

Diplomatie et Santé

Etudiant : Moussa KONATE

Sujet d'article

La coopération internationale et la couverture vaccinale en République de Guinée.

Cas de la riposte vaccinale contre l'épidémie de la maladie à virus Ebola 2014 à 2016

Resumé

Cet article analyse la coopération internationale dans la gestion de la recherche vaccinale contre l'épidémie de la maladie à virus Ebola en Guinée (2014-2016), en mettant en lumière le rôle clé des acteurs locaux et internationaux dans la couverture vaccinale. Face à la crise, la Guinée a reçu un soutien décisif de partenaires tels que l'OMS, Médecins Sans Frontières et d'autres partenaires notamment avec l'introduction du vaccin expérimental rVSV-ZEBOV. L'étude examine les mécanismes de coordination, les défis logistiques et organisationnels, ainsi que les tensions entre les différents acteurs impliqués. L'article conclut que, bien que la coopération internationale ait été cruciale pour contrôler l'épidémie, plusieurs leçons doivent être tirées pour renforcer la préparation des systèmes de santé nationaux, améliorer la coordination future et mieux intégrer les approches communautaires et la communication de crise.

Mots clés : Coopération internationale, Diplomatie sanitaire, recherche vaccinale, Ebola

Introduction

L'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) qui a frappé la Guinée entre 2014 et 2016 a constitué une crise sanitaire majeure, non seulement pour le pays, mais pour toute la région de l'Afrique de l'Ouest. Cette épidémie a mis en lumière les limites des systèmes de santé nationaux et la nécessité d'une coopération internationale renforcée face à de telles urgences sanitaires (Farrar et al., 2014). Face à l'ampleur de la crise, la Guinée a vu ses autorités et la communauté internationale se mobiliser pour contenir la propagation du virus. La riposte a notamment été marquée par l'introduction d'une vaccination expérimentale « vaccination en ceinture », un tournant dans la gestion de l'épidémie, avec des enjeux liés à la coordination des acteurs, à l'efficacité des stratégies déployées et à la gestion des ressources humaines et logistiques (WHO, 2015).

La problématique de cet article porte sur l'étude de la coopération internationale dans la gestion de la crise sanitaire d'Ebola en Guinée, en particulier à travers la mise en place de la recherche vaccinale pendant cette urgence. La question principale qui guide cette analyse est : comment la coopération internationale a-t-elle contribué à la recherche vaccinale en Guinée dans le cadre de l'épidémie de la maladie à virus Ebola ? A cette question principale, émergent d'autres questions dérivées à savoir : quel a été l'impact de cette coopération sur l'efficacité de la riposte sanitaire ? Quels acteurs ont participé à cette coopération et comment se sont organisées leurs interventions ? Quelles difficultés ont été rencontrées et quelles leçons peuvent être tirées pour de futures interventions en santé publique en Guinée ?

L'objectif principal de cet article est d'analyser le rôle de la coopération internationale dans la gestion de la recherche vaccinale lors de l'épidémie d'Ebola en Guinée. Plus spécifiquement, il

s'agit de comprendre comment les différents acteurs, locaux et internationaux, ont interagi dans le cadre de la mise en place de la recherche du vaccin expérimental contre Ebola, d'évaluer l'efficacité de cette riposte, et d'identifier les principaux défis rencontrés. Ce travail vise également à dégager des leçons pratiques pour renforcer la gestion des crises sanitaires futures, notamment en termes de coordination et de préparation à la gestion de pandémies à l'échelle mondiale.

L'intérêt de cette recherche réside dans sa capacité à fournir des propositions pratiques pour améliorer les réponses internationales aux crises sanitaires futures, en particulier en Afrique, où les systèmes de santé sont souvent fragiles. L'introduction de la recherche vaccinale dans des contextes d'urgence a soulevé des enjeux éthiques, logistiques et politiques, offrant un terrain d'analyse crucial pour les politiques de santé publique et la diplomatie sanitaire internationale (Chauvin, 2016). L'approfondissement de cette question peut également nourrir la réflexion sur la diplomatie de la santé et la manière dont les pays peuvent renforcer leur coopération dans le cadre de réponses à des pandémies mondiales (McDonald, 2015).

La méthodologie utilisée pour cette étude sera principalement qualitative, reposant sur une recherche documentaire exhaustive des sources disponibles, notamment des rapports d'organisations internationales telles que l'OMS, des publications académiques et des documents gouvernementaux (Khawaja et al., 2015). Une analyse complémentaire est réalisée à travers des interviews avec des personnes ressources ayant participé à la gestion de la crise sanitaire en Guinée, notamment des responsables de la santé publique, des experts en gestion des pandémies et des représentants d'ONG internationales. Ces entretiens ont permis d'apporter un éclairage supplémentaire sur les mécanismes de coordination, les obstacles rencontrés et les stratégies déployées.

Ce travail s'organise en trois grandes parties. La première partie propose une revue de la littérature sur la coopération internationale en diplomatie de la santé et la couverture vaccinale dans les situations de pandémie. La deuxième **partie analyse le contexte** spécifique de la gestion de l'épidémie de la MVE en Guinée, en mettant en lumière la forme de participation des principaux acteurs, tant nationaux qu'internationaux. Enfin, la troisième partie se concentre sur les mécanismes de coordination des acteurs, les problèmes rencontrés durant la riposte et les leçons tirées de cette crise sanitaire pour améliorer la gestion future des pandémies.

1.Revue de la littérature de la coopération internationale en diplomatie de la santé dans la couverture vaccinale contre des pandémies

La coopération internationale joue un rôle important dans l'amélioration de la couverture vaccinale contre des pandémies dans les pays en développement. Après avoir fait un état de l'art sur le rôle de la diplomatie de la santé dans la lutte contre des pandémies (1.1), ainsi les mécanismes de coopération internationale concernant la couverture vaccinale (1.2), il est important de s'intéresser aux politiques et stratégies adoptées par les pays et leurs partenaires en matière de diplomatie de la santé (1.3).

1.1.État de l'art sur la coopération internationale en diplomatie de la santé dans la lutte contre des pandémies

La coopération internationale en diplomatie de la santé a pris une ampleur significative face aux défis posés par les pandémies. Ce domaine émerge comme un cadre essentiel où les relations diplomatiques et les enjeux sanitaires se croisent, soulignant l'importance de la santé publique dans la stratégie globale des États (Smith, 2021). Les crises sanitaires, comme l'épidémie de VIH/SIDA et plus récemment la COVID-19, ont révélé que la santé est un vecteur de puissance douce (soft power) et un outil stratégique dans les relations internationales (Johnson, 2020). Des

initiatives telles que l'Alliance mondiale pour les vaccins (GAVI) et le mécanisme COVAX illustrent comment les pays peuvent unir leurs efforts pour mobiliser des ressources et renforcer les systèmes de santé à l'échelle mondiale (GAVI, 2021).

Les leçons tirées de ces crises sanitaires ont également mis en lumière la nécessité d'une approche collaborative et multisectorielle. Les organisations internationales, les ONG et les gouvernements travaillent ensemble pour établir des protocoles de réponse rapide aux épidémies, facilitant ainsi le partage d'informations et de meilleures pratiques (Lee et al., 2022). Des forums comme l'Assemblée mondiale de la santé offrent une plateforme où les États peuvent discuter des défis communs et élaborer des stratégies concertées pour améliorer la résilience face aux menaces sanitaires (Nguyen, 2021). Cette coopération a permis de renforcer les capacités locales et d'améliorer la préparation et la réponse aux crises de santé publique (Patel, 2020).

Cependant, cette dynamique de coopération est souvent entravée par des inégalités structurelles et des intérêts divergents entre les nations. Les pays à revenu élevé ont souvent plus de poids dans les décisions internationales, ce qui peut créer des tensions avec les pays en développement qui peinent à accéder aux ressources et aux technologies nécessaires pour faire face aux pandémies (Weiss, 2013). De plus, des enjeux politiques, comme le nationalisme sanitaire, peuvent freiner les initiatives collectives, rendant plus difficile la mise en œuvre d'accords globaux efficaces (Chou et al., 2020). Les divergences dans les priorités nationales et les préoccupations de sécurité peuvent également limiter la portée de la diplomatie de la santé (Freimuth et al., 2017).

Enfin, l'évaluation de l'impact de la diplomatie de la santé sur les politiques de développement est cruciale pour garantir une approche durable. Les initiatives de santé publique, lorsqu'elles sont intégrées dans une stratégie diplomatique plus large, peuvent contribuer à des partenariats durables qui renforcent les capacités locales (Sogge, 2002). En alignant les objectifs de santé publique avec les priorités de développement économique et social, les acteurs internationaux peuvent favoriser une coopération plus équitable et efficace (Zhang, 2023). À long terme, la diplomatie de la santé peut jouer un rôle central dans la création d'un cadre de solidarité mondiale, essentiel pour faire face aux futures menaces sanitaires.

1.2. Mécanismes de coopération internationale en diplomatie de la santé en matière de couverture vaccinale dans la lutte contre des pandémies

Les mécanismes de coopération internationale en diplomatie de la santé, en particulier en matière de couverture vaccinale, sont essentiels pour lutter efficacement contre les pandémies. Parmi les initiatives les plus significatives, on trouve le mécanisme COVAX, qui a été lancé pour garantir un accès équitable aux vaccins COVID-19 à tous les pays, quel que soit leur niveau de revenu. COVAX est une collaboration entre l'Organisation mondiale de la santé (OMS), GAVI, l'Alliance pour les vaccins, et la Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI). Ce partenariat vise à mobiliser des financements et à faciliter l'achat et la distribution de vaccins, tout en s'assurant que les pays les plus vulnérables reçoivent un soutien prioritaire (WHO, 2021).

Un autre mécanisme clé est l'Alliance mondiale pour les vaccins (GAVI), qui a été fondée en 2000 pour améliorer la couverture vaccinale dans les pays à revenu faible et intermédiaire. GAVI travaille avec des gouvernements, des organisations internationales, et le secteur privé pour fournir des vaccins à des coûts abordables, soutenant ainsi des campagnes de vaccination à grande échelle. Grâce à son modèle de financement innovant, GAVI a réussi à vacciner des millions d'enfants dans

des pays où l'accès aux soins de santé est limité, renforçant ainsi la résilience des systèmes de santé face aux épidémies (GAVI, 2021).

En plus de ces initiatives, les partenariats régionaux et bilatéraux jouent également un rôle crucial dans la diplomatie de la santé. Des accords entre pays, comme ceux établis par l'Union africaine, facilitent le partage des ressources et des technologies de vaccination. Par exemple, la plateforme AVAT (African Vaccine Acquisition Trust) a été créée pour aider les pays africains à acquérir des vaccins COVID-19 et à renforcer leur capacité de production locale (African Union, 2021). Ces efforts soulignent l'importance de la coopération régionale dans l'amélioration de la couverture vaccinale et dans la préparation à d'éventuelles futures pandémies.

Enfin, la diplomatie de la santé passe également par le partage des connaissances et des meilleures pratiques. Les forums internationaux, tels que l'Assemblée mondiale de la santé, offrent des espaces pour discuter des défis communs et coordonner les réponses aux crises sanitaires. Ces réunions favorisent la collaboration entre les pays pour élaborer des politiques de vaccination efficaces et échanger des informations sur les nouvelles technologies vaccinales. En intégrant des stratégies de vaccination dans une approche globale de santé publique, la coopération internationale renforce non seulement la couverture vaccinale, mais contribue également à un effort collectif pour protéger la santé mondiale face aux menaces pandémiques.

1.3. Politiques et stratégies adoptées par les pays et leurs partenaires dans la lutte contre les pandémies et la couverture vaccinale

Les pays en développement, souvent confrontés à des défis structurels et des systèmes de santé fragiles, ont adopté diverses politiques et stratégies pour lutter contre les pandémies et améliorer la couverture vaccinale. Un des axes principaux est le renforcement des infrastructures de santé. Cela inclut l'amélioration des installations médicales, la formation du personnel de santé et l'augmentation des budgets alloués à la santé publique (World Health Organization, 2020). Les gouvernements collaborent également avec des organisations internationales comme l'OMS et des ONG pour mettre en place des programmes de vaccination ciblés, notamment dans les zones rurales où l'accès aux soins est limité (GAVI, 2021).

La sensibilisation des populations joue un rôle crucial dans ces stratégies. Des campagnes d'information sont menées pour éduquer les communautés sur l'importance de la vaccination et des mesures de prévention (Vandermeulen et al., 2021). L'utilisation des technologies numériques, comme les réseaux sociaux et les applications de santé, s'est également avérée efficace pour toucher un public plus large et corriger les fausses informations concernant les vaccins (Chou et al., 2020). Ces initiatives visent à accroître la confiance des populations dans les vaccins et à encourager une participation active à la vaccination (Freimuth et al., 2017).

Les partenariats internationaux sont essentiels dans la lutte contre les pandémies. Les pays en développement s'associent à des entités comme le GAVI (Alliance mondiale pour les vaccins) pour bénéficier de financements, d'accès à des vaccins et de soutien logistique (GAVI, 2021). Ces collaborations permettent également d'accélérer la recherche et le développement de vaccins adaptés aux besoins spécifiques des pays à revenu faible ou intermédiaire (Patel et al., 2021). En outre, la solidarité internationale, illustrée par des initiatives comme le mécanisme COVAX, vise à garantir un accès équitable aux vaccins, renforçant ainsi la résilience des systèmes de santé (WHO, 2021).

Enfin, l'intégration de la santé publique dans les politiques de développement économique et social est une stratégie adoptée par de nombreux pays. Les gouvernements reconnaissent que la santé est un déterminant clé du développement durable et investissent dans des programmes multisectoriels qui intègrent la santé, l'éducation et la nutrition (UNDP, 2022). Cette approche holistique favorise non seulement la couverture vaccinale, mais contribue également à la préparation et à la réponse face aux pandémies futures, renforçant ainsi les capacités locales à gérer des crises sanitaires de manière proactive et efficace.

2. Le contexte et la forme de participation des principaux acteurs dans la gestion de l'Epidémie de la maladie à Virus Ebola en Guinée

L'épidémie de la maladie à virus Ebola en Guinée, survenue entre 2014 et 2016, a révélé l'ampleur des défis liés à la gestion d'une crise sanitaire d'envergure mondiale. L'analyse du contexte d'apparition de cette l'épidémie en Guinée (2.1), permet de comprendre la forme de la participation de multitude d'acteurs internationaux (2.2) et nationaux (2.3), chacun jouant un rôle spécifique dans la réponse à l'urgence.

2.1. Contexte de la crise sanitaire à Epidémie à Virus Ebola

L'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) qui a frappé la Guinée entre 2014 et 2016 a été l'une des crises sanitaires les plus dévastatrices du XXI^e siècle. Enregistrant environ 3800 cas confirmés et 2544 décès, avec plus de 6000 orphelins, cette épidémie a eu des répercussions dramatiques sur la population guinéenne et a affecté tous les secteurs de développement du pays (WHO, 2016). Le secteur de la santé, déjà fragile avant l'apparition de l'épidémie, a été rapidement débordé par la situation, avec une insuffisance de préparation, des ressources humaines limitées, l'absence de centres d'isolement adéquats et des moyens logistiques insuffisants pour gérer les traitements et le transport des malades (Khawaja et al., 2015). En outre, la capacité du pays à gérer efficacement l'épidémie a été largement freinée par le manque d'ambulances et de matériel nécessaire pour la riposte (Diallo, 2015).

Au-delà du secteur de la santé, l'épidémie a provoqué des perturbations profondes dans plusieurs autres secteurs clés du pays, notamment l'économie, les transports et l'exploitation minière. Les mesures de confinement, de quarantaine et de fermeture des frontières ont engendré une paralysie partielle de l'activité économique, affectant les chaînes d'approvisionnement et la mobilité des personnes (UNDP, 2015). L'isolement de certaines communautés, ainsi que les restrictions sur les déplacements, ont eu des conséquences négatives sur le commerce et la production agricole (Chauvin, 2016). Dans un contexte déjà fragile, ces perturbations ont exacerbé les difficultés économiques et sociales du pays, mettant en lumière la vulnérabilité de la Guinée face à des crises sanitaires majeures (Kouadio et al., 2017).

Dès l'apparition de l'épidémie en mars 2014, les autorités guinéennes se sont retrouvées face à une maladie grave et mal comprise. Face à l'urgence de la situation, elles ont rapidement sollicité l'aide de la communauté internationale, notamment l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), les Nations Unies et diverses ONG (Farrar et al., 2014). Diverses stratégies de riposte ont été mises en œuvre pour limiter la propagation du virus, telles que la sensibilisation des populations, l'isolement des cas confirmés dans des centres de traitement et la mise en place de mesures de prévention, y compris des quarantaines communautaires (Diallo et al., 2015). **Malgré** ces efforts, les moyens déployés se sont révélés insuffisants face à l'ampleur de l'épidémie, qui s'est rapidement étendue de deux préfectures initiales (Guéckédou et Macenta) à 23 préfectures en fin 2014. Les premiers mois de lutte ont été marqués par une réponse lente et une adaptation difficile aux défis que posait la maladie (McDonald, 2015).

À partir de janvier 2015, un tournant majeur a été marqué par la proposition de l'OMS d'introduire un essai clinique d'un vaccin prometteur (rVSV-ZEBOV) pour lutter contre la MVE (Henao-Restrepo et al., 2017). Avant l'introduction de ce vaccin, les stratégies mises en place étaient insuffisantes pour enrayer la propagation du virus (WHO, 2015). La recherche vaccinale, bien qu'en cours en phase d'expérimentation, est devenue la pierre angulaire de la réponse internationale. Son introduction a permis de freiner l'extension de l'épidémie et de réduire le nombre de cas nouveaux (Kouadio et al., 2017). Cette crise a également mis en évidence les lacunes en matière de préparation et de coordination entre les acteurs nationaux et internationaux dans la gestion des urgences sanitaires. Les leçons tirées de cette expérience soulignent la nécessité d'une meilleure préparation en matière de ressources humaines, de logistique et de réactivité face à des pandémies, ainsi que l'importance d'une coopération internationale renforcée dans la gestion des crises sanitaires mondiales.

2.2. Acteurs internationaux

Au niveau international, de nombreux acteurs sont intervenus dans la gestion MVE dans plusieurs domaines et sous diverses formes notamment dans le domaine financier, logistique ainsi que dans les études et recherches.

En effet, **dans le domaine financier**, une importante mobilisation des ressources a été observée. À la date du 31 décembre 2015, le montant total des contributions financières enregistrées par la Coordination nationale s'élevait à 228 798 000 USD, répartis entre plusieurs types de bailleurs. Parmi ces contributions, 115 287 000 USD provenaient des organisations multilatérales telles que la Banque Mondiale, la Banque Africaine de Développement (BAD), et la Banque Islamique de Développement (BID). Les partenaires techniques ont apporté 15 952 000 USD, tandis que les partenaires bilatéraux ont contribué à hauteur de 93 720 000 USD. Enfin, les ONG et les acteurs privés étrangers ont participé pour un montant de 3 839 000 USD. Ces contributions financières ont permis de soutenir diverses initiatives essentielles dans la lutte contre l'épidémie, en particulier dans la gestion des ressources humaines et matérielles nécessaires à la riposte.

Dans le domaine logistique, plusieurs bailleurs ont fourni un soutien crucial pour la gestion de l'épidémie d'Ebola. Au niveau multinational, des institutions telles que la Banque Mondiale, la Banque Africaine de Développement (BAD), et la Banque Islamique de Développement (BID) ont facilité l'allocation de ressources financières pour renforcer les infrastructures et la logistique sur le terrain. Au niveau multilatéral, des agences comme l'OMS, l'UNICEF, et l'UNFPA ont déployé du matériel médical, des équipements de protection et ont assuré le transport et la distribution de fournitures essentielles dans les zones les plus affectées. Du côté bilatéral, des pays comme la Turquie, l'Arabie Saoudite, la France, les USA, la Chine, et d'autres ont fourni un soutien matériel et logistique substantiel, y compris la construction d'infrastructures, le transport de matériel, et la mise en place de centres de traitement. L'ensemble de ces efforts a contribué à améliorer les conditions de prise en charge des patients, à faciliter les opérations de surveillance épidémiologique, et à renforcer la réponse rapide aux foyers épidémiques.

Dans le domaine des études et recherches, les contributions internationales ont été également cruciales pour mieux comprendre le virus et développer des solutions de lutte efficaces. Plusieurs institutions et organisations internationales ont été impliquées dans la recherche scientifique, notamment pour le développement de traitements et de vaccins. Des organismes de recherche comme Bioaster, Biofire, le CEA (Commissariat à l'énergie atomique), les CDC des USA, et INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) ont joué un rôle central dans les essais cliniques et l'analyse des données épidémiologiques. Des universités et instituts de recherche, tels que l'Université du Québec, l'Institut Pasteur de Dakar, et Naturel Pharma International, ont également contribué aux recherches sur le virus et les interventions possibles.

Les ONG Internationales MSF (Médecins Sans Frontières), l'OMS, et le Wellcome Trust ont été impliqués dans des études pratiques sur le terrain, offrant leur expertise en matière de gestion des soins, de prévention et de contrôle de l'épidémie. Ces efforts ont été essentiels pour l'évolution de la riposte contre Ebola, avec des avancées notables dans le développement des vaccins et des traitements, renforçant ainsi l'efficacité de la réponse mondiale à cette crise sanitaire. Le tableau n°1, ci-dessous, montre globalement les montants des contributions en dollars US, des différents partenaires internationaux et leur agence d'exécution.

Tableau n°1. Les contributions des principaux acteurs internationaux et leur agence d'exécution

ACTEURS	CONTRIBUTION EN USD	AGENCE D'EXECUTION
MULTILATERAUX	115 287 000	OMS, CNRE, UNICEF, PAM et CNE, Ministère de la Santé
PARTENAIRES TECHNIQUES	15 952 000	OMS sur fonds propre, UNICEF sur fonds propres, UNFPA sur fonds propres et MS
BILATERAUX	93 720 000	ONG marocaines, UNICEF, OMS, PAM, MS, Croix Rouge, Ministère de la Santé, ACF, Save Children, HCR
ACTEURS PRIVÉS ÉTRANGERS	3 839 000	CNRE en nature, Plan Guinée.
TOTAL	228 798 000	

Sources : Ministère de la Santé et de l'hygiène publique

2.3. Acteurs nationaux

L'analyse des acteurs nationaux dans la riposte contre Ebola se fait à trois niveaux distincts : le niveau central, la coordination nationale de la riposte, et le niveau opérationnel. Ces niveaux ont interagi de manière fluide et complémentaire, permettant ainsi de structurer et de coordonner les efforts de lutte contre l'épidémie.

Au niveau central, la Présidence de la République et le Gouvernement ont joué un rôle déterminant dans les prises de décisions politiques . L'une des premières étapes pour garantir l'efficacité de la riposte a été l'obtention de l'adhésion politique au plus haut niveau, ce qui a nécessité de nombreuses réunions et concertations au sein du comité interministériel de la riposte. Ces réunions ont permis de formuler des stratégies de ripostes adaptées à la situation de l'épidémie.

L'implication directe des membres du siège de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) pour appuyer le bureau pays a été un facteur clé dans la prise de décision. Cette collaboration a permis d'étayer les discussions avec des données scientifiques et de rassurer les décideurs nationaux sur l'efficacité et la sécurité des interventions proposées.

Cependant, la question de l'essai vaccinal a suscité un certain scepticisme au sein des autorités politiques et sanitaires, notamment à cause du terme "essai vaccinal" pendant une urgence sanitaire, qui a engendré des doutes étant donné que le pays n'avait pas eu ce genre d'expérience y compris d'autres pays aussi. La présentation des résultats des phases 1 et 2 des essais cliniques a permis de lever une partie de ces réticences. De plus, la présence d'un membre de la délégation de la Coordination nationale de lutte contre Ebola ayant déjà pris le vaccin a contribué à rassurer le comité interministériel et la Présidence. Finalement, grâce à ces efforts de conviction, le comité interministériel, soutenu par la Présidence, a donné son feu vert pour l'introduction de la recherche vaccinale , marquant ainsi un tournant dans la gestion de l'épidémie.

La Coordination nationale de la riposte contre Ebola a été composée à la fois d'acteurs nationaux et internationaux, et a joué un rôle central dans la mise en œuvre des stratégies de lutte. Cette coordination a multiplié les séances de concertation pour garantir une cohésion entre les différentes parties prenantes, qu'elles soient nationales ou internationales.

Un élément crucial dans l'acceptation de la stratégie de vaccination a été l'avis favorable du comité d'éthique, qui a validé le Protocol de l'introduction de la recherche vaccinale contre la Maladie à Virus Ebola (MVE). Cette approbation a été un facteur déterminant dans la décision de poursuivre l'essai vaccinal. Toutefois, des divergences sont apparues au sein de la coordination, opposant les partisans de la recherche vaccinale à ceux qui y étaient réticents.

Les discussions ont été marquées par des débats autour de la fiche de consentement, notamment la mention des effets secondaires du vaccin. En raison de la nouveauté du vaccin et de l'absence d'essais à grande échelle, certains acteurs, tant nationaux qu'internationaux, ont exprimé des craintes sur la possibilité de nouveaux effets secondaires, voire de décès. Ces préoccupations ont conduit à des hésitations et à un rejet partiel du programme de la recherche vaccinale par certains membres de la coordination.

Cependant, après plusieurs rencontres et débats, la majorité des membres de la coordination ont finalement adopté la stratégie vaccinale. Ces échanges ont permis de surmonter les objections en se basant sur l'analyse des échecs des stratégies précédentes et sur l'espoir suscité par une nouvelle approche. L'unité dans la prise de décision de la coordination nationale a finalement permis de lancer l'essai vaccinal dans un climat de confiance renouvelée.

Au niveau opérationnel, l'un des moments clés a été le lancement de l'essai vaccinal. La préparation de cet événement a impliqué des contacts avec le Premier Ministre et le Ministre de la Santé afin de conférer à l'opération un caractère symbolique et politique fort. Cette démarche visait également à rassurer la population guinéenne sur l'engagement des autorités et des partenaires à lutter contre l'épidémie.

Le Premier Ministre avait initialement prévu de recevoir le vaccin en public, devant les médias nationaux et internationaux, afin de montrer l'exemple. Cependant, en raison de contraintes d'agenda, cette cérémonie a été modifiée et 20 membres de la Coordination nationale de la riposte contre Ebola ont reçu les premières doses de vaccin. Parmi ces membres figuraient des personnalités clés telles que le Ministre de la Santé, le Coordinateur national de la riposte, le représentant de l'OMS, des représentants des leaders religieux, ainsi que des cadres du laboratoire des fièvres hémorragiques. Cet événement, largement médiatisé, a joué un rôle majeur dans la sensibilisation et l'acceptation de l'essai vaccinal en Guinée.

Sur le terrain, la mise en œuvre de recherche vaccinale a suscité une forte mobilisation des leaders communautaires. La sensibilisation des communautés a été cruciale pour obtenir leur adhésion. Des ceintures de vaccination ont été mises en place autour des cas confirmés tout en ciblant les contacts ainsi que les contacts des contacts ont été recensés et vaccinés après leur consentement. Cette approche ciblée visait à limiter la propagation du virus en intervenant rapidement autour des foyers d'infection.

Pour surmonter les résistances, notamment dans les zones où des réticences existaient, la coordination avec les leaders communautaires a été essentielle. Ces leaders, qu'ils soient politiques, religieux, ou communautaires, ont joué un rôle fondamental dans la gestion des réticences et dans l'adhésion de la population à la recherche vaccinale. Parmi les responsables impliqués dans cette phase, on peut citer les Gouverneurs de région, les préfets, les Sous-Préfets, les Maires, ainsi que des responsables religieux tels que les Prêtres, les Imams, et les leaders d'associations de jeunesse et de femmes. Ces acteurs ont non seulement pris part à la vaccination,

mais ont aussi joué un rôle de modèle en se faisant vacciner en public, ce qui a largement contribué à renforcer la confiance de la population à l'opération.

Tableau n°2. Synthèse des rôles d'autres acteurs de la préparation et la mise en œuvre du cerclage

N°	ACTEURS	RÔLES
1	ETAT	Fournir ressources humaines, nourritures, médicaments essentiels et prix de sauce (condiments y compris viande et poisson alterné) termoflash, véhicule etc....
2	OMS	Experts ou consultants, outils de gestion termoflash, véhicule
3	UNICEF	Mobilisation sociale/sensibilisation, aménagement base vie pour les équipe, organisation d'émissions de sensibilisation dans les radios nationales et communautaires de la Région, fourniture eau potable à travers la mise à disposition de forage
4	CROIX ROUGE Guinéenne	Sensibilisation ; visite domiciliaire, désinfection, fourniture de postes radio solaire aux ménages ; organisation des émissions à travers une radio mobile en langues locales
5	PAM	Appui à la logistique, transport matériels, construction de la base vie
6	MSF/ALIMA/ CROIX ROUGE FRANCAISE	Prise en charge des cas confirmés provenant de la zone de cerclage
7	ETAT/OIM/OMS/C DC/	Recherche active des contacts qui se sont déplacés hors de la zone de cerclage
8	Ambassadeurs (UE, Japon, Russie	Implication dans la sensibilisation, la galvanisation de la communauté Internationale

Source: Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSS).

L'implication à plusieurs niveaux des acteurs nationaux dans la riposte contre Ebola, que ce soit au niveau central, au sein de la coordination nationale, ou au niveau opérationnel sur le terrain, a permis de structurer une réponse cohérente et adaptée à l'épidémie. L'engagement politique au plus haut niveau, la coordination efficace entre les parties prenantes, et l'implication des communautés locales ont été des éléments déterminants dans la gestion de la crise. Grâce à cette approche multidimensionnelle, la Guinée a pu surmonter les obstacles à la recherche vaccinale et contrôler l'épidémie d'Ebola.

3. Mécanisme de coordination des acteurs, problèmes rencontrés et leçons tirées de la crise sanitaire de l'épidémie à virus Ebola en Guinée

La crise sanitaire liée à l'épidémie à virus Ebola, survenue en Guinée entre 2014 et 2016, a révélé les défis majeurs de la coordination entre les différents acteurs de la santé publique, tant au niveau national qu'international. Face à une situation d'urgence complexe, les autorités sanitaires et les organisations humanitaires ont dû s'adapter et mettre en place des stratégies de collaboration souvent difficiles à harmoniser. L'analyse des mécanismes de coordination (3.1) et des difficultés rencontrées (3.2), permet de mieux comprendre les leçons à tirer (3.3) de cette expérience pour renforcer les réponses sanitaires face à de telles urgences.

3.1. Mécanismes de coordination mis en place pour soutenir la riposte

La coordination de la riposte contre Ebola a été instaurée le 5 septembre 2014 en Guinée pour répondre efficacement à la crise sanitaire. Elle était composée de cinq commissions spécialisées, ainsi qu'une unité de coordination centrale. Ces commissions exerçaient des responsabilités spécifiques, à savoir : surveillance épidémiologique, communication et mobilisation sociale, prise en charge des malades, logistique et laboratoire. Chaque commission était chargée de coordonner les efforts dans son domaine, d'identifier les obstacles rencontrés, et de proposer des solutions appropriées. Ces comités jouaient un rôle crucial dans la mise en œuvre des stratégies de riposte, en garantissant que chaque aspect de la gestion de l'épidémie était couvert de manière cohérente et complémentaire.

Les commissions se réunissaient régulièrement pour faire le point sur les activités en cours et identifier les problèmes rencontrés sur le terrain. Ces réunions périodiques permettaient de discuter des avancées, de remédier aux difficultés et de proposer des ajustements dans la mise en œuvre des actions. Après chaque réunion, les commissions rendaient compte de leurs travaux lors de grandes réunions plénières, où se retrouvaient les chefs de commissions, leurs rapporteurs et les responsables de l'unité de coordination centrale. Cela favorisait une communication fluide et un suivi constant des opérations. La composition des commissions était mixte, associant des acteurs de l'État et des partenaires étrangers, ce qui a permis une gestion plus inclusive et une meilleure intégration des savoir-faire internationaux.

En plus des commissions opérationnelles, il existait également une commission stratégique qui jouait un rôle fondamental dans la validation des nouvelles stratégies et interventions. Cette commission était responsable de l'évaluation de la pertinence des approches proposées avant leur mise en œuvre. Dans le cadre de la lutte contre Ebola, l'introduction de nouvelles stratégies, telles que l'essai vaccinal, a été soumise à un processus de validation minutieux. Cette étape a impliqué l'obtention de l'avis favorable du comité éthique et l'engagement du gouvernement à soutenir l'introduction du vaccin dans la riposte. La commission stratégique a joué un rôle clé dans la décision de lancer ces initiatives, garantissant que les stratégies respectaient les normes éthiques et qu'elles étaient adaptées à la situation sanitaire du pays.

L'introduction de la recherche vaccinale dans le cadre de la riposte a été largement soutenue par la majorité des parties prenantes impliquées dans la gestion de l'épidémie. Cependant, des réticences ont été observées à tous les niveaux de la coordination. Ces résistances étaient principalement dues à un manque d'information claire concernant les résultats des essais cliniques du vaccin et la nature des effets secondaires potentiels. En raison de la nouveauté de la vaccination et du fait que certains effets secondaires n'étaient pas entièrement connus à ce moment-là, de nombreux acteurs, tant nationaux qu'internationaux, étaient préoccupés par les risques associés. Malgré cela, grâce aux efforts de communication et de mobilisation sociale menés par la coordination, et après des échanges fructueux entre les autorités sanitaires, les experts et la population, la recherche vaccinale a fini par être largement acceptée, contribuant de manière significative à la riposte contre.

Tableau n°3. Synthèse des rôles des acteurs impliqués dans la vaccination.

N°	ACTEURS	RÔLES
1	ETAT	<ul style="list-style-type: none"> • Co-sponsor, • Coordination des activités selon le protocole et SOPs, • Veuillez au respect du protocole et SOPs pendant l'implémentation, et participe à l'adaptation du protocole selon le contexte et soumission. • Sensibilisations des communautés.
2	Comité d'éthique	<ul style="list-style-type: none"> • Revue et approbation du protocole de recherche, • Veuillez au respect du protocole et SOPs pendant l'implémentation.
3	Direction Nationale de la Pharmacie et du médicaments (MSHP)	Autorisation d'importation du vaccin dans le pays après l'évaluation des données existantes du vaccin à travers la brochure d'investigation et le certificat d'analyse.
4	SAGE (Strategic Advisory Group of Experts on Immunization)	Responsable des recommandations scientifiques selon les évidences disponibles.
5	OMS	<ul style="list-style-type: none"> • Leader de la recherche vaccinale ; • Elaboration du protocole, formulaire de consentement et SOPs, • Formation des investigateurs sur le protocole et SOPs, bonne pratique clinique, • Veuillez au respect du protocole et SOPs pendant l'implémentation, l'acquisition des vaccins, le soutien. • Responsable de toutes les opérations de vaccination • Logistique vaccinale.
6	MSF	Vaccination du personnel soignants (sécurité et immunogénicité du vaccin)

3.2. Problèmes opérationnels rencontrés et tensions diplomatiques constatées dans la gestion du processus de riposte contre la MVE

L'application du protocole de l'essai vaccinal a soulevé plusieurs débats entre les épidémiologistes nationaux et internationaux, ainsi que l'équipe responsable de la mise en œuvre la recherche vaccinale, en particulier les défis liés au respect du protocole et le respect des principes d'éthique (confidentialité, respect du participant etc.). Le protocole ordonnait de vacciner uniquement les contacts directs des cas confirmés et, dans certains cas, les contacts des contacts éligibles. Cette approche, qui se basait sur une sélection par la technique dite du 1/2 (une méthode randomisée pour administrer soit le vaccin immédiatement « bras immédiat », soit 21 jours après « bras retardée ») selon le résultat pour avoir un comparatif, a généré des divergences sur son efficacité. En effet, parmi les personnes ayant reçu le vaccin 21 jours, certains ont malgré tout contracté la maladie, ce qui a conduit à soutenir l'efficacité du vaccin après une comparaison avec le bras

immédiat. Cependant, après trois mois d'observation, une diminution significative du nombre de nouveaux cas dans les zones ayant bénéficié de la vaccination immédiate a été constatée, ce qui a permis de conforter les partisans de la méthode, malgré les inquiétudes liées aux effets secondaires et à la sélection aléatoire.

Face à la baisse du nombre de cas dans les zones vaccinées et aux résultats prometteurs observés au cours des trois premiers mois, les autorités sanitaires nationales et l'OMS sous recommandation du SAGE ont jugé nécessaire de réviser le protocole en supprimant la randomisation afin d'aider à stopper la chaîne de transmission vu les premiers résultats. En janvier 2016, la Guinée a officiellement sollicité un amendement du protocole pour inclure les proches des survivants des localités touchées dont les contacts des cas confirmés n'avaient pas bénéficiés de la vaccination. Cette demande a été soutenue par les experts du CDC (Centers for Disease Control and Prevention), qui ont facilité la révision du protocole grâce à des échanges directs entre la Direction du CDC à Atlanta (USA) et le siège de l'OMS. L'amendement du protocole a permis de vacciner un plus grand nombre de personnes, ce qui a contribué à augmenter le taux de couverture vaccinale et à améliorer l'adhésion des communautés, tout en renforçant le contrôle rapide des foyers de MVE dans des régions spécifiques, notamment les sous-préfectures de Koropara en 2016 et de Gouécké en 2021, dans la préfecture de N'Zérékoré.

Un autre défi majeur dans la riposte contre Ebola était lié à la logistique de la distribution et de la conservation du vaccin, qui nécessitait une chaîne de froid à -80°C, une gestion rigoureuse pour garantir la stabilité du vaccin. Le vaccin était sous la responsabilité des co-sponsors MSP et de l'OMS, qui assurait non seulement la fourniture, mais également le respect du protocole d'utilisation. Les difficultés rencontrées comprenaient la disponibilité de la chaîne de froid -80°C, la gestion du vaccin dans endroits reculés et les conditions strictes de transport du vaccin, en particulier dans des régions reculées où l'accès était limité qui ont été palliés par des formations et la mise à disposition des Arkteks pour le transport et la conservation du vaccin. Pour surmonter ces obstacles, une synergie d'action a été mise en place entre plusieurs partenaires sur le terrain, notamment l'OMS, le PAM (Programme Alimentaire Mondial), le CDC, ALIMA, et d'autres acteurs. Cette collaboration interinstitutionnelle a permis de surmonter les problèmes logistiques et de garantir que le vaccin parvienne aux zones les plus touchées tout en maintenant les conditions optimales de conservation en utilisant des Arkteks et les moyens de déplacement.

Les aspects éthiques de l'essai vaccinal ont également constitué un point de friction. La répartition des vaccins et l'inclusion de la randomisation (vaccination immédiate ou retardée) ont suscité des interrogations, tant au niveau des autorités locales que des acteurs internationaux. Le fait que certains individus aient été vaccinés en retard (21 jours après la randomisation), tout en étant exposés au virus, a soulevé des préoccupations, en particulier parmi les communautés locales et certains observateurs externes, qui estimaient que cette approche était risquée et manquait de transparence.

Par ailleurs, des tensions diplomatiques ont émergé entre les partenaires internationaux et les acteurs nationaux, parfois dus à des divergences sur le protocole, la distribution des ressources, et l'alignement des stratégies de riposte. Ces tensions ont été partiellement résolues par le dialogue continu et les ajustements dans le protocole, mais elles ont également mis en lumière les défis liés à la coordination de multiples acteurs dans un contexte de crise sanitaire mondiale. La communication efficace et le consensus entre les différentes parties prenantes ont donc été essentiels pour surmonter ces obstacles éthiques et diplomatiques, afin de garantir que les stratégies de recherche vaccinale soient acceptées et mises en œuvre de manière optimale.

3.3. Les leçons tirées du processus et mécanisme de gestion de riposte contre la MVE en Guinée

La gestion de la riposte contre l'épidémie d'Ebola a mis en lumière l'importance de la collaboration entre divers acteurs nationaux et internationaux. La cellule de coordination a joué un rôle clé en fédérant tous ces acteurs autour d'un objectif commun : la lutte contre l'épidémie. Cette collaboration a été fondée sur un dialogue constant et la négociation, visant à établir des accords et à surmonter les divergences.

La multiplicité des acteurs, avec leurs points de vue et leurs expériences variées, a certes apporté une richesse dans les propositions et les approches. D'un côté, cette diversité a été perçue comme un atout, en montrant le degré de priorité accordé à l'épidémie par l'État et ses partenaires, tout en permettant de partager des expériences constructives. De l'autre côté, cette même multiplicité a constitué un frein à la prise de décision rapide, provoquant des retards dans certaines actions cruciales, comme la mise en place des mesures de cerclage et le démarrage de la vaccination dans certaines localités, nuisant ainsi à la réactivité de la riposte.

En plus, parmi les facteurs ayant retardé le contrôle de l'épidémie, le manque de préparation préalable et le faible niveau de formation des agents de riposte ont joué un rôle crucial. La gestion de la crise a souffert de l'absence d'une structure préexistante et de personnels suffisamment formés pour répondre efficacement à une épidémie de cette ampleur. De plus, le retard dans l'homologation du vaccin a contribué à ralentir la mise en place de stratégies de vaccination préventive, un élément clé pour maîtriser l'épidémie. Ces défis organisationnels ont non seulement complexifié la réponse immédiate à la crise, mais ont également mis en évidence les lacunes dans la préparation des systèmes de santé, qui nécessitaient des réformes et un renforcement des capacités pour une gestion plus réactive en cas de futures urgences sanitaires.

Pour surmonter ces défis, l'État guinéen, avec le soutien de l'OMS et d'autres partenaires, a organisé une revue de l'action qui a permis de poser les bases d'un plan de renforcement de la surveillance épidémiologique et de la réponse aux épidémies. Ce plan a conduit à la mise en place de dispositifs stratégiques pour améliorer la réactivité du pays face à toute future crise sanitaire. Parmi ces dispositifs figurent la création de l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSS), la mise en place de centres d'opération d'urgence dans toutes les préfectures et communes de Conakry, ainsi que la constitution d'équipes régionales et préfectorales de riposte. Ces initiatives ont permis de renforcer la surveillance et la gestion rapide des épidémies en renforçant les capacités locales à identifier et contenir rapidement les foyers d'infection.

Une autre mesure essentielle a été l'intensification des formations pour les équipes impliquées dans la gestion des épidémies. Des séances de formation ont été organisées à tous les niveaux, incluant la surveillance intégrée des maladies et de la riposte (SIMR) pour les agents de santé, ainsi que des formations en épidémiologie de terrain et en gestion logistique en situation d'urgence. L'institutionnalisation de cette formation dans les écoles de sciences médicales et l'introduction de la formation dans le cadre de la "One Health" (approche intégrée de la santé humaine, animale et environnementale) ont permis de développer une réponse plus coordonnée et holistique aux épidémies. Ces initiatives ont non seulement permis de contrôler rapidement les résurgences d'Ebola en six semaines, mais elles ont également facilité la détection et la riposte à d'autres épidémies comme la fièvre Lassa, la Covid-19, la rougeole, et la diphtérie. En renforçant les capacités locales à réagir rapidement, la Guinée a amélioré sa résilience face aux futures menaces épidémiques.

Au total, la gestion de l'épidémie d'Ebola en Guinée a mis en évidence l'importance d'une coordination fluide et efficace entre les différents acteurs de la santé publique, tant au niveau

national qu'international. Les difficultés rencontrées tout au long de la crise ont révélé des lacunes dans la communication, la logistique et la gestion des ressources humaines, soulignant la nécessité de renforcer les mécanismes de collaboration et de préparation. Toutefois, les leçons tirées de cette expérience ont permis d'identifier des pistes d'amélioration pour les interventions sanitaires futures, telles que l'importance d'une planification anticipée, d'une meilleure gestion des relations entre acteurs et d'une coordination renforcée au sein des équipes. En définitive, ces enseignements contribuent à l'édification de réponses plus solides face aux crises sanitaires globales.

Conclusion

L'épidémie de la maladie à virus Ebola en Guinée (2014-2016) a révélé les vulnérabilités des systèmes de santé nationaux face à des crises sanitaires majeures, tout en mettant en lumière l'importance cruciale de la coopération internationale pour répondre efficacement à de telles urgences. La recherche vaccinale, avec l'introduction du vaccin expérimental rVSV-ZEBOV, a constitué un tournant majeur dans la gestion de la crise, contribuant de manière significative à la rupture de la chaîne de transmission. Cette étude a permis de souligner le rôle clé des acteurs internationaux – comme l'OMS, Médecins Sans Frontières, et d'autres partenaires bilatéraux et multilatéraux – dans le soutien logistique, technique et financier de la Guinée, mais aussi les défis liés à la coordination, la gestion des ressources et les enjeux éthiques autour de la vaccination.

L'un des apports principaux de cet article réside dans l'analyse détaillée des mécanismes de coopération internationale dans le cadre de la couverture vaccinale contre Ebola en Guinée. En mettant en lumière les stratégies de coordination et les formes de collaboration entre les acteurs locaux et internationaux, ce travail a permis de démontrer l'importance de la diplomatie sanitaire et des partenariats stratégiques dans le contrôle de pandémies. En outre, il a mis en évidence l'importance de la flexibilité et de l'adaptabilité dans les réponses sanitaires, notamment à travers la rapidité d'introduction d'un vaccin expérimental et la mobilisation de ressources humaines et logistiques pour sa mise en œuvre.

Cependant, cette étude comporte également certaines limites. Elle repose en grande partie sur des sources secondaires et des interviews qui peuvent ne pas refléter pleinement l'ensemble des perspectives des acteurs impliqués, notamment ceux sur le terrain en Guinée. De plus, bien que la riposte vaccinale ait été essentielle, d'autres facteurs comme la méfiance des communautés locales, la communication de crise et les inégalités d'accès aux soins n'ont pas été suffisamment approfondis dans cet article. Enfin, bien que la coopération internationale ait joué un rôle central, des tensions et des défis organisationnels ont été observés dans le processus de coordination, ce qui mérite une analyse plus approfondie.

Les perspectives de cette recherche suggèrent plusieurs axes d'amélioration pour les réponses sanitaires futures. D'abord, il est essentiel d'approfondir les mécanismes de coordination entre les acteurs locaux et internationaux pour renforcer la réactivité et la cohésion lors des prochaines crises sanitaires. Par ailleurs, l'amélioration de la préparation des systèmes de santé nationaux, notamment en termes de formation du personnel et d'infrastructures, demeure cruciale pour une gestion efficace des épidémies. La question de l'intégration des approches communautaires et de la gestion de la communication en situation de crise devra également être davantage explorée pour minimiser les résistances et mieux accompagner les populations à travers des stratégies de prévention et de vaccination.

Enfin cette étude a permis de tirer plusieurs leçons importantes concernant la gestion des pandémies, notamment la nécessité d'une approche globale et coordonnée. La recherche vaccinale contre l'épidémie de la maladie à virus Ebola en Guinée a montré que la coopération internationale est indispensable pour faire face à des menaces sanitaires mondiales, mais qu'elle doit être renforcée par des efforts d'harmonisation des interventions, le travail en équipe et un

meilleur engagement avec les communautés locales. Les connaissances acquises devraient être appliquées aux futures crises sanitaires afin d'améliorer l'efficacité des réponses, tout en prenant en compte les spécificités locales et les dimensions éthiques et sociales des interventions sanitaires.

Références bibliographiques

1. Dr Sakoba KEITA, ma lutte contre EBOLA
2. Bashir, M. F., et al. (2020). "La résilience des systèmes de santé face aux pandémies." *Journal of Global Health (Journal officiel de la santé)*.
3. Chauvin, L. (2016). *Impact économique de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest*. Paris : Editions Universitaires.
4. Chou, W. Y. S., et al. (2020). "Le défi de la désinformation sur la COVID-19 dans le domaine de la santé publique." *Recherche sur l'éducation sanitaire*.
5. Chou, W. Y. S., et al. (2020). "L'impact du nationalisme sur la diplomatie de la santé." *Communication sur la santé*.
6. Diallo, M. (2015). *La réponse sanitaire à l'épidémie d'Ebola en Guinée : défis et perspectives*. Conakry : Editions Guinéennes.
7. Diallo, M., et al. (2015). *La gestion de l'épidémie d'Ebola en Guinée : Réactions et stratégies*. International Journal of Public Health, 60(2), 95-104.
8. Farrar, J. (2016). *Leçons tirées de la crise Ebola : Une analyse globale*. Global Health Review, 3(1), 17-21.
9. Farrar, J. (2016). *Leçons tirées de la crise Ebola : Une analyse globale*. Global Health Review, 3(1), 17-21.
10. Farrar, J., et al. (2014). *Ebola : l'impact sur les systèmes de santé et les réponses internationales*. Lancet, 384(9949), 264-273.
11. Freimuth, V. S., et al. (2017). "Face de confiance dans les autorités sanitaires et le processus de vaccination." *Communication sur la santé*.
12. Freimuth, V. S., et al. (2017). "Faisance et confiance dans les autorités sanitaires." *Journal de la politique de santé publique*.
13. GAVI. (2021). *L'Alliance pour le vaccin : Stratégie 2021-2025*.
14. Henao-Restrepo, A., et al. (2017). *Efficacy and Safety of the rVSV-ZEBOV Vaccine in Guinea during the Ebola Outbreak*. New England Journal of Medicine, 376(12), 1121-1132.
15. Johnson, R. (2020). *La santé en tant qu'énergie douce dans les relations internationales*.
16. Khawaja, M., et al. (2015). *Crises sanitaires en Afrique de l'Ouest : Leçons de l'épidémie d'Ebola*. WHO Bulletin, 93(8), 1234-1242.
17. Kouadio, S., et al. (2017). *Epidemiological and economic consequences of the Ebola outbreak in Guinea*. Health Economics Review, 7(1), 50-57.
18. Kouadio, S., et al. (2017). *Epidemiological and economic consequences of the Ebola outbreak in Guinea*. Health Economics Review, 7(1), 50-57.
19. Lee, A., et al. (2022). "Approches collaboratives de la sécurité sanitaire mondiale." *Journal international de la politique de la santé*.
20. McDonald, A. (2015). *The role of international organizations in managing the Ebola crisis*. International Politics, 52(3), 365-379.
21. Nguyen, T. (2021). "Le rôle des organisations internationales dans les crises sanitaires." *Action mondiale pour la santé*.
22. OMS. (2021). *COVAX: Garantir un accès équitable aux vaccins contre la COVID-19*.

23. Organisation mondiale de la santé. (2020). *Renforcement des systèmes de santé pour la couverture sanitaire universelle*.
24. Patel, M. (2020). "Renforcer les capacités locales dans les interventions en matière de santé." *Recherche sur les systèmes de santé*.
25. Patel, M., et al. (2021). « L'administration mondiale des vaccins : enseignements tirés de la pandémie de COVID-19.» *Action mondiale pour la santé*.
26. PNUD. (2022). *Intégrer la santé dans les objectifs de développement durable*.
27. Smith, J. (2021). *Diplomatie mondiale de la santé : une nouvelle approche*.
28. Sogge, D. (2002). *La politique de l'aide et du développement*.
29. Vandermeulen, V., et al. (2021). "Efficacité des stratégies de communication de la santé sur l'adoption des vaccins." *International Journal of Public Health (Journal international de la santé publique)*.
30. Weiss, T. G. (2013). *Intervention humanitaire et relations internationales*.
31. WHO (2015). *Ebola response roadmap update: An overview of the international efforts to combat Ebola*. Geneva: World Health Organization.
32. WHO (2016). *Ebola Situation Report – West Africa*. Geneva: World Health Organization.
33. zhang, Y. (2023). "Intégrer la santé dans les politiques de développement". *Journal sur le développement durable*.

