

Enseignements tirés de l'épidémie de maladie du virus Ebola survenue en Guinée entre 2014 et 2016

Contexte

L'épidémie de maladie du virus Ebola en Guinée est apparue en décembre 2013 avant d'être officiellement déclarée terminée en juin 2016. 3 814 cas et 2 544 décès en ont résultés.¹ L'épidémie et les efforts d'intervention ont été mis à mal par l'opposition de la communauté, qui a été davantage marquée en Guinée que dans d'autres pays touchés par le virus Ebola comme le Liberia ou la Sierra Leone. Ces événements ont été attribués à des tensions sociales et politiques, notamment des interventions sanitaires coercitives antérieures et des conflits régionaux et ethniques.² Les réactions négatives auxquelles se sont confrontées les équipes de lutte contre le virus Ebola sont allées du refus des équipements d'intervention, au rejet de la participation aux activités d'intervention, et jusqu'à de violents soulèvements et des agressions verbales et physiques à l'encontre des agents d'intervention. L'intensité de l'opposition a faibli au fil du temps grâce en partie aux efforts de mobilisation sociale et d'engagement communautaire.³

Nous avons effectué une recherche dans la littérature évaluée par des pairs, dans des articles de presse et dans des rapports d'intervention en utilisant les termes « fièvre hémorragique », « Ebola » et « Guinée », et nous avons exclu tous les rapports ne décrivant pas les activités de lutte contre le virus Ebola en Guinée, ou ne mentionnant pas l'engagement communautaire, ou n'ayant pas mené de réflexion sur la réussite ou l'échec. La recherche initiale a produit 508 rapports, dont 46 répondaient aux critères. Le rapport suivant est un examen des 46 rapports publiés sur les activités en lien avec le virus Ebola menées pendant l'épidémie de 2013–2016 en Guinée et qui répondaient à ces trois critères. Certains efforts ont été couronnés de succès, d'autres non, mais tous fournissent des informations utiles pour les efforts actuels.

Le résumé ci-dessous est organisé en neuf sections, qui correspondent grossièrement aux six piliers de l'intervention dans la lutte contre l'Ebola (recherche de contacts, centres de traitement d'Ebola, enterrement digne et sécurisé, vaccination, prévention et contrôle de l'infection, communication des risques/engagement communautaire), et trois sujets transversaux (structure/processus d'intervention, utilisation des services de santé, réintégration des survivants). Dans chaque section, les déclarations et les liens vers les rapports originaux sont classés en différentes catégories : « ce qui a fonctionné », « défis et problèmes » et « leçons apprises ».

Thèmes dominants dans les rapports

Quatre thèmes généraux se dégagent de l'ensemble des sections :

- 1. Afin d'avoir le meilleur engagement communautaire, il faut identifier avec précision les personnes et les organisations qui bénéficient du plus large soutien au sein de la communauté locale.** Il s'agit notamment des tradipraticiens, des anciens des villages, des chefs de quartier, des chefs religieux et des dirigeants d'un large éventail d'associations. Les types d'individus et d'organisations peuvent différer d'une communauté à l'autre. Il est essentiel de savoir qui sont les leaders culturels locaux et de les saluer dès que l'on entre dans la communauté. Il a également été souligné que les affiliations avec des parties impliquées dans des conflits politiques ou sociaux peuvent avoir des conséquences tragiques. Un thème étroitement lié est que le contrôle et la direction des activités d'intervention doivent être si possible locaux.
- 2. Les premiers messages sur le virus Ebola, qui mettaient l'accent sur sa létalité et son incurabilité, ont suscité une peur écrasante** – Selon plusieurs rapports, les premiers messages ont engendré une peur généralisée, qui a contribué à ce que les gens fuient les CTE et ne coopèrent pas aux activités de la riposte. Ce problème a été aggravé par le fait que les gens avaient l'habitude de s'occuper eux-mêmes des membres de leur famille hospitalisés, et que l'interdiction d'accès des CTE aux familles a suscité colère et suspicion. Par la suite, des stratégies créatives ont été utilisées pour permettre aux familles de rester en contact avec leurs proches.



Centers for Disease
Control and Prevention
National Center for Emerging and
Zoonotic Infectious Diseases

3. **Les communications, l'engagement communautaire, les EDS et les autres activités de riposte doivent être adaptés aux communautés locales.** De nombreux exemples d'échecs précoces et de succès ultérieurs ont été partagés, soulignant la nécessité d'arriver dans les communautés prêtes à adapter les messages, l'engagement communautaire et les activités de la riposte, et de montrer du respect pour les coutumes locales.
4. **Ebola a eu un impact négatif majeur sur le recours aux soins de santé en général, et a permis à d'autres problèmes de santé communautaire, tels que le paludisme et les maladies évitables par la vaccination, de s'aggraver.** L'utilisation des soins de santé a diminué pendant l'épidémie d'Ebola, ce qui a eu un impact négatif sur la santé des communautés. Le système de santé entier a besoin d'un soutien supplémentaire pendant une épidémie d'Ebola.

Il y avait également quelques thèmes communs relatifs à des piliers spécifiques :

- Bien que la vaccination n'ait été qu'expérimentale lors de l'épidémie de 2014, les leçons décrites autour de la vaccination suggèrent que l'instauration de la confiance dans les institutions concernées, l'implication des survivants dans la promotion de la vaccination et la prise en compte des craintes liées à la vaccination de manière respectueuse et adaptée au contexte local sont des stratégies prometteuses
- En ce qui concerne spécifiquement le DHS et la PCI, plusieurs réflexions ont souligné les effets positifs des efforts de formation, mais d'autres ont indiqué que beaucoup plus d'agents de santé devaient être formés et qu'il fallait davantage sensibiliser le public dans les deux domaines.
- Les leçons apprises concernant les survivants d'Ebola portaient sur leur expérience de la stigmatisation, des difficultés financières, du risque général élevé pour la santé, mais aussi des effets positifs de leur participation aux activités de réponse et à la recherche sur la virus Ebola

Contenu des rapports individuels

Recherche de contacts

Ce qui a fonctionné :

- En février 2015, les partenaires d'intervention ont organisé un événement au cours duquel quatre survivants ont été raccompagnés depuis un Centre de traitement Ebola (CTE) vers leur village de la préfecture de Lola afin de partager leurs expériences et de dissiper les craintes et les conceptions erronées associées aux CTE. Après avoir écouté les témoignages des survivants, la perception des villageois quant aux CTE et aux activités d'intervention s'est améliorée, et l'équipe de recherche de contacts, qui faisait jusqu'alors l'objet d'un refus de la part des villageois, a pu mener des activités avec la collaboration de la communauté, ce qui a permis d'accélérer l'identification des cas.⁴

Défis et problèmes décrits :

- Les évaluations des activités de recherche de contacts à Kindia et à Faranah, en Guinée, ont révélé de faibles niveaux d'identification des cas lorsqu'il s'agissait de contacts (avant qu'ils ne soient symptomatiques).⁵ Une évaluation du contexte social dans lequel s'inscrivent le traitement de l'Ebola et la recherche de contacts a attribué ce résultat à la peur générée par le taux de mortalité élevé de la maladie et par les rumeurs. L'évaluation indique que « les personnes ne savaient pas ce qu'il se passait dans les UTE et craignaient d'être négligés, de ne pas recevoir de nourriture ou de mourir dans le centre et de se faire voler leur sang ou leurs organes à la suite de leur décès. En conséquence, les personnes ont entravé la recherche de contacts et rejeté les efforts de surveillance ». ³

Unités/Centres de traitement d'Ebola (CTE/UTE)

Ce qui a fonctionné :

- Les agents sanitaires de Guéckédou, de Conakry, de Macenta et de Dabola ont mis à disposition des unités de traitement d'Ebola rapidement après la détection des premiers cas en allouant suffisamment d'espace pour absorber la croissance des cas. Cela a contribué à empêcher une croissance exponentielle soutenue tout en minimisant les infections nosocomiales qui ont été moins élevées en Guinée qu'en Sierra Leone et au Liberia^{6,7}
- En février 2015, les partenaires d'intervention ont organisé un événement au cours duquel quatre survivants ont été raccompagnés dans leur village de la préfecture de Lola depuis un CTE, afin de partager leurs expériences et d'atténuer les craintes et les conceptions erronées associées aux CTE. Ils ont déclaré que le CTE avait fourni un transport gratuit pour leurs proches, des téléphones portables pour que les patients puissent communiquer avec leur famille et des vêtements neufs. Ils ont également déclaré que le personnel du CTE s'occupait des patients avec compassion et les traitait de façon digne, et s'adressait aux patients en langue locale. Suite aux témoignages des survivants, la perception des villageois à l'égard du CTE et des activités d'intervention s'est améliorée.⁴

- Une étude de cas a été réalisée dans le but de comprendre les expériences de soins palliatifs d’Ebola en Guinée lors de l’épidémie de 2014–2015. Des entretiens ont été menés auprès de survivants, de leaders psychosociaux et spirituels, et de prestataires médicaux. D’après les survivants et les dirigeants communautaires, l’idée de se rendre dans un CTE pour y recevoir des soins était perçue avec crainte et anxiété, car la couverture médiatique du virus Ebola se concentrait essentiellement sur sa nature mortelle. En réponse au retour d’information faisant état de l’isolement des patients dans les CTE, des radios ou des téléviseurs ont été installés dans les chambres des patients afin de leur permettre de garder un lien avec le monde extérieur et de penser à autre chose qu’à leur maladie. Ces mesures ont permis aux patients de se distraire tout au long de leur hospitalisation en CTE.⁸
- L’UNICEF s’est associé à des guérisseurs traditionnels pour les aider à renvoyer d’éventuels cas d’Ebola aux CTE. Jouissant d’une grande confiance, les guérisseurs traditionnels ont constitué la première source de soins médicaux pour 80 % des Guinéens. Dans le cadre du recrutement, le chef d’une association locale de guérisseurs s’est entretenu avec des guérisseurs de sa région pour encourager cette collaboration avec le système de santé. L’UNICEF a dispensé une formation aux guérisseurs traditionnels sur le traitement des patients, la promotion des comportements de prévention d’Ebola et les pratiques appropriées d’isolement en cas de contamination.⁹

Défis et problèmes décrits :

- Au début de l’épidémie, les agents d’intervention contre le virus Ebola n’ont pas mesuré les effets dévastateurs de la mise en place de CTE fermés aux familles. Les familles fournissent traditionnellement tous les soins aux patients hospitalisés. En cas de décès, elles reçoivent le corps et s’occupent de toutes les démarches funéraires. Cela a suscité une certaine réticence à participer aux activités d’intervention, y compris, dans certains cas, des confrontations entre les familles et les CTE ont eu lieu, et des refus de fournir les noms des contacts.¹⁸
- Les croyances des membres de la communauté à l’égard des CTE ont été l’absence de personnel parlant les langues locales, le refus d’autoriser les visites et les repas faits maison, la perception que les patients étaient abandonnés et laissés seuls pendant la nuit, et que tous les patients qui sont emmenés au CTE meurent.^{3,10} Des rumeurs selon lesquelles des personnes auraient été tuées dans les CTE pour vendre leurs organes ont également couru, ce qui a entravé les visites aux CTE.⁴
- Certains membres de la communauté pensaient que l’utilisation commune des installations d’eau et d’assainissement dans les CTE augmenterait le risque d’infection au sein de celles-ci.³
- Un spécialiste en communication des risques qui s’est rendu à Guéckédou en avril 2014 a découvert que les premiers messages se concentraient sur la gravité et la mortalité de la maladie, ce qui dissuadait les personnes de se rendre aux CTE.¹¹
- Dans certains cas, les médias ont contribué aux rumeurs et aux malentendus, en diffusant des informations erronées. Des témoignages d’agents de santé ou de personnes affirmant avoir fui les UTE ont été publiés, confirmant que des atrocités avaient été commises dans ces centres. Certains groupes de jeunes ont également utilisé les médias pour convaincre le public que le trafic d’organes dans les UTE était une réalité.³

Descriptions des leçons apprises :

- Les guérisseurs traditionnels sont les personnes envers qui les membres de la communauté se tournent souvent en premier lieu pour se faire soigner. Les guérisseurs traditionnels ont joué un rôle important dans la promotion du comportement en matière de recours aux soins de santé et dans la confiance apportée dans les centres de santé, même au détriment de leur propre activité commerciale.⁹ Pour continuer à bénéficier de leur soutien et de leur collaboration, la réponse doit leur permettre de se sentir valorisés et respectés.
- La communication autour des pratiques menées dans les CTE, en utilisant notamment les témoignages de survivants, est efficace pour accroître la confiance et le recours aux CTE.⁴

Enterrements dignes et sécurisés (EDS)

Ce qui a fonctionné :

- Une étude cartographiant la courbe épidémiologique et les chaînes de transmission lors de l’épidémie d’Ebola dans trois préfectures de Guinée, Conakry, Boffa et Telimélé, a révélé que les activités d’intervention qui ont été mises en œuvre, y compris les enterrements dignes et sécurisés, ont permis de réduire les taux de transmissions lors des funérailles de 15 % en mars à 4 % sur toutes les transmissions en avril.¹²

- Une évaluation anthropologique rapide a été menée dans le district de Gueckedou en 2014 pour en savoir plus sur la compréhension communautaire des décès inattendus. L'anthropologue a rencontré des dirigeants communautaires de confiance, notamment des *chefs de forêt*, des sages-femmes, des hommes et des femmes âgés, des guérisseurs traditionnels et d'autres, pour comprendre le contexte et les rituels entourant la mort et l'inhumation dans leur communauté. Dans ce cas précis, le décès dont il était question était celui d'une femme enceinte. À travers le processus de cette évaluation, l'anthropologue a découvert que les pratiques traditionnelles autour de l'enterrement d'une femme enceinte pouvaient être adaptées avec succès à un contexte de maladie du virus Ebola grâce à un dialogue approfondi avec les familles et les dirigeants communautaires. Ces adaptations comprenaient, par exemple, le sacrifice et l'enterrement d'un chien accompagnés de certains rituels traditionnels, pourraient être effectués à la place de l'enterrement traditionnel de la femme, permettant ainsi au corps de la femme d'être enterré moyennant des pratiques funéraires dignes et sécuritaires.¹³

Défis et problèmes décrits :

- Une étude transversale menée en décembre 2014 dans les préfectures de Coyah et de Forecariah a révélé que les communautés n'avaient pas reçu d'informations ni suivi de campagnes de sensibilisation liées aux pratiques d'inhumation avant la mise en œuvre des EDS dans la communauté, ce qui a débouché sur des protocoles mal compris et une mauvaise gestion des cadavres.¹⁴
- En juin 2014, les partenaires d'intervention ont organisé un atelier de communication entre les dirigeants communautaires de 26 villages de la région de Guinée forestière. Au cours de l'atelier, les dirigeants communautaires ont soulevé des questions et des préoccupations concernant les activités d'intervention, y compris certaines liées aux EDS : « L'extraction de parties du corps et d'organes en vue de leur vente ultérieure par le personnel médical » et « Pourquoi mettent-ils la personne vivante dans le sac mortuaire ? » Il y avait également des préoccupations quant au fait que les pratiques d'EDS ne respectent pas les coutumes locales relatives aux personnalités éminentes de la communauté. Un membre de la communauté a déclaré : « Nos rites funéraires ne sont pas respectés. Une exciseuse, Sokonö, ne peut pas être enterrée comme une simple villageoise. Mais nous avons perdu neuf de nos collègues exciseuses. Nous contribuerons désormais au combat ». ¹⁰
- En février 2015, en réponse à un groupe de cas suspects de MVE dans la préfecture de Lola, les partenaires d'intervention se sont rendus dans le village pour mener des entretiens et des groupes de discussion avec des membres de la communauté. Il a été révélé que les membres de la communauté croyaient que les inhumations sans risque signifiaient que les traditions ne pouvaient plus être suivies, ce qui était considéré comme un manque de respect envers le défunt. ⁴ Un autre article décrivant la résistance à l'intervention dans la lutte contre l'Ebola en Guinée a expliqué la croyance selon laquelle si les traditions ne sont pas suivies, les esprits des défunts erreront éternellement et tourmenteront leurs descendants.^{4,15}
- En septembre 2014, dans la préfecture de Forécariah, une équipe dédiée aux EDS de la Croix-Rouge aurait enterré une éminente matriarche de manière irrespectueuse « en mettant son corps non lavé dans un sac et en le jetant dans un véhicule pick-up ». Cette affaire avait entraîné le retrait du soutien de la famille et des attaques à l'encontre des équipes d'intervention. Le corps avait ensuite été retiré du sac, lavé et enterré selon les coutumes locales.²
- Au début de la riposte, les amis et les proches n'ont pas pu assister aux enterrements, même à distance, et il n'existait aucun système permettant de suivre où les corps avaient été enterrés. Le mécontentement à l'égard des pratiques d'inhumation sûres a conduit les membres de la communauté à continuer leurs coutumes d'inhumation, augmentant ainsi l'exposition/la transmission de la MVE, bien que les changements dans la manipulation des cadavres au fil du temps en aient augmenté l'acceptation.³
- La sensibilisation du public à la nécessité d'EDS semble être restée faible. Lors d'une enquête menée auprès d'un échantillon représentatif au niveau national dans les 8 entités de la Guinée en août 2016, sur les personnes interrogées sur les causes de la transmission d'Ebola, seulement 5 % ont cité les inhumations ou les funérailles comme modes de transmission courants.¹⁶

Descriptions des leçons apprises :

- Les enterrements doivent être effectués de manière à permettre à la communauté de mettre en œuvre les pratiques traditionnelles tout en réduisant le risque de transmission de maladies.³
- Les pratiques d'inhumation sont basées sur les traditions. Ces traditions peuvent être adaptées avec succès aux besoins de santé publique lorsque les aspects symboliques et émotionnels et les besoins/perspectives de la famille et de la communauté sont respectés.³
- L'instauration de meilleures pratiques pour les PCI ne suffit pas ; les équipes d'intervention doivent établir des liens avec les communautés pour répondre aux préoccupations en collaboration avec, plutôt que contre, les pratiques traditionnelles des communautés. Les dirigeants d'EDS ne devraient pas pointer du doigt les traditions locales, mais plutôt les considérer comme un élément indissociable d'une société qui se porte bien et qui peut être grandement préservée grâce à l'assistance créative et réfléchie de l'intervention dans la lutte contre Ebola.¹⁵

Vaccination

Ce qui a fonctionné :

Le vaccin Ebola n'était pas encore disponible à cette époque et aucun article mettant en évidence les stratégies de vaccination réussies n'a été trouvé.

Défis et problèmes décrits :

- À Conakry, en février 2015, des rumeurs selon lesquelles la Croix-Rouge administrait des vaccins contre le virus Ebola à des écoliers ont conduit les parents à retirer leurs enfants de l'école et débouché sur des menaces à l'encontre des agents de santé et des écoles.³
- Au cours d'un essai de vaccination en anneau en Basse-Guinée, 34 % ont refusé d'y participer en raison de la méfiance à l'égard de l'équipe de surveillance Ebola.¹⁷

Descriptions des leçons apprises :

- Les messages de promotion des vaccins devraient présenter la vaccination comme un choix proactif dans la prévention des maladies potentiellement mortelles et inciter les survivants à faire la promotion de la vaccination.¹⁶
- Dans une enquête menée en Guinée en août 2016, l'acceptation du vaccin Ebola était plus élevée chez les participants qui vivaient avec de jeunes enfants ayant reçu des vaccins de routine, que parmi ceux qui ne vivaient pas avec de jeunes enfants. Cette constatation suggère que les efforts de promotion devraient porter sur la sécurité des vaccins et mettre en évidence toute similitude avec d'autres vaccins sûrs et efficaces couramment utilisés en Guinée.¹⁶
- Les campagnes de vaccination devraient englober des stratégies visant à rétablir la confiance du public dans les institutions impliquées dans la vaccination. Cela pourrait inclure la participation de personnalités communautaires de confiance et crédibles, telles que des chefs spirituels et traditionnels, des dirigeants politiques ou des célébrités locales.¹⁷
- Les préoccupations relatives aux vaccins varient au sein de la population guinéenne, de sorte que les efforts doivent mettre l'accent sur l'importance de comprendre les préoccupations relatives aux vaccins dans la région, et adapter les messages de promotion des vaccins à ces préoccupations spécifiques plutôt que d'utiliser une approche uniforme.¹⁷

Prévention et contrôle des infections (PCI)

Ce qui a fonctionné :

- Dans une évaluation des établissements de santé de la municipalité de Ratoma à Conakry, il a été constaté que des scores de PCI élevés étaient associés au nombre de personnel formé. En outre, les centres de santé qui ont mis en œuvre des formations en PCI en cascade pour le personnel médical non formé avaient des scores PCI supérieurs à la moyenne.¹⁸
- Pour soutenir les efforts de PCI en Guinée, les partenaires d'intervention ont mis en œuvre une stratégie globale d'octobre à décembre 2014, comprenant la formation, la supervision, la fourniture d'équipements de protection individuelle (EPI) et d'autres fournitures de PCI, ainsi que le suivi et l'évaluation. Au total, 1 625 Guinéens, dont des superviseurs de PCI, des formateurs de PCI et des agents de santé de première ligne, ont été formés à la transmission du virus Ebola et aux pratiques de PCI. Les formations se sont avérées efficaces pour améliorer les connaissances concernant la MVE et les compétences pratiques telles que la mise en place et le retrait de l'EPI et la préparation de solutions d'eau chlorée.¹⁹
- À l'occasion des formations décrites ci-dessus d'octobre à décembre 2014, les agents de santé ont été trois fois plus nombreux à y assister que sur la liste d'inscriptions. Cela a révélé l'acceptation de la communauté et une forte demande pour la formation.¹⁹

Défis et problèmes décrits :

- Les membres de la communauté pensaient que la pulvérisation de désinfectant était faite pour contaminer intentionnellement ou rendre les gens malades. Les anthropologues ayant participé aux interventions de lutte contre l'Ebola en Afrique de l'Ouest estiment que les équipements de protection individuelle (EPI) et les pulvérisations peuvent avoir rappelé aux gens des rituels traditionnels qui mettaient en scène des malédictions ou de la magie noire au cours desquelles des costumes et des masques sont portés.³
- Lors d'entretiens avec le personnel des centres de santé des préfectures de Coyah et de Forecariah en décembre 2014, certains membres du personnel ont fait part de leurs préoccupations concernant les EPI et les produits d'assainissement inadéquats pour tous les établissements de santé. D'autres ont mentionné que les salles d'isolement pour les cas suspects d'Ebola dans les établissements de santé étaient inadéquates, ce qui risquait de mettre le personnel de santé et d'autres patients en danger. Enfin, le personnel d'entretien de deux hôpitaux et centres de santé préfectoraux a reconnu que la formation était inadéquate aux mesures PCI contre le virus Ebola.¹⁴

- Une enquête CAP menée auprès des travailleurs de la santé à Conakry de septembre à octobre 2014 a révélé que 18 % ne dépistaient pas systématiquement les patients pour la MVE.²⁰

Descriptions des leçons apprises :

- L'engagement avec la communauté en vue d'expliquer le processus de pulvérisation et de montrer en quoi consiste le spray et pourquoi il est utilisé augmente l'acceptation.³
- La formation du personnel de santé au PCI et l'organisation de formations régulières en cascade sur ce sujet devraient être considérées comme des activités clés en matière d'intervention pour la lutte contre le virus Ebola. Les formations devraient avoir lieu en langues locales et des formations spécifiques devraient être organisées pour les femmes de ménage et les accoucheuses traditionnelles qui ne savent ni lire ni écrire.^{18,19}
- Il est recommandé de créer des comités de PCI composés de spécialistes en la matière, de médecins, d'infirmières et d'administrateurs qui supervisent les activités de PCI et assurent la mise en œuvre des meilleures pratiques.¹⁹
- Les directives concernant la PCI doivent être adaptées aux capacités en eau, en assainissement et en hygiène des établissements de santé.¹⁹

Communication sur les risques et engagement communautaire

Ce qui a fonctionné

- En juin 2014, les partenaires de la riposte ont organisé un atelier de communication avec 150 leaders communautaires dans 26 villages de Guinée forestière. L'atelier avait pour objectifs de faire connaître le rôle des organisations impliquées dans l'intervention contre le virus Ebola dans la gestion de l'épidémie et d'amener les dirigeants communautaires à partager leur compréhension de l'épidémie et leur rôle dans le cadre de l'intervention. Les partenaires d'intervention ont donné des détails sur les modes de transmission de la MVE, sur la courbe épidémique, sur l'importance de l'isolement et des soins dans les CTE et sur les enterrements dignes et sécurisés. À l'issue de l'atelier, les dirigeants communautaires ont été encouragés à diffuser l'information aux autres membres de la communauté et à contribuer à contrôler l'épidémie.¹⁰
- Amref Health Africa a lancé et mis en œuvre en juin 2015, un projet de mobilisation communautaire dans quatre districts de santé (Forecariah, Coyah, Dubreka et Kindia) dans le cadre duquel des organisations communautaires (OC) telles que des groupes de femmes, des associations de jeunes et des chefs de communauté ont participé au déploiement d'activités de prévention et d'intervention contre la maladie du virus Ebola dans leur communauté. Les organisations communautaires ont reçu une formation sur la transmission et la prévention de la MVE ainsi qu'une subvention mensuelle en vue de soutenir les activités de mobilisation. En outre, des journalistes des radios rurales ont organisé des tables rondes avec des relais communautaires, ce qui a permis de connaître le point de vue de la communauté concernant la réponse à partager avec les autorités sanitaires et les acteurs humanitaires. Le projet a amélioré la confiance de la communauté envers les équipes d'intervention tout en facilitant les activités d'intervention telles que la recherche de contacts et les EDS.²¹
- Suite à l'émergence de cas dans la préfecture de Dubreka en mai 2015, l'OMS et d'autres partenaires ont lancé une campagne de surveillance communautaire par le biais de visites à domicile et d'une mobilisation sociale dans le but d'identifier les personnes susceptibles d'être infectées. Ils sont parvenus à collaborer avec des chefs communautaires de confiance (tels que les cheffes de groupes de femmes) afin de soulever les problèmes liés au virus Ebola dans la communauté et d'encourager la coopération avec les équipes d'intervention. Des équipes de l'OMS en charge de la lutte contre l'Ebola ont enseigné des messages sur le virus à des enfants et dans des établissements scolaires. Cette initiative a contribué à faire connaître le virus Ebola. En Guinée, les enfants ont effectivement exercé une influence sur le discours portant sur des problèmes tels que l'Ebola dans la communauté.²²
- À Guéckédou, des « sages » jouissant d'une grande confiance de la part des membres de la communauté se sont déplacés pour rencontrer les habitants de différents villages de la région. Leur but ayant été d'écouter les préoccupations des communautés, de partager les nouveautés relatives à l'épidémie, et de fournir des conseils pour la prévention des maladies, et dissiper les rumeurs. Leur travail a « ouvert la voie » aux équipes qui mènent des activités de recherche de contacts, de contrôle des infections et d'autres activités d'interventions pour pénétrer dans des villages qui ont peut-être déjà fait preuve d'une forte résistance aux équipes de lutte contre Ebola.²³

Défis et problèmes décrits :

- Certains messages provenaient directement de pays précédemment touchés par le virus, tels que la RDC (où les communautés connaissaient mieux le virus Ebola) et n'étaient pas adaptés au contexte guinéen.^{3,11}
- Certains membres clés de la communauté n'avaient pas participé aux interventions de lutte contre le virus Ebola, notamment des hommes et des femmes âgés et sans fonctions officielles, des vendeurs de rue, des commerçants, des hôteliers, des gérants de bars, des chauffeurs de moto-taxi, des jeunes et des jeunes travailleurs.^{3,10,14}

- De nombreuses idées fausses/rumeurs ont été rapportées par les membres de la communauté au sujet de l'épidémie de MVE et des interventions de lutte contre le virus. Idées fausses les plus couramment véhiculées :
 - Ebola a été amené par des étrangers en vue d'éliminer les Africains.^{3,10,24}
 - Ebola a été inventé par les autorités sanitaires pour gagner de l'argent (« L'Ebola business »). Cela était probablement dû à la proximité de l'épidémie avec les entreprises minières et à la conviction qu'Ebola a été introduit par des étrangers ayant des intérêts miniers.^{2,3,10}
 - Ebola provient de sources surnaturelles, telles que Dieu ou une autre puissance supérieure ou que cela arrive à quelqu'un en raison de péchés ou d'actes répréhensibles qu'il aurait commis.^{24,25}
 - Idées fausses sur les mesures préventives telles que de se baigner dans de l'eau salée, recourir à des guérisseurs traditionnels ou des chefs religieux et prier Dieu.^{24,25}
 - Les idées fausses sur la transmission d'Ebola telles que de marcher dans la rue, de parler aux gens ou les piqûres de moustiques.²⁴
- Au début de l'épidémie, les messages se sont concentrés sur la gravité du virus Ebola et son taux de mortalité élevé. Des déclarations selon lesquelles « aucun traitement, ni aucun vaccin n'existe pour cette maladie » étaient répandues. Cela a conduit la communauté à préférer rester chez soi plutôt que de recourir à des soins dans un établissement de santé, étant donnée la croyance que cette maladie était mortelle.³
- Le raisonnement biomédical visant à restreindre la liberté individuelle et imposer des mesures aux malades et aux morts pour empêcher la prolifération du virus s'est heurté aux explications culturelles qui attribuent la maladie à d'autres forces. Le malentendu a conduit à des réticences et parfois à une violente opposition, comme cela a été le cas lors d'épidémies précédentes. Il existait également un malentendu sur le sang, dont des messages véhiculant l'idée qu'il s'agissait d'une source de transmission de maladies et devait être évité. D'autres messages provenant d'essais cliniques affirmaient parallèlement que le sang de personnes ayant contracté la maladie pourrait potentiellement être utilisé comme traitement.³
- Le terme « communauté » a été largement utilisé lors de la phase d'intervention. Cependant, ce terme était défini par les équipes d'intervention. En définissant la « communauté » de l'extérieur, les équipes d'intervention avaient omis d'importants regroupements d'identité, d'autorité, d'âge, d'ethnicité et autres. Il s'agit de dynamiques sociales qui revêtent une importance supérieure à une « communauté » universelle.^{26,27}
- Au début de l'intervention, l'absence de diffusions radio à grande échelle dans certaines des zones les plus touchées en raison du dysfonctionnement des tours de transmission a compliqué les messages de sensibilisation. Elles n'ont été réparées qu'au début de 2015.³

Descriptions des leçons apprises :

- En raison d'un manque de confiance dans les informations provenant de l'extérieur de la communauté, il est important que ceux qui livrent des messages obtiennent le respect et la confiance de la communauté.³ Des groupes clés et de confiance devraient être mobilisés, notamment : les praticiens traditionnels, les chefs de la forêt sacrée, les chefs religieux (chrétiens et musulmans), les exciseuses, les accoucheuses dans les villages, les migrants de retour de la ville ou d'autres pays, et les anciens.¹⁰
- Les supports de communication doivent être adaptés au contexte local et prendre en compte les différences de comportement, les publics cibles et les perceptions de la population.³ En raison des différences de coutumes et de traditions entre les différentes populations ethniques, la communication doit être ciblée par région plutôt que par une approche nationale uniforme.²⁸
- Comprendre et contrer les rumeurs doit être intégré dans l'intervention dès le début.³
- Les supports de communication visant à accroître les comportements préventifs devraient se concentrer sur les connaissances des individus quant à la MVE, sur leur perception du risque de ne pas appliquer de comportements préventifs et sur leur confiance en la capacité à appliquer les comportements.²⁹
- L'éducation dans les écoles locales devrait dispenser des cours sur l'hygiène et la transmission des maladies, afin que les enfants soient habilités à véhiculer des informations sur la maladie du virus Ebola.²⁴
- Investir dans des membres de confiance de la communauté pour faciliter l'entrée dans la communauté est essentiel.³⁰
- La communication doit être adaptée à chaque stade de l'épidémie.³⁰

Structure / processus d'intervention

Ce qui a fonctionné :

- Dans une enquête menée auprès de citoyens guinéens qui se sont portés volontaires dans le cadre du programme d'intervention dans la lutte contre le virus Ebola au cours de l'épidémie, le volontariat était principalement motivé par le « sentiment de devoir patriotique », « le sentiment de responsabilité morale », « le respect de l'autorité », « le désir d'utiliser ses compétences pour un bien collectif » et la « recherche du développement personnel ».³¹
- Au début de l'épidémie, les membres de la communauté de Guéck édou ont exprimé des inquiétudes quant à la sorcellerie véhiculée par les étrangers blancs dans les communautés (se vêtir de costumes et de masques et pulvériser un désinfectant dans toute la communauté étaient associés aux sociétés secrètes locales). Certaines équipes d'intervention ont été victimes d'attaques au moment d'entrer dans les villages en portant des EPI. Pour résoudre ce problème, les infirmières, les médecins et les équipes d'inhumation ont revêtu leur EPI après leur arrivée dans les villages en présence des villageois pour apaiser les inquiétudes.¹⁵

Défis et problèmes décrits :

- La centralisation de la réponse en Guinée via la création de nouvelles structures parallèles à celles qui existaient déjà a renforcé la fragmentation du processus. Certains se sont plaints du contournement des mécanismes de gouvernance et des structures de santé existants, ce qui a suscité de la méfiance à l'égard de l'intervention nationale.³
- Le recours aux forces militaires a exacerbé les tensions civilo-militaires existantes en Guinée. Certains rapports faisant état de violations des droits de l'homme par les militaires ont poussé des personnes à fuir les villages et accru les troubles.³
- Des rumeurs selon lesquelles des ONG recevaient de l'argent mais ne menaient aucune activité de sensibilisation par crainte de contracter la maladie à virus Ebola circulaient. Des rumeurs couraient également sur le fait que des personnes versaient des pots-de-vin pour se faire soigner dans un établissement de santé.³
- Les membres du village ont accusé les équipes d'intervention de ne pas avoir fourni d'informations appropriées ou de les avoir sensibilisés avant d'arriver dans le village avec des masques/EPI et de pulvériser les habitations.¹⁴
- Certains agents d'intervention ont fait des promesses qui n'étaient pas toujours tenues, comme le transport par ambulances ou la distribution de kits qui n'ont pas été livrés. Cela a conduit à une méfiance accrue à l'égard des équipes d'intervention.³
- Une étude qualitative portant sur les moteurs comportementaux dictant le respect ou non des interdictions de consommer de la viande de brousse en Sierra Leone et en Guinée a révélé que même si le coût était élevé en cas d'appréhension des autorités, la plupart des gens n'avaient jamais vu personne attraper le virus Ebola pour cause de viande de brousse et continuaient à en manger. Cette discordance entre l'expérience vécue et le comportement attendu a conduit le marché de la viande de brousse à la clandestinité, au lieu de l'éradiquer. Bien que les interdictions se soient avérées largement inefficaces pour le contrôle des maladies et que d'autres interventions non pharmaceutiques aient été priorisées (par exemple, les EDS), les interdictions sont restées en vigueur.³²
- Rotation élevée des organisations - certaines organisations de confiance ont quitté la région tandis que de nouvelles sont arrivées, ce qui a rendu difficile l'établissement de la confiance et la coordination.³⁰
- Les femmes ont assumé une part disproportionnée du fardeau de l'épidémie d'Ebola. Plus de 75 % des cas au Liberia étaient des femmes (des données similaires ont été relevées en Sierra Leone et en Guinée). Les femmes ont à leur charge le soin aux malades et l'enterrement des morts, ce qui augmente leur risque de contagion au virus Ebola. Une grande partie du travail que les femmes effectuent de façon rémunérée a été éliminée par l'épidémie.³³
- Les médias locaux et les rumeurs qui se propagent incitant à s'opposer aux équipes d'intervention dans la lutte contre l'Ebola ne reflétaient pas toujours une aggravation de l'intervention actuelle. Ces préoccupations et croyances étaient enracinées dans des contextes historiques, politiques, religieux et culturels ayant conduit à la méfiance et aux perceptions négatives envers les étrangers (en particulier envers les Blancs étrangers) entrant dans les communautés guinéennes.¹⁵
- Dans la région de Guinée forestière, en 2014, les efforts pour obtenir le soutien de la communauté se sont retournés contre eux lorsque l'intervention a été perçue comme étant politiquement alignée avec le gouvernement national. Cela a abouti à un événement tragique à la mi-septembre lorsqu'une délégation de sensibilisation au virus Ebola est arrivée dans la sous-préfecture de Womey. Y participaient le gouverneur de la région de Guinée forestière, le préfet de la préfecture, trois des médecins les plus expérimentés, plusieurs journalistes et un représentant d'une agence humanitaire chrétienne américaine. La délégation était venue pour parler uniquement du virus Ebola et non des plaintes que la communauté voulait adresser à ces dirigeants. De plus, le village avait indiqué que cette journée particulière ne conviendrait pas pour accueillir une telle délégation, car elle coïncidait avec la cérémonie d'initiation et le festival des jeunes filles les plus importants et d'envergure de la société d'initiation des femmes - un événement auquel les femmes âgées initiatrices et les proches des villages voisins assisteraient. Lorsque la délégation a commencé à pulvériser de l'eau de Javel, les villageois ont cru que leur village était délibérément infecté et ils ont attaqué et tué des membres de la délégation, bloquant les routes de sortie et traquant ceux qui s'étaient échappés.¹⁵

Descriptions des leçons apprises :

- La méfiance à l'égard de certains acteurs ou autorités peut avoir un impact sur l'acceptation de la communauté. Les personnes en qui les membres de la communauté ont confiance doivent être identifiées tôt dans la réponse et impliquées dans la communication et d'autres activités de réponse.³
- Le recrutement des volontaires dans la lutte contre l'Ebola doit utiliser une approche de motivation multiforme mettant l'accent sur les valeurs patriotiques et la responsabilité morale.³¹
- La réussite de la lutte contre l'épidémie nécessite des équipes d'intervention capables de travailler en comprenant le contexte (historique, politique, religieux et culturel) et en sachant l'aborder. Les leçons spécifiques comprennent : prendre garde à ne pas s'aligner avec un parti politique ou des dirigeants lorsqu'il règne une division politique importante dans la région ; être conscient qu'Ebola n'est peut-être pas la principale préoccupation de la communauté, et être disposé à écouter les autres, éventuellement des préoccupations plus urgentes lors des rencontres avec les membres de la communauté, et se souvenir que les « rumeurs » et les théories complotistes découlent souvent de peurs raisonnables et de préoccupations dans la communauté.¹⁵
- Approcher les zones touchées par le virus Ebola avec l'intention d'apprendre la dynamique sociale plutôt que d'y entrer en ayant l'impression de comprendre ce qu'est la « communauté » permettra aux équipes d'intervention d'atteindre les populations de manière appropriée dans leur contexte et de mieux leur venir en aide.²⁶ Cela peut être accompli au moyen de l'apprentissage des structures, des coutumes, des infrastructures et des traditions de la communauté par un membre de la communauté préalablement aux activités d'intervention.
- Si les mécanismes centralisés contribuent à garantir la qualité et la cohérence des services, les activités de réponse doivent être décentralisées et adaptées aux contextes et aux besoins locaux pour y parvenir.³⁰

Utilisation des services de santé

Ce qui a fonctionné :

- À partir de juin 2015, Amref Health Africa a mis en œuvre un projet de mobilisation communautaire dans quatre districts de santé (Forecariah, Coyah, Dubreka et Kindia) au sein duquel les organisations communautaires ont bénéficié d'une formation et de la fourniture de ressources pour mener des activités d'intervention. Dans le cadre du projet, l'Amref a fourni à des établissements de santé sélectionnés des équipements et des approvisionnements en eau pour améliorer la qualité de leurs soins et mis en place des cadres de concertation et d'échange d'informations entre les acteurs communautaires et le personnel de santé. Ces activités ont contribué à restaurer la confiance entre les communautés et le système de santé local et à accroître l'utilisation des services de santé.²¹
- En 2014, le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNT) et la Fondation Damien ont introduit un ensemble de mesures dans les établissements de santé de Conakry en tant qu'action préventive pour continuer à fournir des services de lutte contre la tuberculose face aux défis de l'épidémie d'Ebola. Le lot de mesures comportait une évaluation des besoins sur les mesures PCI, une formation liée à Ebola, le contrôle de la qualité des services de laboratoire, la fourniture mensuelle de consommables pour la prévention d'Ebola, le dépistage des patients à l'entrée et un soutien renforcé aux agents de santé. En conséquence, les établissements ciblés ont pu soutenir les activités et la réalisation du programme de lutte contre la tuberculose tout en évitant la contamination des agents de santé dans les dispensaires.³⁴

Défis et problèmes décrits :

- Lors de l'épidémie d'Ebola, les administrations d'un certain nombre de vaccins (rougeole, fièvre jaune, tuberculose, pentavalent) ont diminué dans la région de Guinée forestière.^{35,36}
- À Guéckédou, les habitants se sont abstenus de se rendre dans les établissements de santé par crainte d'être considérés comme des cas de MVE ou d'être contaminés par le virus. Ces craintes ont persisté près de 2 ans après la fin de l'épidémie.³⁷
- Lors d'une étude rétrospective par observation de cohortes portant sur les pratiques de recherche de soins prénatals chez les femmes de la région forestière, les auteurs ont constaté que le nombre de consultations pour les soins prénatals et les accouchements en clinique a considérablement diminué pendant l'épidémie de MVE et n'a pas retrouvé son niveau préalable à l'épidémie.³⁶
- Le détournement des ressources de santé publique en faveur de l'épidémie d'Ebola s'est répercuté sur les programmes de vaccination contre la poliomyélite et sur les activités de surveillance, ce qui a entraîné la propagation du poliovirus dérivé d'un vaccin en Guinée.³⁸
- À Guéckédou, en Guinée, une diminution des consultations médicales, des tests de dépistage du paludisme et des cas de paludisme signalés chez les enfants de moins de cinq ans a été observée pendant l'épidémie d'Ebola. Par ailleurs, les traitements des cas de paludisme non confirmés ont quant à eux augmenté. Les auteurs supposent qu'une telle diminution du recours au système de santé était probablement due à la peur de contracter Ebola dans un établissement de santé ou à la crainte d'obtenir un diagnostic du virus Ebola erroné, étant donné que le paludisme et l'Ebola commencent généralement par de la fièvre.³⁹

- L'épidémie d'Ebola en Guinée a engendré une diminution des diagnostics de nouveaux cas de tuberculose et de VIH/SIDA, ainsi qu'une réduction des inscriptions aux soins pour le VIH. Des entretiens non structurés avec les autorités locales et les patients ont mis en évidence la crainte générale de la population d'être isolée en tant que cas suspect d'Ebola et une tendance à une diminution des niveaux de confiance de la population générale envers un système de soins de santé défaillant.⁴⁰
- Une diminution du nombre de consultations pour le cancer a également été observée pendant l'épidémie d'Ebola. Les auteurs estiment que la diminution des consultations pour le cancer était probablement due à la peur de la maladie à virus Ebola et à une diminution de la confiance dans le système de soins de santé primaires.⁴¹

Descriptions des leçons apprises :

- Lors d'une épidémie d'Ebola, des ressources et une formation adéquates sur les diagnostics différentiels du paludisme/Ebola, ainsi qu'un approvisionnement suffisant en médicaments antipaludiques doivent être disponibles.³⁹
- Les établissements de santé et les programmes de soins de santé doivent rester vigilants et actifs pour le traitement et la prévention de toutes les maladies malgré le manque de fournitures et de ressources en temps d'épidémie. Les établissements de santé doivent également communiquer à la population leur protocoles de protection des patients contre le virus Ebola lorsque des soins de routine sont fournis.⁴⁰

Réintégration des survivants

Ce qui a fonctionné :

- Les entretiens menés en 2015 auprès de 121 survivants de la maladie à virus Ebola des districts de Conakry et de Coyah en Guinée ont révélé aux enquêteurs que de nombreux survivants étaient impliqués dans la réponse à la MVE par le biais d'études cliniques, de sensibilisation, de surveillance de la maladie, de traitement et de soutien psychologique aux patients et aux familles. En plus de constituer une source de revenus, la participation à l'intervention dans la lutte contre la MVE a aidé les survivants à accélérer leur acceptabilité sociale.⁴²

Défis et problèmes décrits :

- Lors d'entretiens avec des survivants de MVE dans les districts de Conakry et de Coyah entre avril et août 2015, la plupart des survivants ont rapporté un niveau socio-économique et psychologique inférieur à celui dont ils disposaient avant la MVE. Ils ont également signalé de faibles niveaux d'intégration sur leur lieu de travail ou dans leur cercles d'amis.⁴²
- Une étude de cohorte rétrospective menée de décembre 2015 à septembre 2016 sur la mortalité post-hospitalisation chez les survivants de la MVE a révélé une mortalité plus élevée chez ces sujets en Guinée par rapport à la population générale, et une mortalité d'autant plus élevée chez ceux dont le séjour en centre de traitement Ebola était plus long que chez ceux dont le séjour avait été plus court.⁴³
- Une étude portant sur les symptômes dépressifs chez les survivants de la MVE à Conakry a détecté des symptômes dépressifs chez 15 % des survivants, ce qui a affecté leur capacité de réinsertion sociale.⁴⁴
- Une étude sur les pratiques sexuelles chez les survivants de la MVE et leurs partenaires dans cinq préfectures de Guinée (Coyah, Forécariah, Macenta, Guéckédou et Conakry) en juin 2016 a révélé que la plupart des partenaires reçoivent des informations de la part de leurs partenaires, mais certains survivants de la MVE étaient réticents à parler à leurs partenaires au sujet de la persistance virale contenue dans leur sperme par peur de perdre leur partenaire.⁴⁵
- Les femmes survivantes du village de Fermessadou ont déclaré qu'elles avaient été stigmatisées et, dans certains cas, n'étaient pas en mesure de retourner au travail. En outre, elles ont signalé que les organisations de femmes qui leur fournissaient autrefois un soutien avaient perdu leur financement.⁴⁶

Descriptions des leçons apprises :

- Le risque élevé de mortalité chez les survivants de la MVE insiste sur la nécessité de mettre en œuvre des programmes de surveillance des survivants qui ne se concentrent pas exclusivement sur l'analyse des fluides corporels. Les survivants ayant été hospitalisés pendant plus de 12 jours devraient être spécifiquement invités à recourir aux services sociaux et de santé en vue de faire baisser leur taux de mortalité.⁴³
- Il est nécessaire de développer et de renforcer les systèmes de diagnostic en santé mentale et de prendre en charge les survivants de la MVE et ceux dont des proches sont tombés malades ou sont décédés de la MVE.⁴⁴
- Les partenaires sexuels doivent être présents à l'UTE lorsque leurs conjoints sortent d'hospitalisation afin de leur fournir des conseils concernant la prise de risques lors des rapports sexuels post-MVE.⁴⁵

Références

1. CDC. 2014-2016 Ebola Outbreak in West Africa. 2019.
2. Wilkinson A, Fairhead J. Comparison of social resistance to Ebola response in Sierra Leone and Guinea suggests explanations lie in political configurations not culture. *Critical Public Health*. 2017;27(1):14-27.
3. ACAPS. Ebola in West Africa, Guinea: Resistance to the Ebola Response. 2015.
4. Carrion Martin AI, Derrough T, Honomou P, et al. Social and cultural factors behind community resistance during an Ebola outbreak in a village of the Guinean Forest region, February 2015: a field experience. *International Health*. 2016;8(3):227-229.
5. Dixon MG, Taylor MM, Dee J, et al. Contact Tracing Activities during the Ebola Virus Disease Epidemic in Kindia and Faranah, Guinea, 2014. *Emerging Infectious Diseases*. 2015;21(11):2022-2028.
6. Ajelli M, Merler S, Fumanelli L, et al. Spatiotemporal dynamics of the Ebola epidemic in Guinea and implications for vaccination and disease elimination: a computational modeling analysis. *BMC Medicine*. 2016;14(1):130.
7. Enserink M. Infectious diseases. In Guinea, a long, difficult road to zero Ebola cases. *Science*. 2015;348(6234):485-486.
8. de Laat S. Television and ebola. In. *Elrha*.
9. Maclean R. Healers cure mistrust in Guinea's health system after horrors of Ebola. *the Guardian*. 2016.
10. Anoko J. Communication with rebellious communities during an outbreak of Ebola Virus Disease in Guinea: an anthropological approach.
11. Salvi C. WHO | Ebola diaries: Regaining the people's trust. *WHO*. 2015.
12. Faye O, Boelle PY, Heleze E, et al. Chains of transmission and control of Ebola virus disease in Conakry, Guinea, in 2014: an observational study. *The Lancet Infectious Diseases*. 2015;15(3):320-326.
13. Anoko J, Henry D. *Balancing Burial Rituals with Public Health Demands During the 2014 Guinean Ebola Epidemic*. Social Science for Humanitarian Action Platform; 2020/04// 2020. 8.
14. Thiam S, Delamou A, Camara S, et al. Challenges in controlling the Ebola outbreak in two prefectures in Guinea: why did communities continue to resist? *The Pan African medical journal*. 2015;22 Suppl 1:22.
15. Fairhead J. Understanding social resistance to the ebola response in the forest region of the republic of guinea: an anthropological perspective. *African Studies Review*. 2016;59(3):7-31.
16. Irwin KL, Jalloh MF, Corker J, et al. Attitudes about vaccines to prevent Ebola virus disease in Guinea at the end of a large Ebola epidemic: Results of a national household survey. *Vaccine*. 2017;35(49 Pt B):6915-6923.
17. Kpanake L, Sorum PC, Mullet E. Willingness to get vaccinated against Ebola: A mapping of Guinean people positions. *Human vaccines & Immunotherapeutics*. 2018;14(10):2391-2396.
18. Keita M, Camara AY, Traore F, et al. Impact of infection prevention and control training on health facilities during the Ebola virus disease outbreak in Guinea. *BMC Public Health*. 2018;18(1):547.
19. Soeters HM, Koivogui L, de Beer L, et al. Infection prevention and control training and capacity building during the Ebola epidemic in Guinea. *PLoS ONE [Electronic Resource]*. 2018;13(2):e0193291.
20. Toure A, Traore FA, Sako FB, et al. Knowledge, attitudes, and practices of health care workers on Ebola virus disease in Conakry, Guinea: a cross-sectional study. *Journal of Public Health and Epidemiology*. 2016;8(2):12-16.
21. Camara S, Delamou A, Millimouno TM, Kourouma K, Ndiaye B, Thiam S. Community response to the Ebola outbreak: Contribution of community-based organisations and community leaders in four health districts in Guinea. *Global Public Health*. 2020;15(12):1767-1777.
22. WHO | Helping Guinean communities fight Ebola. *WHO*. 2015.
23. WHO | "Wise people" help to fight Ebola in remote villages of Guinea. *WHO*. 2014.
24. Kpanake L, Gossou K, Sorum PC, Mullet E. Misconceptions about Ebola virus disease among lay people in Guinea: Lessons for community education. *Journal of Public Health Policy*. 2016;37(2):160-172.
25. Buli BG, Mayigane LN, Oketta JF, et al. Misconceptions about Ebola seriously affect the prevention efforts: KAP related to Ebola prevention and treatment in Kouroussa Prefecture, Guinea. *The Pan African medical journal*. 2015;22 Suppl 1:11.
26. Wilkinson A, Parker M, Martineau F, Leach M. Engaging 'communities': anthropological insights from the West African Ebola epidemic. *Phil Trans R Soc B*. 2017;372(1721):20160305.
27. Niederberger E, Ferron S, O'Reilly M. *Guide to Community Engagement in WASH: A practitioner's guide, based on lessons from Ebola*. OXFAM; 2016 2016.

28. Jalloh MF, Robinson SJ, Corker J, et al. Knowledge, Attitudes, and Practices Related to Ebola Virus Disease at the End of a National Epidemic - Guinea, August 2015. *MMWR - Morbidity & Mortality Weekly Report*. 2017;66(41):1109-1115.
29. Gamma AE, Slekiene J, von Medeazza G, Asplund F, Cardoso P, Mosler HJ. Contextual and psychosocial factors predicting Ebola prevention behaviours using the RANAS approach to behaviour change in Guinea-Bissau. *BMC Public Health*. 2017;17(1):446.
30. Gillespie AM, Obregon R, Asawi RE, et al. Social mobilization and community engagement central to the ebola response in west africa: lessons for future public health emergencies. *Global Health: Science and Practice*. 2016;4(4):626-646.
31. Kpanake L, Dounamou T, Sorum PC, Mullet E. What motivates individuals to volunteer in Ebola epidemic response? A structural approach in Guinea. *Human Resources for Health [Electronic Resource]*. 2019;17(1):81.
32. Bonwitt J, Dawson M, Kandeh M, et al. Unintended consequences of the 'bushmeat ban' in West Africa during the 2013-2016 Ebola virus disease epidemic. *Social Science and Medicine*. 2018;200:166-173.
33. Diggins J, Mills E. *The Pathology of Inequality: Gender and Ebola in West Africa*. Institute for Development Studies; 2015/02// 2015. 23.
34. Ortuno-Gutierrez N, Zachariah R, Woldeyohannes D, et al. Upholding Tuberculosis Services during the 2014 Ebola Storm: An Encouraging Experience from Conakry, Guinea. *PLoS ONE [Electronic Resource]*. 2016;11(8):e0157296.
35. Camara BS, Delamou AM, Diro E, et al. Influence of the 2014-2015 Ebola outbreak on the vaccination of children in a rural district of Guinea. *Public Health in Action*. 2017;7(2):161-167.
36. Delamou A, Ayadi AME, Sidibe S, et al. Effect of Ebola virus disease on maternal and child health services in Guinea: a retrospective observational cohort study. *The Lancet Global Health*. 2017;5(4):e448-e457.
37. Camara BS, Okumura J, Delamou A. Do memories of the Ebola virus disease outbreak influence post-Ebola health seeking behaviour in Gueckedou district (epicentre) in Guinea? A cross-sectional study of children with febrile illness. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1298.
38. Fernandez-Garcia MD, Majumdar M, Kebe O, et al. Emergence of Vaccine-Derived Polioviruses during Ebola Virus Disease Outbreak, Guinea, 2014-2015. *Emerging Infectious Diseases*. 2018;24(1):65-74.
39. Kolie D, Camara BS, Delamou A, et al. The Ebola-effect in Guinea 2014-15: Tangled trends of malaria care in children under-five. *PLoS ONE [Electronic Resource]*. 2018;13(2):e0192798.
40. Leuenberger D, Hebelamou J, Strahm S, Wandeler G, De Rekeneire N, Dabis F. Impact of the ebola epidemic on HIV care in Macenta, Forest Guinea, 2014. *Topics in Antiviral Medicine*. 2015;23 (E-1):42-43.
41. Traore B, Kourouma M, Bah M, Keita M. What Is the Impact of the Ebola Virus Disease Outbreak on Cancer Management in Guinea? *JCO Global Oncology*. 2020;6:913-918.
42. Delamou A, Camara BS, Kolie JP, et al. Profile and reintegration experience of Ebola survivors in Guinea: a cross-sectional study. *Tropical Medicine & International Health*. 2017;22(3):254-260.
43. Keita M, Diallo B, Mesfin S, et al. Subsequent mortality in survivors of Ebola virus disease in Guinea: a nationwide retrospective cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*. 2019;19(11):1202-1208.
44. Keita MM, Taverne B, Sy Savane S, et al. Depressive symptoms among survivors of Ebola virus disease in Conakry (Guinea): preliminary results of the PostEboGui cohort. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):127.
45. Konde MK, Diop MK, Curtis MY, et al. Sex practices and awareness of Ebola virus disease among male survivors and their partners in Guinea. *BMJ Global Health*. 2017;2(3):e000412.
46. McTernan BA. Social stigma compounds desperate poverty of Guinea's Ebola survivors. *the Guardian*. 2016.

Créé par Daiva Yee, Christina Craig, et Giulia Earle-Richardson, la réponse Ebola des CDC, groupe de travail Science Sociales et Comportementales, 12 mars, 2021

Les résultats et les conclusions de ce rapport sont ceux des auteurs et ne représentent pas nécessairement la position officielle de le CDC.

Pour plus d'informations, contactez Giulia Earle-Richardson,
GEarle-Richardson@cdc.gov.

Traduit par Trusted Translations, Inc.*

*Le nom de cette entreprise commerciale est inclus à titre d'information uniquement et ne représente pas une approbation par les Centres de contrôle et de prévention des maladies (U.S. Centers for Disease Control and Prevention), ou le Département américain de la santé et des services sociaux (U.S. Department of Health and Human Services).