techniques de coordination réalisées aux différents niveaux organisationnels de la pyramide sanitaire du pays. Ces rencontres techniques formelles et informelles se tenaient soit au niveau central, notamment lors des rencontres quotidiennes de coordination du comité national de crise regroupant tous les acteurs impliqués dans la lutte contre l'épidémie, soit lors des visites techniques effectuées sur le terrain autant au niveau régional, préfectoral que communautaire.

Une autre source importante de données utilisée pour cet article provient de l'analyse des rapports de situation sur l'épidémie produits par l'OMS sur une base quotidienne. Ces rapports donnent des informations épidémiologiques et organisationnelles relatives à l'évolution de l'épidémie ainsi que les principales actions initiées en guise de réponse.

Pour donner du sens à ces données, nous allons utiliser certains éléments de théorie de l'action sociale de Parsons pour faire ressortir les caractéristiques et enjeux

organisationnels associés à la mise en œuvre de la réponse à l'épidémie de MVE en Guinée. Cette approche théorique, sociologique, systémique et holistique suggère d'analyser toute action sociale (conduite humaine ou organisationnelle) à partir de 4 fonctions principales (Alexander 1983; Rocher 1969; 1972; Sicotte *et al.* 1998). Une fonction rationnelle au sein de laquelle on retrouve les buts formels et informels du système d'action sociale, ainsi que les buts des différents acteurs qui interagissent au sein du système d'action. Une fonction d'adaptation à l'environnement à partir de laquelle le système d'action interagit avec son environnement, en acquérant des ressources mais aussi en s'ajustant aux défis et problèmes internes et externes. Une fonction de production au sein de laquelle, différents mécanismes d'intégration et de différenciation sont initiés pour transformer les ressources environnementales en produits ou en biens et services. Finalement, une fonction de stabilité normative qui regroupe d'une part les différents éléments reliés aux normes et valeurs véhiculées au sein du système d'action et, d'autre part, les différents éléments qui sont en lien avec le climat organisationnel de travail. Ces fonctions entretiennent en outre des relations réciproques et dynamiques entre elles à travers six systèmes d'alignement (Sicotte *et al.* 1998).

L'analyse des organisations impliquées dans cette réponse comme les systèmes d'action sociale (SAS) offre, à notre sens, une perspective d'analyse riche et robuste qui permettra de faire ressortir avec plus de finesse et de clarté, les différents enjeux associés à cette réponse et de suggérer in fine, des propositions permettant de l'améliorer.

Résultats

En décembre 2013, des cas de fièvre d'origine « inconnue » ont été rapportés par certaines autorités préfectorales de la santé. Ces informations furent relayées par de nombreux organes de presse en ligne guinéens. Cependant, ce n'est qu'en mars 2014, après le décès de plusieurs personnes dans la préfecture de Macenta, dont le responsable des services de santé de la préfecture, que des investigations plus poussées furent effectuées pour déterminer la maladie à l'origine de cette fièvre.

Après la déclaration officielle de l'épidémie, les structures du Ministère de la Santé de la Guinée, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'organisation médicale Médecins Sans Frontières (MSF) ont été les premières organisations à intervenir sur le terrain. Elles ont été par la suite suivies par la Croix Rouge, le Center of Disease Control d'Atlanta, l'UNICEF ainsi que d'autres organisations non gouvernementales nationales et internationales.

Toutefois, en tenant compte des capacités opérationnelles et du degré d'intervention, on peut considérer que les principales organisations impliquées de façon majeure dans la réponse à l'épidémie pendant la période couverte par cette recherche ont été: l'OMS, MSF, la Croix Rouge et les structures du Ministère de la Santé de la Guinée. Ces

principales organisations interviennent dans les différents axes autour desquels la réponse à l'épidémie s'est organisée en Guinée. Au nombre de cinq, ces axes d'intervention sont¹:

l'engagement et la mobilisation sociale qui visent à l'accroissement des connaissances des communautés vis-à-vis de la maladie ainsi qu'à l'adoption de comportements sains permettant de l'éviter.

la surveillance épidémiologique ainsi que le suivi des cas contacts définis comme étant les personnes ayant eu un contact physique direct avec une personne malade et confirmée positive pour la MVE ou une personne fortement suspecte mais non confirmée positive.

la gestion sécurisée des enterrements des cas probables, confirmés ou à risque.

la prise en charge clinique et paraclinique des personnes affectées dans les institutions de santé.

et la coordination globale de la réponse.

En tenant compte de ces axes et en nous appuyant sur le cadre théorique proposé, nous allons présenter les caractéristiques de ces différentes organisations tout en essayant de faire ressortir leurs particularités en tant que systèmes d'action sociale.

L'OMS : Système d'action sociale à forte légitimité technique avec des capacités opérationnelles et d'intervention limitées.

Entité chargée de l'élaboration et de la mise en application du règlement sanitaire international (RSI), l'OMS intervient principalement dans les axes liés à la coordination globale de la réponse à l'épidémie, la surveillance épidémiologique et le suivi des contacts. À travers son partenariat avec les laboratoires de certains pays de l'Union Européenne, l'OMS intervient également dans la réalisation des diagnostics paracliniques des cas suspects et confirmés d'Ébola.

L'analyse des actions et des interventions de l'OMS dans la réponse sous le prisme de la théorie de l'action sociale de Parsons nous autorise à considérer l'organisation comme un SAS qui dispose d'une forte légitimité technique en matière de santé publique. En effet, depuis sa création en 1948, l'OMS a eu à gérer et parfois même à éradiquer de nombreuses problématiques de santé publique ayant un fort potentiel épidémique et endémique (Gentilini & Duflo 1993). De par sa légitimité et son expertise technique acquise pendant les dernières décennies, elle a aussi réussi à nouer des interactions et des partenariats forts autant dans les pays développés que dans les pays en développement. Dans les pays développés, l'OMS entretient de nombreux partenariats avec les agences et les laboratoires de santé publique européens, américains

1. Durant la période couverte par cette recherche, les axes portant sur les activités de recherche clinique pour un traitement ou un vaccin spécifique contre le virus étaient à leur phase initiale. De plus, ces activités étaient davantage menées à un niveau plus global et non en Guinée.

et canadiens. Tandis que, dans les pays en développement, où son influence est beaucoup plus grande, l'OMS est restée pendant plusieurs décennies comme le principal partenaire de support technique des autorités sanitaires nationales.

Par contre, comme le mentionnent certains auteurs, l'OMS peut montrer des limites lorsqu'il s'agit d'intervenir directement dans la mise en œuvre opérationnelle d'interventions de santé publique d'une certaine envergure (Buse & Gwin 1998; Godlee 1994; 1995a; 1995b). Le rôle et l'implication de l'OMS dans la gestion de la réponse à l'épidémie d'Ébola en Guinée en constituent une illustration. En effet, en plus d'assurer la coordination globale de la réponse à l'épidémie d'Ébola en Guinée, l'OMS a également pris la responsabilité d'appuyer opérationnellement les structures du ministère de la santé pour les activités de suivi des contacts et de gestion des données épidémiologiques. Pour ce faire, elle s'est appuyée sur son personnel présent en Guinée ainsi que sur un nombre important de consultants venus du bureau régional Afrique ainsi que de certains pays antérieurement affectés par l'épidémie d'Ébola. Toutefois, la faible coordination des activités de ces consultants, associée à la méfiance et à la faible collaboration des communautés expliquent en grande partie les difficultés d'identification et de suivi des cas contacts ayant pour conséquence la non-maîtrise de l'épidémie dans un espace géographique délimité.

Par ailleurs, les implications floues et souvent peu coordonnées de plusieurs entités structurelles du SAS associé à l'OMS (représentations nationales, sous-régionales, régionales et siège) ont également concouru à limiter son efficacité opérationnelle. En effet, au tout début de l'épidémie, la réponse était essentiellement coordonnée par la représentation nationale de l'OMS en Guinée. Cette dernière abritait et gérait le comité national de crise sanitaire mis en place par l'état guinéen qui incluait le Ministère de la Santé de la Guinée ainsi que d'autres organisations internationales. Mais au fil des semaines, d'autres entités se sont rajoutées, voire substituées à la première structure de coordination de l'OMS. Au mois de juin 2014 un coordinateur national fut nommé par la direction régionale Afrique de l'OMS pour assurer la gestion de la réponse à l'épidémie. Quelques semaines plus tard, une unité spéciale gérée par un envoyé spécial du directeur régional de l'OMS Afrique et de la directrice générale de l'OMS, sans lien clair avec la première structure de coordination, fut également mise en place pour assurer la gestion de l'épidémie. Quelques semaines plus tard, suite à la première réunion spéciale des ministres de la santé de l'Afrique de l'Ouest sur Ébola, une autre structure en charge de la gestion sous-régionale de l'épidémie fut également mise en place.

La nomination et la succession de toutes ces structures travaillant au même endroit, utilisant les mêmes ressources et avec des mandats, des rôles et responsabilités non clairement définis ont finalement alourdi et affecté les mécanismes de prise de décision de l'OMS ainsi que l'efficacité de ses interventions sur le terrain.

MSF : Système d'action sociale à la culture organisationnelle « revendicatrice » et ayant une productivité de soins et de services importante

L'organisation médicale française « Médecins Sans frontières » constitue un autre acteur organisationnel majeur impliqué dans la réponse à l'épidémie de fièvre hémorragique Ébola en Guinée. Elle intervient principalement sur l'axe de la réponse qui porte sur la prise en charge clinique et paraclinique des cas suspects et confirmés d'Ébola. En plus d'assurer la gestion clinique des cas d'Ébola, MSF intervient aussi plus marginalement dans le suivi des contacts ainsi que dans les activités de mobilisation sociale et de sensibilisation des communautés.

Analysé avec le cadre théorique de Parsons, on peut considérer MSF comme étant un autre SAS caractérisé particulièrement par une grande fonction de productivité avec une capacité et une expertise avérées en matière de prise en charge clinique. En effet, jusqu'en septembre 2014, MSF était la seule organisation médicale qui assurait la prise en charge clinique des cas suspects et confirmés d'Ébola dans le pays. Elle gérait au total trois centres de traitement d'Ébola ainsi que plusieurs autres centres de transit permettant d'isoler les patients et d'assurer leur prise en charge initiale avant que ces derniers ne soient transférés dans les centres de traitement.

Cependant, le SAS de MSF est également caractérisé par une culture organisationnelle particulière que l'on peut qualifier de « revendicatrice » et « militante ». Cette ONG médicale fut d'ailleurs créée dans les années 70 par un groupe de jeunes médecins français qui s'insurgeait contre l'absence de prise en charge médicale de certains protagonistes de la guerre du Biafra au Nigéria. Cette culture militante et de revendication est restée ancrée au sein de l'organisation entraînant parfois des difficultés relationnelles avec d'autres organisations qui interviennent dans la gestion des urgences de santé.

Au cours de la réponse à cette épidémie en Guinée, de nombreuses crises relationnelles et institutionnelles se sont produites entre MSF et les autorités sanitaires de la Guinée. Ces crises étaient liées à la façon de procéder au décompte du nombre total de personnes touchées par la maladie. MSF et la plupart des autres organisations internationales estimaient que ce décompte devait inclure autant les cas probables que les cas suspects et les cas confirmés d'Ébola. Alors que les autorités guinéennes, probablement dans le but de réduire le nombre total de cas, ne voulaient pas inclure les cas probables dans le décompte total, estimant que le lien entre les cas probables et les cas confirmés n'avaient pas été établi de façon satisfaisante.

Également, les déclarations faites par le responsable des opérations internationales de MSF sur le caractère « non contrôlé » de l'épidémie fut un autre élément qui a détérioré les relations entre MSF et les autorités sanitaires guinéennes,

retardant ainsi et empêchant même parfois la réalisation de certaines de leurs activités communes.

La Croix Rouge : Système d'action aux valeurs profondément humanitaires ayant un positionnement stratégique limité dans l'organisation des services de santé

Le troisième système d'action impliqué dans la réponse à l'épidémie d'Ébola en Guinée est la Croix Rouge. Le plus important réseau humanitaire dans le monde, les organisations du mouvement de la Croix Rouge sont généralement impliquées dans la gestion de la composante communautaire des désastres naturels ou encore ceux causés par les humains. Dans le cas de la gestion de l'épidémie de MVE en Guinée, les représentants de la Croix Rouge, notamment la Fédération Internationale de la Croix Rouge (FICR) et la Croix Rouge Guinéenne, se sont impliqués dans la mobilisation sociale pour le changement de comportement, ainsi que dans la gestion digne et sécurisée des enterrements.

Vue sous l'angle de la théorie de l'action sociale de Parsons, on peut considérer la Croix Rouge comme un SAS ayant une forte composante de production au niveau communautaire ainsi que des moyens de coordination fluides et efficaces comme l'atteste le fonctionnement de son réseau de 189 sociétés nationales regroupées au sein de la FICR. Avec ces 7 principes fondamentaux, la Croix Rouge fonctionne avec un système de valeurs profondément enracinées dans sa culture organisationnelle.

Toutefois, l'évolution de la rationalité de ce système d'action sociale au cours des dernières décennies rend parfois difficile son positionnement dans les interventions complexes de nature sanitaire. En effet, ayant un rôle historique dans la gestion des désastres naturels en général, mais étant relativement nouvelle dans la gestion technique des problématiques de santé publique et plus particulièrement dans l'organisation des soins et services de santé, la Croix Rouge a souvent eu du mal à se positionner comme acteur majeur dans le processus de prise de décision dans la gestion de la réponse. Ce flou sur son positionnement et son expertise par rapport aux autres partenaires traditionnels qui jouissent d'une plus grande légitimité technique en matière de santé a parfois limité le déploiement de toutes ses capacités interventionnelles. Par ailleurs, le manque de clarté sur le partage des rôles et des responsabilités entre ses différentes entités (Fédération Internationale et sociétés nationales) a parfois limité l'efficacité des interventions de la Croix Rouge dans la réponse à cette épidémie en Guinée.

Le Ministère de la Santé de la Guinée : Système d'action sociale aux capacités opérationnelles limitées conduite par une rationalité très politisée

Le quatrième acteur majeur qui intervient dans la réponse à l'épidémie d'Ébola en Guinée est l'État guinéen à travers son département en charge de la santé, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique. Étant le premier responsable

de santé des populations guinéennes, les structures et les agents du Ministère de la Santé sont censés coordonner et gérer les interventions mises en place dans le cadre de la réponse à l'épidémie. Mais, compte tenu de sa capacité opérationnelle relativement limitée, le Ministère de la Santé est souvent intervenu en second plan dans l'initiation et la mise en œuvre des activités de préparation et de réponse à l'épidémie. En fait, les différents axes d'intervention de la réponse à l'épidémie en Guinée sont principalement réalisés par les trois principaux systèmes d'action évoqués ci-dessus, avec un appui ou une participation secondaire du Ministère de la Santé.

Lorsqu'on analyse le Ministère de la Santé avec les lentilles de la théorie de l'action sociale de Parsons, on peut considérer qu'il s'agit d'un système d'action sociale qui a de faibles capacités opérationnelles ainsi que des ressources financières, humaines et organisationnelles relativement limitées. Selon les données de l'OMS, la Guinée ne consacre que 8% de ses dépenses publiques pour les activités liées à la santé. Compte tenu du nombre limité de professionnels de la santé et de leur concentration dans les zones urbaines et principalement dans la capitale, l'utilisation des services de santé publique est estimée à seulement 18.6% (OMS 2008). De plus, compte tenu de la présence limitée du système de santé dans les communautés, les structures de veille épidémiologique sont peu fonctionnelles, voire inexistantes.

Par ailleurs, depuis son indépendance en 1958, la Guinée a traversé de nombreuses crises qui ont favorisé la polarisation du contexte politique. Les plus récentes étant les crises politiques de 2010 et 2013 liées à l'organisation des élections présidentielles et législatives.

Avec cette polarisation du contexte politique, nous pouvons considérer le Ministère de la Santé comme un système d'action sociale dont la rationalité est fortement orientée vers la réalisation d'objectifs de nature politique. L'implication du « pouvoir politique » dans les différentes actions initiées et menées par le Ministère de la Santé est très forte. En effet, pour certainement éviter les conséquences économiques, sociales et politiques de cette épidémie sur la Guinée, il s'est écoulé une période de près de 4 mois entre les premiers cas de fièvre non expliquée dans la région sud de la Guinée et la déclaration officielle de l'épidémie. Il faut également mentionner que la région du Sud de la Guinée dans laquelle l'épidémie a commencé et persisté semble être une région plus favorable à l'opposition politique et dans laquelle de nombreux troubles à caractère ethniques, sociaux et politiques se sont produits durant les dernières années. Le degré de confiance des populations envers les structures étatiques y est relativement faible.

Ces différents éléments associés à certaines pratiques culturelles propres à ces communautés, surtout lors des cérémonies de funérailles, ainsi que la non implication des leaders d'opinion respectés et écoutés dans les activités de mobilisation sociale expliquent en grande

partie la résistance de certaines communautés affectées et contribuent à la propagation de l'épidémie ainsi qu'à sa non-maîtrise.

Mentionnons enfin qu'en plus des 4 systèmes d'action sociale majeurs présentés dans cette section, il y a plusieurs autres organisations pouvant aussi être assimilées à des systèmes d'action sociale dont le rôle et les responsabilités dans la réponse à l'épidémie d'Ébola en Guinée demeurent toutefois limitées. Parmi ces systèmes d'action, on peut citer par exemple, le système d'action sociale associé à l'UNICEF qui dispose d'une forte capacité d'acquisition des ressources, mais dont les capacités opérationnelles intrinsèques demeurent faibles; ou encore le Center of Disease Control d'Atlanta qui dispose d'une expertise technique avérée en matière de gestion des épidémies à fièvre hémorragique mais qui, avant cette épidémie, n'avait pas d'antécédent notable d'interventions en Guinée. En plus de ces deux systèmes d'actions, de nombreuses ONG locales et internationales interviennent également dans la lutte contre l'épidémie d'Ébola en Guinée.

Discussion et Recommandations

À un niveau d'analyse systémique supérieur, les résultats de cette étude permettent de faire ressortir la coexistence et l'interaction de quatre systèmes d'action sociale majeures aux natures, caractéristiques et modes de fonctionnement fort différentes et qui poursuivent des buts qui sont parfois difficilement réconciliables. Le SAS de l'OMS dispose d'une forte légitimité technique avec, cependant, une efficacité opérationnelle et interventionnelle questionnable. Le SAS associé à MSF a une forte capacité de production de soins. Mais sa culture organisationnelle « militante » peut parfois miner les collaborations avec d'autres organisations ou institutions. Le SAS de la Croix Rouge dispose d'une forte capacité de pénétration et d'intervention directe dans les communautés mais sa légitimité technique dans le domaine de la santé publique et de l'organisation des soins de santé n'est pas bien établie. Enfin, le SAS du Ministère de la Santé a eu une rationalité fortement empreinte du contexte politique polarisé et dispose de capacités opérationnelles et d'intervention limitées.

Par ailleurs, ces systèmes d'action sociale interagissent directement sur une base régulière et indirectement avec plusieurs autres acteurs organisationnels présents dans le système de santé guinéen et ce, dans un environnement marqué par une certaine instabilité sociopolitique.

Ceci étant, la coexistence de ces différents enjeux organisationnels nous amène à considérer ce cas d'étude de la réponse à l'épidémie d'Ébola en Guinée qui a de fortes similitudes avec le fonctionnement des systèmes adaptatifs complexes. En effet, un système adaptatif complexe se définit comme toute entité systémique réunissant des agents qui interagissent ensemble avec un certain degré de liberté et dont les comportements sont imprédictibles (Anderson 1999; Plsek & Greenhalgh 2001; Simon 1996).

En considérant donc la réponse à l'épidémie d'Ébola comme un système adaptatif et complexe, sa gestion requiert par conséquent d'initier des interventions permettant d'agir simultanément sur plusieurs leviers d'action et d'intervention. Plusieurs études démontrent en effet la non adéquation des approches de gestion classique pour la gestion des systèmes adaptatifs complexes (Champagne 2002; Contandriopoulos 2003; Demers 2007; Denis 2002).

En nous appuyant sur cette prémisse et en tenant compte des leçons tirées d'autres expériences d'introduction de changement dans les systèmes adaptatifs et complexes (Baldé 2011; 2014a; 2014b; Hill 2011; OMS 2009), nous estimons que les différentes approches de solution permettant d'améliorer la réponse à cette épidémie devraient tenir compte et intégrer les éléments de réflexion et d'action ci-après :

bien que des échanges formels existent entre les différents systèmes d'action qui interviennent sur le terrain, il y a lieu d'accroître ces interactions de façon complémentaire et ce, dans le but ultime de trouver un équilibre harmonieux et relativement stable entre les différentes composantes fonctionnelles de ces différents systèmes d'action. Répondant au principe d'intensification des interactions entre différents systèmes d'action sociale évoluant dans un environnement complexe (Baldé 2011; 2014a), la poursuite et l'atteinte de ce principe devraient passer par une prise de conscience des différents acteurs en place, de leurs différences et caractéristiques intrinsèques, tout en réajustant leurs agendas respectifs de façon à mettre la circonscription de l'épidémie au centre de leurs actions respectives. Plus spécifiquement, l'OMS pourrait, par exemple, partager davantage le leadership de la gestion et de la coordination de l'épidémie avec les autres organisations impliquées dans la réponse. MSF pourrait également assouplir davantage sa culture organisationnelle afin de pouvoir créer un environnement de collaboration plus favorable et moins marqué par les tensions organisationnelles. Une politisation moindre des actions de l'État guinéen, ainsi qu'une réorganisation plus efficace entre les partenaires du mouvement de la Croix Rouge, sont également autant d'actions qui pourraient favoriser l'amélioration de la réponse à l'épidémie;

une écoute et une implication plus importantes des communautés afin de trouver avec elles des moyens plus innovateurs permettant de favoriser et d'accompagner le processus de changement de comportement, constituent une autre avenue à exploiter plus en profondeur et ce, autant pour les autorités sanitaires guinéennes que pour les autres organisations internationales évoluant sur le terrain;

une plus grande prise en considération de la nature politiquement polarisée du contexte de la Guinée à travers l'implication directe des leaders politiques dans les localités qui leur sont acquises, ainsi que la prise de décisions courageuses pouvant avoir un impact politique négatif dans l'immédiat, sont également autant d'éléments qui pourraient favoriser la lutte contre l'épidémie;

enfin, l'inclusion systématique d'une démarche d'évaluation dans les différentes interventions qui sont menées sur le terrain. La nature sans précédent de cette épidémie et les différents efforts consentis pour la réponse depuis plus de 6 mois doivent amener les différents acteurs intervenant sur le terrain à se questionner de façon régulière sur la nature intrinsèque de leurs pratiques et de leurs interventions. À notre avis, il y a lieu d'adopter une attitude permettant de favoriser l'évaluation des interventions menées et de se remettre constamment en question pour voir ce qui marche et ce qui ne marche pas. Les différentes interventions effectuées depuis le début de l'épidémie sont menées sur une base de connaissance acquise lors des épidémies de fièvre hémorragique à virus Ebola précédentes. Or, nous savons tous que cette épidémie est bien différente des épidémies passées. La communauté scientifique et les organisations internationales doivent accepter de revoir la validité et l'efficacité théoriques de toutes les interventions initiées et implantées durant cette épidémie.

Conclusion

S'intéressant à l'une des plus importantes urgences humanitaires de santé publique mondiale des dernières décennies, cette étude de cas avait pour but de faire ressortir les principaux enjeux qui ont influencé la nature et la qualité de la réponse organisationnelle donnée à l'épidémie de MVE en Guinée.

En analysant la dynamique de fonctionnement et d'interaction des organisations impliquées dans cette réponse avec certains éléments de la théorie de l'action sociale de Parsons, les enjeux qui ressortent de cette étude sont principalement de nature structurelle et politique. La faible coordination des différentes structures de gestion de l'épidémie au sein des SAS associés à l'OMS et à la Croix Rouge constitue, selon notre analyse, un enjeu structurel majeur qui a limité l'efficacité des opérations menées par ces deux organisations. Aussi, la faible fonctionnalité des structures du ministère de la santé constitue un autre enjeu structurel qui a influencé la qualité de la réponse surtout au début de l'épidémie. Par ailleurs, la polarisation du contexte politique guinéen ainsi que la faible implication de certains leaders influents dans les communautés affectées sont autant d'autres enjeux politiques qui ont influencé la façon, l'efficacité et la portée des activités de mobilisation sociale.

En mettant l'accent sur l'importance de la prise en considération des enjeux organisationnels de santé publique dans les actions de lutte contre les épidémies infectieuses d'envergure, nous espérons que les pistes de réflexion identifiées dans la dernière section de l'article permettront l'initiation d'actions opportunes pour améliorer l'efficacité des interventions initiées dans les systèmes de santé des pays à ressources limitées.

Toutefois, avec la durée et l'évolution de l'épidémie, de nouveaux enjeux d'importance méritent également d'être

pris en considération. Il s'agit notamment des enjeux liés aux activités de recherche clinique sur les médicaments ou les vaccins ou encore les enjeux d'organisation ou de réorganisation des soins de santé dans ce pays. Ce sont là de nouveaux enjeux qui, à notre sens, méritent une réflexion plus poussée afin de rebâtir un système de santé qui permettra de faire face à ce type d'urgence humanitaire de santé dans le futur.

Remerciements

Intérêts concurrents

Nous déclarons n'avoir de relations ni personnelles ni financières qui auraient pu nous influencer de quelque manière que ce soit dans la rédaction de cet article.

Références

- Alexander, J., 1983, 'The modern reconstruction of modern of classical thought: Talcott Parsons', *Theoretical logic in sociology* 4, 8–45.
- Anderson, P., 1999, 'Complexity theory and organization science', *Organization Science* 10, 216–232.
- Anderson, R., Crabtree, B.F., Steele, D.J. & McDaniel, R.R., 2005, 'Case study research: The view from complexity science', *Qualitative Health Research* 15, 669–685. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732305275208>
- Bah, E.I., Lamah, M.C., Fletcher, T., Jacob, S.T., Brett-Major, D.M., Sall, A.A., et al., 2014, 'Présentation clinique des patients porteurs d'une maladie à virus Ebola à Conakry (Guinée)', *The New England Journal of Medicine* 372, 40–47. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1411249>
- Baldé, T., 2011, 'Analyse de l'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement: le cas d'un système de surveillance épidémiologique en Haïti', PhD, Université de Montréal.
- Baldé, T., 2014a, *L'introduction du changement dans les systèmes de santé: vers une nouvelle approche d'analyse*, Éditions Universitaires Européennes, Sarrebruck, Allemagne.
- Baldé, T., 2014b, *Repenser l'adoption des innovations organisationnelles: le cas de l'introduction d'un système de surveillance épidémiologique en Haïti*, Presses Académiques Francophones, Sarrebruck, Allemagne.
- Borchert, M., Mutyaba, I., Van Kerkhove, M.D., Lutwama, J., Luwaga, H., Bisoborwa, G., et al., 2011, 'Ebola haemorrhagic fever outbreak in Masindi district, Uganda: Outbreak description and lessons learned', *BMC Infectious Diseases* 11, 357. PMID: 22204600, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2334-11-357>
- Buse, K. & Gwin, C., 1998, 'The World Bank and global cooperation in health: The case of Bangladesh', *Lancet* 351, 665–669. PMID: 9500349.
- Champagne, F., 2002, *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Ottawa, Canada.
- Contandriopoulos, A.-P., 2003, 'Inertie et changement', *Ruptures* 9, 4–31.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.L. & Boyle, P., 2005, *Savoir préparer une recherche: la définir, la structurer, la financer*, G. Morin, Montréal.
- Demers, C., 2007, *Organizational change theories: A synthesis*, SAGE Publications, Los Angeles, CA.
- Denis, J.-L., 2002, *Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Ottawa, Canada.
- Feldmann, H. & Geisbert, T.W., 2011, 'Ebola haemorrhagic fever', *The Lancet* 377, 849–862. PMID: 21084112, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60667-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60667-8)
- Gentilini, M. & Duflo, M., 1993, 'Panorama des institutions concourant au développement', in Flammarion (ed.), pp. 89–107, *Médecine Tropicale*, Paris.
- Godlee, F., 1994, 'WHO in crisis', *BMJ* 309, 1424–1428. PMID: 7819856.
- Godlee, F., 1995a, 'WHO's special programmes: Undermining from above', *BMJ* 310, 178–182. PMID: 7833762.
- Godlee, F., 1995b, 'The World Health Organisation. WHO in Europe: Does it have a role?', *BMJ* 310, 389–393. PMID: 7866220.
- Hill, P.S., 2011, 'Understanding global health governance as a complex adaptive system', *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice* 6, 593–605. PMID: 20432102, <http://dx.doi.org/10.1080/17441691003762108>
- MacNeil, A., Farnon, E.C., Wamala, J.F., Okware, S., Cannon, D.L., Reed, Z., et al., 2010, 'Proportion of deaths and clinical features in Bundibugyo Ebola virus infection, Uganda', *Emerging Infectious Diseases* 16, 1969–1972. PMID: 21122234, <http://dx.doi.org/10.3201/eid1612.100627>
- OMS, 2008, *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2008-2013*, pp. 1-42, Geneva.

- OMS, 2009, *Pour une approche systémique de renforcement des systèmes de santé*, Organisation mondiale de la santé, Geneva
- OMS, 2014, *Maladie à virus Ebola-Aide-mémoire No 103* [Online]. Organisation Mondiale de la Santé, Geneve.
- Plsek, P.E. & Greenhalgh, T., 2001, 'Complexity science: The challenge of complexity in health care', *British Medical Journal* 323, 625–628. PMID: 11557716.
- Rocher, G., 1969, *Introduction à la sociologie générale*, HMH, Ville LaSalle, Québec.
- Rocher, G., 1972, *Talcott Parsons et la sociologie américaine*, Presses Universitaires de France, Paris.
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Barnsley, J., Beland, F., Leggat, S.G., et al., 1998, 'A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance', *Health Services Management Research* 11, 24–41; discussion 41–8. PMID: 10178368, <http://dx.doi.org/10.1177/095148489801100106>
- Simon, H.A., 1996, *The sciences of the artificial*, MIT press, Cambridge, MA.
- Yin, R.K., 2003, *Applications of case study research*, Sage Publications, Thousand Oaks.