

ACTION MONDIALE CONTRE L'EBOLA

CHANGER LE COURS DES CHOSES : PROGRÈS 2015



MAI 2015

Les vues exprimées dans cette publication n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position et la politique de l'Organisation des Nations Unies et de ses partenaires.

La reproduction partielle ou intégrale de la présente publication est soumise à autorisation, laquelle sera accordée à titre gracieux aux établissements d'enseignement et aux organisations à but non lucratif.

Publié par le Centre d'information sur l'Action mondiale contre l'Ebola.

Photo de couverture :

L'UNICEF a mené une campagne de ratissage pendant 13 semaines dans le district de Tewor pour aider les communautés à enrayer Ebola. Le district de Tewor était l'un des derniers points au Libéria où Ebola continuait de sévir. Tieni, comté de Grand Cape Mount, le 28 janvier 2015. Photo MINUAUCE/Martine Perret

Photo au dos de la publication :

Dans le cadre d'un projet parrainé par la MINUAUCE, les bénévoles travaillent à la restauration de l'École Massaquoi NV à West Point qui a été utilisé comme centre de détention et unité de traitement d'Ebola; l'école doit réouvrir en mai 2015. Monrovia, Libéria, le 11 mars 2015. Photo MINUAUCE /Simon Ruf

DÉCLARATION DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DES NATIONS UNIES



Depuis le premier cas signalé en mars 2014, l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest a contaminé plus de 25 000 personnes et fait plus de 11 000 morts. Chacune de ces morts est une tragédie. Au-delà des dizaines de milliers de personnes infectées, des centaines de milliers d'autres ont été affectées par cette épidémie dévastatrice.

Le virus Ebola nous a montré de façon poignante que cette maladie et ses effets multidimensionnels transcendent les frontières géographiques. Ses effets s'étendent bien au-delà des pays touchés et ont excédé les domaines de la santé publique et de la médecine. Ce sont les communautés qui ont combattu et, dans bien des cas vaincu le virus, qui sont au cœur de l'action contre l'Ebola. Des groupes de femmes et de jeunes aux chefs traditionnels et religieux, d'innombrables personnes ont œuvré en première ligne, le plus souvent sur la base du volontariat. Les membres des communautés se sont employés à transporter les patients, soigner les malades et rechercher les personnes exposées. Je salue leur bravoure, leur altruisme et leur exceptionnelle contribution.

Les gouvernements des pays affectés par Ebola en Afrique méritent un grand crédit pour leurs efforts inlassables contre le virus, soutenus par de courageux travailleurs de la santé venus d'Afrique et de toute la communauté internationale. Ces efforts conjoints sont indispensables pour progresser dans cette lutte contre la maladie, et demeureront essentiels à la reconstruction et au redressement des pays touchés. Le 10 juillet 2015, j'organiserai la Conférence internationale sur le relèvement après l'Ebola qui sera l'occasion de continuer à démontrer notre engagement commun pour atteindre zéro cas et s'y maintenir.

Ensemble, nous avons réalisé des progrès remarquables. Comme le révèle le présent rapport, par comparaison avec le mois de septembre dernier, ce sont actuellement trente fois moins de personnes qui sont infectées chaque semaine par le virus.

Ce rapport *Changer le cours des choses : progrès 2015*¹, établi par mon Envoyé spécial pour la lutte contre l'Ebola, présente les résultats du travail des intervenants, des gouvernements, des organismes des Nations Unies, de la société civile, ainsi que des organisations et sociétés philanthropiques. À eux tous, ils ont créé une plateforme puissante permettant la mise en œuvre d'une action collective et d'une riposte coordonnée.

Ce rapport offre un compte rendu instructif des impressionnants résultats obtenus à ce jour tout en décrivant honnêtement les difficultés rencontrées à tous ceux qui se préoccupent de l'épidémie d'Ebola et de l'étendue de ses conséquences pour notre monde.

Ban Ki-moon
Secrétaire général des Nations Unies

¹ La lettre mensuelle adressée au Président de l'Assemblée générale par le Secrétaire général fait état de l'action menée par le système des Nations Unies face à l'épidémie d'Ebola. A la date de publication de ce rapport, la lettre mensuelle couvrant la période du 1er avril au 1er mai 2015, est publiée sous la cote A/69/908.

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	3
---------------------	----------

INTRODUCTION	5
---------------------	----------

PREMIÈRE PARTIE : RÉSULTATS OBTENUS

Première phase : tempérer l'épidémie	8
--------------------------------------	---

Deuxième phase : atteindre « zéro cas »	15
---	----

DEUXIÈME PARTIE : COMMENT L'INTERVENTION S'EST-ELLE ORGANISÉE ?

Une stratégie d'intervention évolutive	28
--	----

Communautés et acteurs locaux	29
-------------------------------	----

Impulsion nationale	31
---------------------	----

Coopération régionale	33
-----------------------	----

Solidarité internationale	34
---------------------------	----

Contributions internationales	35
-------------------------------	----

CONCLUSION	37
-------------------	-----------



Guinée, février 2015. Photo PAM/Rein Skullerud

INTRODUCTION



Une femme aide son fils à se laver les mains avec une solution chlorée désinfectante dans leur maison à Conakry, capitale de la Guinée, 14 janvier 2015. Photo MINUAUCE/Martine Perret

INTRODUCTION : Fin 2014, le nombre de personnes infectées chaque semaine par l’Ebola en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone demeurait supérieur à 300. Début 2015, ce nombre s’est stabilisé autour de 100 à 150 pendant plusieurs semaines avant de diminuer encore davantage. À la fin d’avril 2015, 30 personnes étaient déclarées infectées chaque semaine : le taux le plus faible depuis mai 2014. En principe – si les efforts sont ciblés, soutenus, harmonisés et efficaces – l’épidémie devrait être éradiquée en 2015.

LES POPULATIONS AU CENTRE DE LA RIPOSTE : les populations des pays touchés sont au centre des efforts déployés pour endiguer et atténuer l’épidémie. Elles ont reçu le soutien des organisations sociales, des groupes religieux et des autorités locales et nationales de leur pays, puis de centaines de personnes et organisations étrangères. Lorsque les personnes exposées ont compris qu’un changement de comportement pourrait atténuer les conséquences de la maladie, elles ont entrepris un changement de vie afin de réduire les risques de transmission. Ce rapport examine la manière dont ce changement s’est opéré et l’importance de la mise en œuvre ordonnée de tous les éléments nécessaires afin de soutenir les communautés dans la riposte.

LES PROGRÈS À CE JOUR : les progrès ont été remarquables et des résultats impressionnants ont été obtenus. Il s’agit non seulement de la réduction du nombre de personnes infectées, mais encore des changements de comportement, de la fourniture de lits dans les centres de traitement et de la réalisation d’inhumations. Les communautés se sont mobilisées et les nombreux contributeurs ont travaillé ensemble de manière exemplaire.

DES CONTRIBUTEURS REMARQUABLES : ces résultats trouvent leur origine dans une incroyable histoire d'efforts individuels et collectifs. Dans leur grande majorité, les intervenants étaient issus des communautés et soutenus par les travailleurs de la santé des pays touchés. Les Gouvernements de la Guinée, du Libéria et de la Sierra Leone ont coordonné la riposte sous la direction de leurs Présidents et des hauts fonctionnaires nommés à cet effet. La communauté internationale leur a apporté une expertise technique, ainsi qu'une aide financière et logistique. Les populations ont reconnu l'urgence de la lutte contre l'Ebola et ont mis de côté leurs clivages traditionnels pour s'atteler ensemble à un effort commun : enrayer l'épidémie.

EFFETS ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX : cette épidémie d'Ebola a été vaste, complexe et longue. Ses conséquences globales, au-delà de son incidence sur la santé des personnes, ont été dramatiques, puisque plus de 20 millions d'individus de la région subissent ses effets économiques et sociaux. Les efforts doivent être poursuivis pour veiller à ce que les sociétés puissent lutter contre de nouvelles épidémies, et s'assurer que la vie dans les pays touchés, plutôt que de reprendre simplement son cours normal, sera meilleure qu'auparavant.

UNE RIPOSTE ET UN REDRESSEMENT SIMULTANÉS : les multiples efforts nécessaires au relèvement devenant évidents, il est clair que la riposte et le redressement doivent se renforcer mutuellement et être poursuivis de manière simultanée. Les financements souples des donateurs, ainsi que l'intensification des efforts de recherche et de développement, demeureront des atouts précieux lorsque l'heure viendra d'accélérer le redressement. À ce stade, la priorité absolue consiste à mettre fin à la transmission et à venir à bout de l'épidémie, tout en assurant l'accès des populations à des services essentiels sûrs.

UNE ANALYSE POUR MIEUX PRÉPARER L'AVENIR : le Secrétaire général a nommé un Groupe de haut niveau sur la riposte mondiale aux crises sanitaires le 2 avril 2015. Plusieurs autres efforts sont mis en œuvre pour analyser l'action et identifier les possibles enseignements afin de se préparer et de répondre à de futures crises. Ces analyses seront l'occasion de se demander si l'intervention aurait pu être plus rapide et mieux adaptée. La question sera : comment y parvenir sachant que nous ne pouvons pas prédire la nature de la prochaine crise ?

UN RAPPORT DE SITUATION VISANT À MAINTENIR L'IMPULSION ET À ENCOURAGER LA COHÉRENCE : ce rapport est une vision des progrès réalisés depuis le début de l'épidémie. Il est destiné à ceux qui cherchent à comprendre les progrès de la riposte, ses résultats et la manière dont ces résultats ont été obtenus. Il vise à donner une nouvelle impulsion aux efforts nécessaires pour enrayer l'épidémie. Il est délibérément concis et n'a pas vocation à offrir un compte rendu exhaustif de la riposte.

POSSIBILITÉS DE RÉVISION : l'épidémie n'étant pas encore terminée et les nombreux participants à la riposte continuant de réunir les informations relatives à leur contribution, ce rapport pourra faire l'objet de révisions au cours des semaines à venir. Le cas échéant, ces révisions seront publiées sur le site Internet de l'action mondiale contre l'Ebola.

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DES NATIONS UNIES : Ban Ki-moon, le Secrétaire général des Nations Unies, a fait preuve de « leadership » à tout instant. Le Secrétaire général et Jan Eliasson, le Vice-Secrétaire général, conjointement avec S. E. Sam Kutesa, le Président actuel de l'Assemblée générale des Nations Unies ainsi que Susana Malcorra, la Chef de Cabinet, ont été engagés, de près, encouragent les dirigeants mondiaux à s'impliquer et à apporter leur contribution, établissant le tout premier système onusien de mission sanitaire, la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre Ebola (MINUAUCE), et convoquent des réunions régulières permettant aux États Membres des Nations Unies d'évaluer les progrès réalisés. Le Secrétaire général s'est rendu dans les pays touchés, a rencontré les personnes affectées par l'Ebola, les gouvernements, les intervenants et les partenaires, et a fait le point sur le travail

de la MINUAUCE. Ses Représentants spéciaux, à la tête de la Mission – Anthony Banbury, Ismail Ould Cheikh Ahmed et maintenant Peter Graaff (par intérim) – ont travaillé sans relâche et contribué de manière exemplaire.

ENGAGEMENT AU SEIN DU SYSTÈME DES NATIONS UNIES ET AU-DELÀ : Sous la direction du Secrétaire général, les hauts responsables du système des Nations Unies se sont impliqués et engagés fermement en faveur des efforts de la réponse. Toutes les entités des Nations Unies ont contribué à la riposte, de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la Banque mondiale, le Programme alimentaire mondial (PAM) au Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA), la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique à la Mission des Nations Unies au Libéria (MINUL). Les efforts ont été au-delà du système des Nations Unies et ont été véritablement multilatéraux, impliquant des équipes médicales étrangères de l'Union africaine, le Mouvement de la Croix-Rouge, de nombreuses organisations non-gouvernementales, des groupes militaires, l'Organisation internationale pour les Migrations (OIM) ainsi que des contributions de gouvernements et de groupes régionaux à travers le monde. Cet intense effort collectif est reflété dans les nombreux appels, réunions, documentaires et réflexions. Il est aussi visible lors des réunions d'information et de coordination hebdomadaires informelles de la Coalition mondiale contre l'Ebola.

PRODUCTION DU RAPPORT : L'équipe chargée de concevoir ce rapport était composée de: Jo Nickolls, Anders Nordstrom, Trygve Ottersen, Vannina Maestracci, Hampus Holmer, Sophie Farigoul et Paddy Ilos. De nombreuses autres personnes ont contribué à la production de ce rapport et apporté leurs commentaires. Le contenu du rapport relève de la seule responsabilité de David Nabarro, Envoyé spécial du Secrétaire général pour la lutte contre Ebola.

PREMIÈRE PARTIE : RÉSULTATS OBTENUS



Le gouvernement du Libéria et la Banque mondiale livrent du riz et des céréales, tandis qu'USAID envoie de l'huile végétale à un foyer mis en quarantaine à Monrovia. Les sept personnes qui vivent dans cette maison, en quarantaine depuis le 1er mars, sont sous surveillance médicale pendant 21 jours et reçoivent un soutien psychosocial.

PREMIÈRE PHASE : TEMPÉRER L'ÉPIDÉMIE

Au plus fort de l'épidémie, entre les mois d'août et octobre 2014, des centaines de personnes tombaient malades et succombaient chaque semaine. Partenaires nationaux et internationaux, dont des acteurs non-gouvernementaux, et particulièrement Médecins sans Frontières (MSF), membres des Équipes pays des Nations Unies et de la MINUL avaient déjà commencé à répondre à l'épidémie mais le taux de transmission dépassait les capacités de riposte. Pour faire face au défi, il fallait augmenter de manière significative les ressources financières, le personnel médical et les capacités cliniques.

Le 29 août 2014, les présidents de la Guinée, du Libéria et de la Sierra Leone ont adressé une lettre conjointe au Secrétaire général demandant l'adoption d'une résolution des Nations Unies sur la riposte au virus Ebola et demandant à l'Organisation de mener la coordination de la réponse internationale. Le 17 septembre, en réponse à cette lettre et avec le soutien de l'Assemblée générale, le Secrétaire général a informé l'Assemblée générale de son intention d'établir la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre Ebola (MINUAUCE). Celle-ci a été déployée dans la région dix jours plus tard afin de renforcer la présence du système des Nations Unies en réponse à cette épidémie sans précédent.

Habituellement, la réponse efficace à une épidémie d'Ebola consiste à identifier les malades, les isoler, les soigner et les traiter, puis rechercher et surveiller les personnes avec lesquelles ils ont été en contact afin de les traiter immédiatement en cas d'apparition de signes d'infection. À son point culminant, toutefois, la transmission était d'une intensité telle que la stratégie de contrôle conventionnelle devait être complétée par des mesures supplémentaires.

Andrew Koroma et Mohamed Conteh (Sierra Leone)

Par une chaude et lumineuse journée, Andrew Koroma et Mohamed Conteh arpentent les rues encombrées de la communauté de Rokupa, à Freetown, armés d'un mégaphone, d'affiches et de tracts. Cette petite équipe de mobilisation sociale est là parce qu'une communauté a été soumise pour la deuxième fois à une quarantaine de 21 jours à la suite d'un décès dû au virus Ebola.

« Cette communauté est l'un des cas les plus graves », indique M. Koroma. « On y compte environ 28 foyers en quarantaine, 30 survivants, 20 personnes décédées et 5 patients hospitalisés dans des centres de traitement. » MM. Koroma et Conteh font partie des 788 « pisteurs de foyers d'infection » de Sierra Leone, des agents qui se déploient rapidement au sein des communautés considérées comme des « points chauds » de l'épidémie afin d'opposer une riposte immédiate à toute nouvelle flambée. Eux-mêmes membres de la communauté, les pisteurs de foyers d'infection sont formés pour intensifier la mobilisation sociale et accroître la participation des populations en vue d'enrayer la propagation de l'Ebola. Ils organisent des séances de sensibilisation individuelles, rendent visite aux habitants maison par maison et s'emploient à expliquer les mesures à prendre contre le virus.

Pour s'assurer de maîtriser le foyer d'infection, les agents de mobilisation sociale activent des réseaux de femmes, de jeunes et de volontaires au sein de chaque communauté, ce qui leur permet de toucher environ 9 000 familles par semaine. Ils participent à la surveillance active des communautés, et les habitants font appel à eux lorsqu'ils ont besoin de contacter le numéro d'urgence Ebola (117) pour faire hospitaliser des proches malades.

Depuis la mise en place de cette initiative, les pisteurs de foyers d'infection ont mené des activités de mobilisation sociale dans plus de 344 communautés à risque partout dans le pays, et leurs visites au porte-à-porte leur ont permis de sensibiliser quelque 275 103 familles.

[Adapté de l'article « Social mobilizers empower 'hotspot' communities to fight Ebola in Sierra Leone », janvier 2015, http://www.unicef.org/emergencies/ebola/75941_78953.html]

Pour réduire la transmission, il faut empêcher les malades d'infecter d'autres personnes, de leur vivant ou après leur décès. Les personnes symptomatiques doivent donc être éloignées rapidement de leur famille et de leur communauté pour être placées en lieu sûr, afin d'être examinées et traitées dans l'objectif d'obtenir le meilleur taux de guérison possible. En cas de décès, elles doivent être inhumées d'une manière réduisant au minimum les risques de contagion.

Dans les pays touchés, de nombreuses personnes étaient au départ désorientées et effrayées par ce nouveau danger environnant. Elles doutaient que la maladie puisse être provoquée par une infection transmise par contact, en particulier avec des liquides organiques. Les explications simples concernant les moyens d'éviter l'infection n'étaient pas suffisantes. Les intervenants devaient comprendre comment les différentes communautés se comportaient lorsqu'elles tombaient malades, et comment elles traitaient leurs morts. Ils ont dû nouer des relations de confiance avec elles et les inciter à changer leurs pratiques d'inhumation ancestrales, soigneusement mises en œuvre par les proches pour veiller à ce que l'esprit des morts soit traité avec respect. Par conséquent, dans le cadre de la riposte, l'accent a été porté sur la réalisation d'inhumations sans risque, dans la dignité et le respect, et considérées comme acceptables par les chefs religieux et la famille. Dans la pratique, la plupart des communautés ont effectivement modifié leurs pratiques assez rapidement, même si certains y étaient – et y sont encore – réticents.

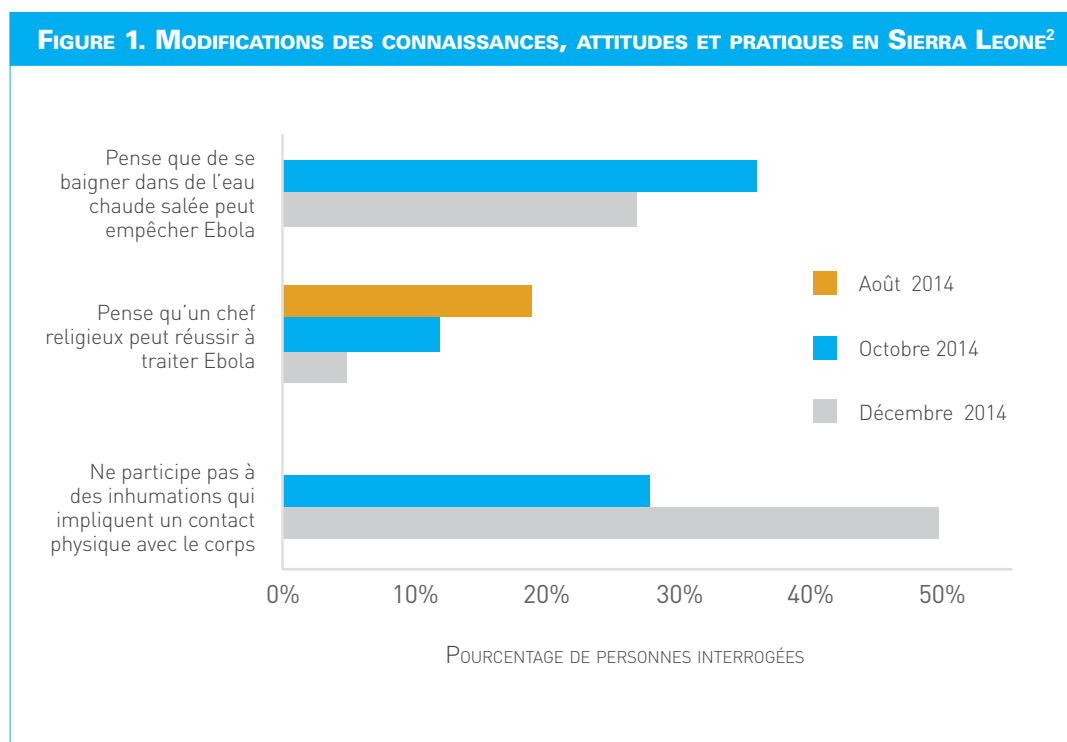
LES TROIS B

L'approche conventionnelle pour répondre à une épidémie d'Ebola a été suivie jusqu'à ce que l'étendue de la maladie dépasse la riposte, en août 2014. Les mesures supplémentaires se sont articulées autour des « trois B » : **behaviour** (comportement), **beds** (lits) et **burials** (inhumations). Les communautés devaient modifier et adapter leur comportement. Des lits sûrs et dotés de personnel devaient être fournis aux malades.

Les cadavres étant hautement infectieux, les inhumations des victimes de l'Ebola devaient être réalisées en toute sécurité, d'une manière acceptable selon les coutumes locales, et dans la dignité.

Un éventail d'acteurs sans précédent, allant des Présidents aux organisations non gouvernementales (ONG), ont recouru à diverses méthodes pour tenter d'instaurer la confiance, persuader les populations que le virus était bien réel et inciter à des comportements plus sûrs. Lorsque les communautés et leurs chefs ont vu la maladie parmi eux, et commencé à se rendre compte qu'elle existait et pouvait être évitée, ils se sont montrés plus disposés à modifier leurs comportements lorsqu'ils ont vu que des unités de traitement d'Ebola étaient davantage répandues. Ils étaient d'autant plus susceptibles de modifier ces comportements lorsque des traitements étaient disponibles. La MINUAUCE et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont suggéré un objectif de 70% de personnes traitées et 70% d'inhumations sûres et dignes au 1er décembre 2015, soit 60 jours après le déploiement de la Mission.

De plus en plus de gens savent comment l'Ebola se propage, comment l'éviter et comment réagir lors des premiers signes d'infection potentielle. (cf. Figure 1).



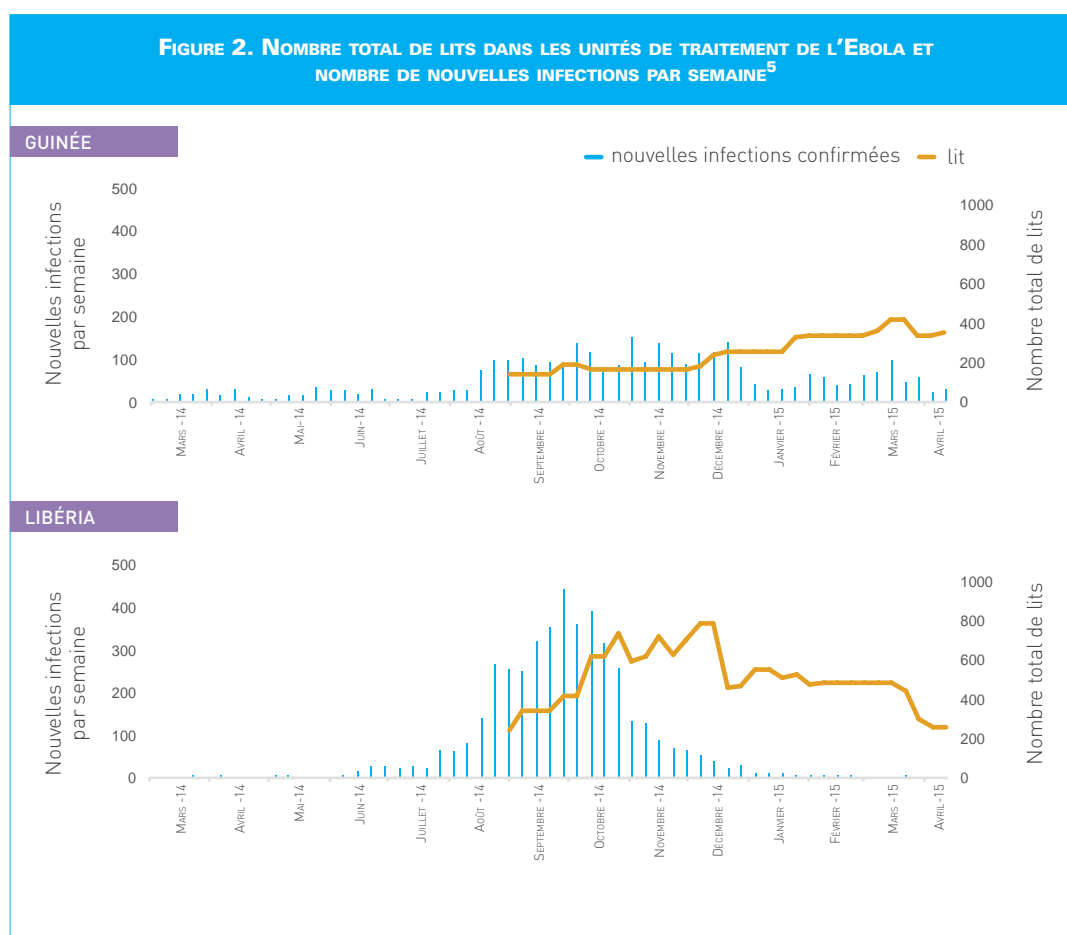
Les lits ont représenté un investissement complémentaire essentiel au changement de comportement. Pour que les membres de la famille acceptent d'isoler un parent malade, ils doivent être sûrs qu'il sera correctement pris en charge. Ils doivent savoir où il se trouve et être informés de son état de santé. Les soins doivent être efficaces, afin d'obtenir des taux de survie élevés, et sans danger, pour éviter l'infection des travailleurs de la santé. En outre, les lits doivent se trouver à des emplacements appropriés, en zone rurale ou urbaine, selon la progression de l'épidémie. Un réseau de services et d'infrastructures est également nécessaire.

² Faits marquants des études Connaissance, attitudes et pratiques (CAP) en Sierra Leone. Présentation de l'UNICEF, mars 2015.

Après avoir accepté la réalité de l'Ebola, les communautés doivent être en mesure d'informer rapidement les établissements sanitaires de l'existence d'un malade. En l'absence d'accès aisé aux téléphones, de services d'urgence opérationnels et de laboratoires de diagnostic, outre la résistance naturelle à l'isolation des malades, rien de tout cela n'a été simple.

La mise en place d'un nombre de lits suffisants pour prodiguer des soins sans risque a été essentielle pour encourager les personnes malades à se présenter dans les centres de santé. En Sierra Leone, « Il y a eu un moment vraiment important en décembre, lorsque, pour la première fois, depuis le début de l'épidémie, nous avons disposé de suffisamment de lits pour prendre en charge tous les patients [...] en toute sécurité ; cela ne signifiait pas seulement qu'ils étaient bien soignés, mais que nous pouvions également empêcher l'exposition de leurs proches. »³

À la fin du mois d'août 2014, à peine plus de 500 lits étaient disponibles en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone dans huit unités de traitement de l'Ebola du secteur public, dont cinq étaient dirigées par MSF et trois par les Ministères nationaux de la santé soutenus par l'OMS, ainsi que dans une unité du secteur privé dirigée par la société Firestone Liberia⁴. Le nombre de lits dans ces unités était supérieur à 1 500 au début du mois de décembre 2014, et a atteint 2 044 à son plus haut niveau, pendant la semaine du 2 février 2015, avec 49 unités opérationnelles (cf. Figure 2).

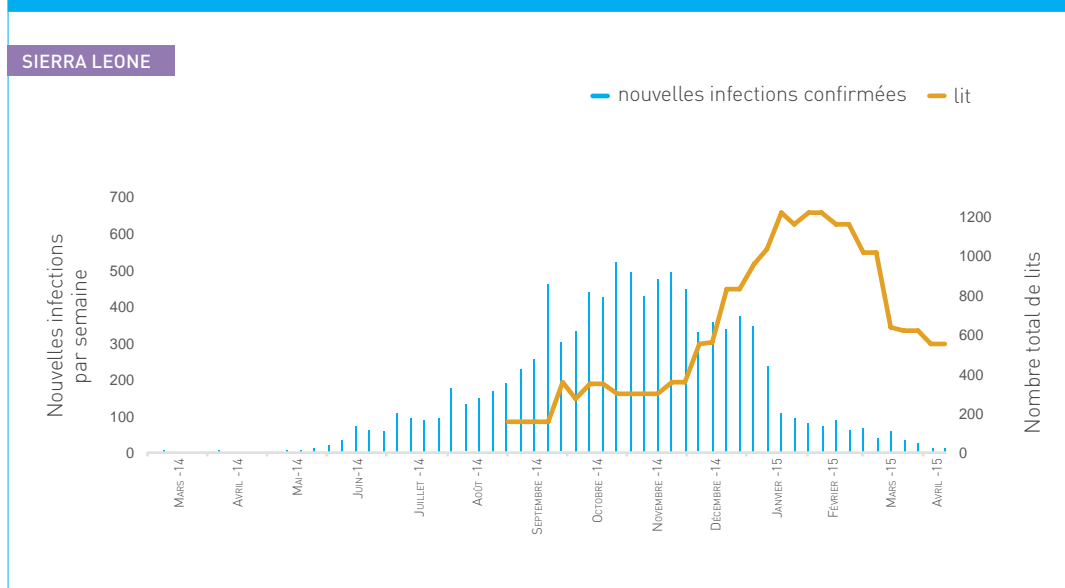


3 Dr. Oliver Johnson, Kings College, <https://soundcloud.com/isurvivedebola/bbc-world-have-your-say> à partir de 27,01 minutes.

4 <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6342a6.htm>.

5 Selon des données issues de l'OMS.

FIGURE 2 (CONT.). NOMBRE TOTAL DE LITS DANS LES UNITÉS DE TRAITEMENT DE L'ÉBOLA ET NOMBRE DE NOUVELLES INFECTIONS PAR SEMAINE



Néanmoins, l'augmentation du nombre de lits dotés de personnel ne permettait toujours pas de suivre l'accroissement rapide du nombre de personnes atteintes de l'Ebola. Pour être soignés, les patients ont souvent dû être déplacés dans des centres de traitement lointains. Confrontées à une transmission non maîtrisée et hautement mobile en octobre 2014, les communautés ont entrepris la construction de centres de soins de proximité locaux permettant aux malades de rester près de leur famille. À cette fin, les autorités locales et nationales, ainsi que des ONG et les Nations Unies, leur ont apporté leur aide. Le nombre total de lits dans ces centres est passé de 60 à la mi-novembre 2014, à plus de 1 500 dans environ 63 centres au début du mois de mars 2015⁶. Au Libéria, des trousse d'hygiène à domicile, contenant du chlore, du savon et du matériel de protection, ont été distribuées à partir de septembre 2014 afin de réduire le risque associé à l'accroissement du nombre de malades dans les communautés.

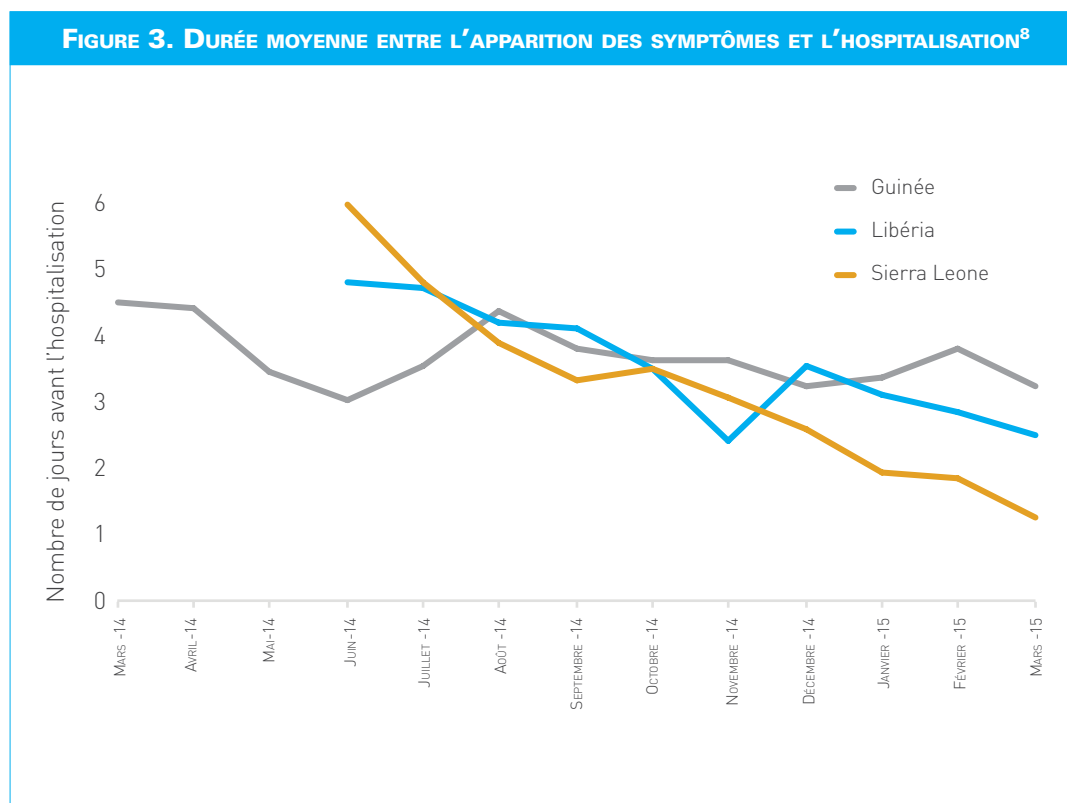
Outre l'augmentation du nombre de lits, il convenait d'accélérer la communication des résultats de dépistage de l'Ebola afin de laisser sortir plus vite les personnes en bonne santé, de traiter plus rapidement les malades et de libérer plus tôt les survivants. Cela impliquait de gérer les échantillons (en s'assurant qu'ils étaient collectés sans risque et transportés rapidement aux laboratoires, puis étiquetés de manière précise et indélébile) et d'établir et de gérer les laboratoires eux-mêmes (garantir la fiabilité des systèmes d'alimentation électrique et du personnel), et de communiquer efficacement les résultats (renvoi rapide à l'établissement d'origine).

L'OMS a signalé qu'en octobre 2014, au Libéria, « les travailleurs de la santé devaient attendre 2 à 5 jours pour disposer d'un diagnostic préliminaire de maladie à virus Ebola confirmé par l'envoi d'échantillons de sang à un autre laboratoire à Monrovia ». Entre la fin août 2014 et la mi-janvier 2015, seize nouveaux laboratoires étaient construits, portant le total de 11 à 27 dans les trois pays. En janvier, le délai moyen entre la collecte de l'échantillon d'un patient et la communication des résultats des examens au Ministère de la santé du pays était de 0,7 jour en Guinée, 0,5 jour au Libéria et 0,8 jour en Sierra Leone.⁷

⁶ Rapport de situation de l'OMS pour la riposte au virus Ebola du 19 novembre 2014, et données issues de l'OMS.

⁷ Rapport de situation de l'OMS pour la riposte au virus Ebola du 28 janvier 2015.

Lorsque les populations ont été mieux informées et ont pu constater que le système de riposte fonctionnait, elles ont commencé à signaler leurs symptômes plus tôt. Au cours de l'épidémie, la durée moyenne entre l'apparition des symptômes et l'hospitalisation a été réduite. Pour les trois pays pris dans leur ensemble, cette durée est passée de 4,4 jours en juin 2014 à 3 jours en décembre 2014, et 2,3 jours en mars 2015 (cf. Figure 3).



Lorsque les Gouvernements de la Guinée, du Libéria et de la Sierra Leone ont décidé d'assurer des inhumations sans risque et dans la dignité pour tous les morts, il a fallu accroître la disponibilité des équipes de fossoyeurs. Les efforts pour persuader les familles de signaler un cadavre ou de renoncer au rituel de lavage du corps devenaient rapidement inutiles si les équipes de fossoyeurs tardaient à arriver ou si elles ne traitaient pas le corps avec la sensibilité et le respect appropriés. Chaque équipe avait besoin de véhicules, de carburant, d'équipements de protection individuelle et de désinfectants. Leurs membres devaient se coordonner avec les agents de prélèvement (chargés de recueillir des écouvillons sur les cadavres à des fins de dépistage), les laboratoires, les agents de recherche des contacts, les équipes de quarantaine, les agents de décontamination et les personnes fournissant de la nourriture aux maisons en quarantaine. Les tombes devaient être marquées et les familles connaître leur emplacement.

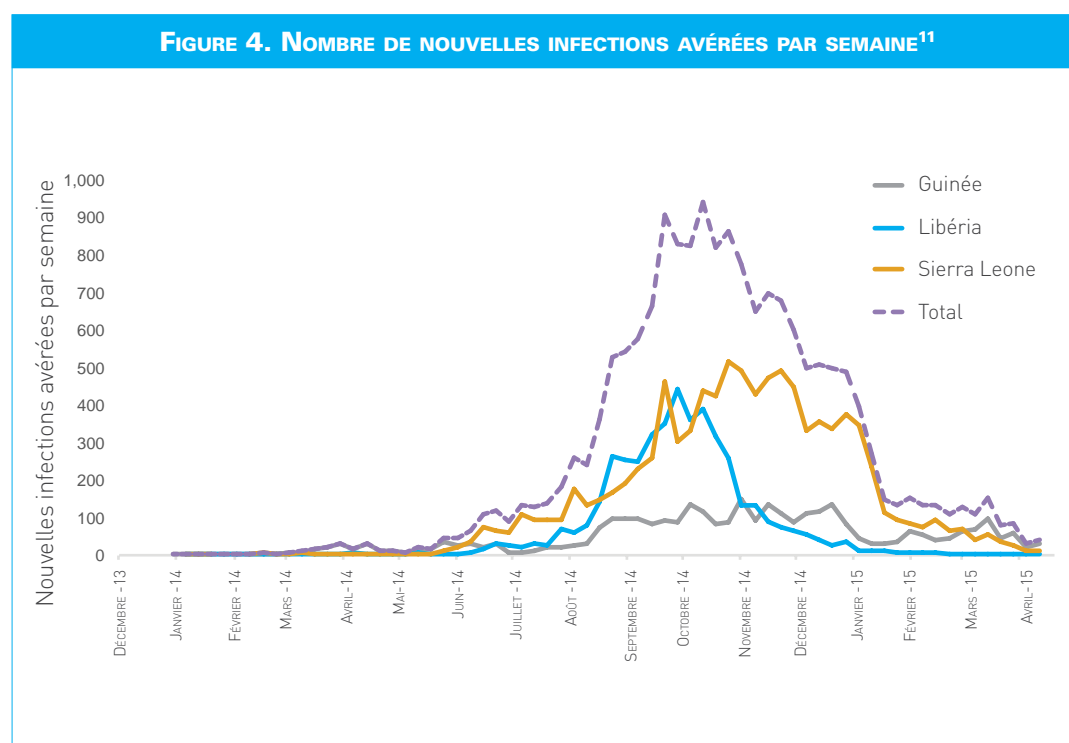
En août et septembre 2014, le nombre de personnes succombant à l'épidémie dépassait les capacités limitées des équipes de fossoyeurs. Il n'était pas possible d'inhumer assez rapidement les corps, qui étaient abandonnés dans les rues. En août 2014, le Président du Libéria a décidé d'introduire la crémation. « La crémation n'est pas dans notre culture. Nous avons pris cette décision par nécessité, mais cela a très bien fonctionné », a expliqué Tolbert

⁸ Selon des données issues de l'OMS.

Nyenswah, responsable de l'équipe spéciale libérienne de lutte contre l'Ebola. La crémation était si éloignée des pratiques traditionnelles que ses répercussions se faisaient encore sentir en mars 2015. En ouverture du « Decoration Day », le jour où les familles honorent leurs morts, les cendres de 3 000 personnes ont été transférées au crématorium de Monrovia pour être réensevelies dans un lieu de sépulture spécifiquement sécurisé. L'occasion pour les chefs traditionnels d'implorer le pardon de leurs ancêtres.⁹

Le déploiement des équipes de fossoyeurs et la participation active des communautés pour assurer la sécurité des inhumations ont permis de réduire les inhumations dangereuses. En ce qui concerne les trois pays les plus touchés, le nombre d'équipes de fossoyeurs est passé de 140 en octobre 2014 à 243 en décembre, puis 283 en mars 2015. Leur travail a produit des résultats tangibles. À leur point le plus élevé, dans la semaine du 2 février 2015, le nombre d'inhumations dangereuses signalées s'élevait à 84. En mars 2015, le chiffre hebdomadaire avait chuté à 20 environ.

Les efforts exceptionnels des pays touchés, des communautés et des populations, l'appui de la communauté internationale, ainsi que l'action axée sur les comportements, les lits et les inhumations, ont porté leurs fruits : la courbe épidémique de « nouvelles infections par semaine » a commencé à se stabiliser avant de baisser au Libéria en septembre, et quelques semaines plus tard en Sierra Leone. Les prévisions de 1,4 million de personnes touchées par l'Ebola au Libéria et en Sierra Leone à la mi-janvier 2015¹⁰ ont été évitées. Au cours de la semaine du 12 janvier, le nombre hebdomadaire de nouvelles infections avait été réduit à 146, soit 15 % de moins par rapport au niveau de septembre. Les progrès étaient désormais clairement visibles (cf. Figure 4) et l'épidémie commençait à battre en retraite.



9 <http://www.globalcommunities.org/node/38066>.

10 « Estimating the Future Number of Cases in the Ebola Epidemic — Liberia and Sierra Leone, 2014–2015 », Morbidity and Mortality Weekly Report, 26 septembre 2014 (Martin Meltzer, et. al.).

11 Selon des données issues de l'OMS.



L'Organisation internationale pour les migrations (OIM) a établi une clinique mobile afin d'assurer des soins de santé à la population de Gbaigbon, dans le comté de Bomi, au Libéria. Le Dr. Nisal Ul Khak, Coordonnateur médical de l'OIM pour l'unité de traitement de l'Ebola à Tubmamburg explique « la MINUAUCE s'occupe de la coordination avec les organismes et les ONG qui sont prêts à aider la clinique », 24 mars 2015. Photo MINUAUCE/Simon Ruf

DEUXIÈME PHASE : ATTEINDRE « ZÉRO CAS »

Là où l'incidence du virus reculait, la riposte entrait dans sa deuxième phase. L'accent n'était plus porté sur les « trois B », mais sur les « trois C » : **community engagement** (mobilisation des communautés), **case finding** (dépistage) et **contact tracing** (recherche des contacts). La deuxième phase a pu être appliquée, car la qualité des informations relatives à l'épidémie et à la riposte au niveau local s'était considérablement améliorée à la fin de l'année 2014. L'accent a été mis sur les districts et les personnes contribuant à la réponse ont porté une plus grande attention au niveau local, travaillant étroitement avec les autorités et les chefs des communautés. Davantage d'épidémiologistes et d'anthropologues ayant été recrutés et déployés, les systèmes d'information se sont améliorés, des données plus détaillées ont été disponibles, et il est devenu possible d'interpréter plus clairement les données épidémiologiques. Cela a permis de mieux comprendre comment le virus s'était propagé et de savoir où concentrer les efforts et les ressources. Cela signifiait que la riposte pouvait mieux répondre aux conditions locales.

LES TROIS C

La mobilisation des communautés et leur appropriation de la riposte ont été essentielles pour tous les aspects liés aux efforts de lutte contre l'épidémie. Les équipes de mobilisation sociale, bénéficiant directement du soutien présidentiel, se sont engagées dans un dialogue avec les populations ainsi qu'avec leurs chefs religieux, traditionnels et politiques. Elles ont impliqué les communautés dans la promotion et l'adoption d'un comportement réduisant les risques d'infection et contribuant à prévenir la propagation de la maladie. Lorsque les messages étaient adaptés au contexte, respectaient les coutumes locales et que les populations étaient parties prenantes, les efforts entrepris pour changer les comportements se sont avérés fructueux. Les activités visant à accroître la mobilisation et l'engagement des communautés sont de plus en plus souvent placées sous la houlette d'anthropologues qualifiés.

L'implication des communautés n'a cependant pas suffi à convaincre tous les groupes d'accepter la présence des équipes d'intervenants. Fin novembre 2014, une équipe de la Croix-Rouge chargée des inhumations sans risque et dans la dignité a été attaquée à Conakry, en Guinée. « L'équipe a été contrainte d'exhumer un corps enterré et a vu ensuite son véhicule détruit ». ¹² Cela n'était malheureusement pas un incident isolé. Toutefois, comme le révèle une étude réalisée au Libéria en février 2015, les pratiques d'inhumation peuvent être adaptées, « Auparavant, lorsque quelqu'un mourait, la tradition voulait qu'on le lave, que l'on s'assoie près de lui, parfois même que l'on dorme à ses côtés... Mais aujourd'hui, on asperge le corps de produits chimiques, on le transporte, on le met dans un sac, et c'est tout. Cela ne nous plaît pas, mais nous n'avons d'autre choix que de nous adapter à la situation. » ¹³

¹² Évaluation en temps réel de la FICR, http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Links%20to%20all%20documents%20-%20Ebola%20RTE_0.pdf.

¹³ Étude nationale sur les CAP liées à l'Ebola (Liberia), adulte masculin, Grand Cape Mount, Libéria.



Une équipe de mobilisation sociale rencontre la population locale à Kaloum, une sous-préfecture de Conakry, en Guinée (7 janvier 2015). Photo MINUAUCE/Martine Perret

À mesure que la confiance grandissait entre les populations et les intervenants, les attitudes et pratiques changeaient. La mobilisation des populations a permis de traiter plus rapidement les personnes symptomatiques (et de les extraire de leur communauté avant qu'elles n'en infectent d'autres autour d'elles). Cela a donné lieu à une meilleure acceptation des inhumations sans risque et de la recherche des contacts, et à une adoption plus généralisée du lavage des mains et d'autres pratiques d'hygiène.

Parallèlement à un meilleur accès aux informations relatives à l'évolution de l'épidémie au niveau des districts, la meilleure compréhension de la culture locale a été la clé du succès de la deuxième phase. Des mesures de mobilisation des communautés, correctement planifiée et gérée, ont permis de réduire l'ampleur du déni et d'instaurer la confiance nécessaire pour garantir la participation des populations à la riposte. Plus de 30 anthropologues ont été directement impliqués dans la riposte et ont démontré l'importance de l'implication des communautés selon leurs propres conditions, ainsi que de l'utilisation de pratiques locales par les intervenants étrangers et du recours à des explications compréhensibles et adéquatement formulées.

Des sociétés du secteur privé ont également contribué à mobiliser les communautés en fournissant des informations directement à leurs employés. Quelque 50 000 personnes ont ainsi été informées par l'intermédiaire des 55 sociétés membres du Groupe de mobilisation du secteur privé contre l'Ebola.

L'implication généralisée des populations a permis de réduire la résistance dans l'ensemble des trois pays. En Guinée, la part des lieux opposant une résistance est passée de 80 % pendant plusieurs semaines de janvier, à 12 % pendant presque toute la durée du mois de mars. Le travail se poursuit : en avril, deux campagnes de quatre jours ont été organisées à Forécariah et Coyah. L'UNICEF et des partenaires des Nations Unies ont regroupés les communautés et les travailleurs de la santé en plus de 1 100 équipes qui ont rendu visite à plus de 120 000 ménages. Durant la même période, 2 209 débats éducatifs et plus de 13 000 sessions de sensibilisation ont été effectuées. Ces activités ont été soutenues par des messages provenant des chefs locaux et diffusés sur les ondes des radios locales concernant la santé et l'hygiène dans le contexte de l'Ebola.¹⁴

Augustine Turay et Abdul Rahman Parker

Volontaire pour la Croix-Rouge de Sierra Leone, Augustine Turay visite quotidiennement quatre à cinq maisons situées dans les communautés autour de Freetown. Il y ramasse les corps des personnes susceptibles d'avoir succombé au virus, puis procède à des inhumations sans risque et dans la dignité. Après avoir récupéré les dépouilles, les équipes les apportent à Abdul Rahman Parker, responsable du cimetière King Tom de Freetown. En janvier 2015, le cimetière pouvait enterrer jusqu'à 70 personnes par jour. Selon M. Parker, la principale difficulté de ce travail est la stigmatisation qui en découle : « À partir du moment où vous travaillez pour une équipe de lutte contre l'Ebola, on vous stigmatise, vous, vos amis, votre famille et votre femme. »

En dépit des risques et de la stigmatisation, MM. Parker et Turay continuent d'effectuer cette tâche indispensable consistant à inhumer les victimes de l'Ebola sans risque et dans la dignité. « Vous devez aller puiser au plus profond de vous même et mobiliser votre force intérieure pour continuer », indique M. Parker, et d'ajouter que les équipes de fossoyeurs « sont en train de sauver notre nation ». « J'ai conscience du danger, mais nous le faisons parce que nous voulons aider notre pays et que nous aimons notre société », conclut M. Turay.

[Adapté de l'article « It's my community. It's my country. », 21 janvier 2015, MINUAUCE, <https://ebolaresponse.un.org>]

¹⁴ Rapport de situation de l'UNICEF pour la Guinée, 15, 22 et 29 avril 2015.

L'engagement total des communautés est une condition préalable à un dépistage réussi. Les agents de dépistage commencent par les lieux de rassemblement, puis se déplacent de maison en maison (d'après les informations communiquées) à la recherche de personnes symptomatiques ou pour s'enquérir des décès signalés. S'ils trouvent des personnes malades, ils encouragent la famille à demander une assistance médicale.

Il convient de prêter une attention particulière au dépistage des cas et à leur surveillance au niveau des frontières nationales afin de ne pas les perdre de vue lorsqu'ils les traversent : « Dans le cadre de la poursuite de la lutte contre l'Ebola, nous mettons l'accent sur le dépistage proactif, la surveillance et la recherche active des cas. Pour éviter l'infection et l'éventuelle propagation d'un comté à un autre, les postes de contrôle sont un élément important », explique Eric Peti, coordonnateur de l'équipe d'actions de proximité dans une unité de traitement de l'Ebola, dirigée par l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), à Tubmanburg, au Libéria.

Pour enrayer l'épidémie et « réduire le nombre de cas d'Ebola à zéro », il est essentiel de rechercher toutes les personnes ayant été en contact direct avec un malade. La recherche des contacts et le suivi de leur état de santé permettent d'identifier immédiatement les personnes infectées. Celles-ci peuvent ensuite être isolées et traitées plus tôt, et chaque chaîne de transmission peut être rompue. Les gens ne s'identifieront cependant comme contact que s'ils ne craignent pas les conséquences. Ils ont besoin qu'on leur prouve qu'ils peuvent obtenir un traitement efficace s'ils sont infectés, qu'ils ne seront pas stigmatisés si leur maison est mise en quarantaine, et qu'on leur fournira de la nourriture, de l'eau et du combustible. Les Gouvernements et leurs partenaires cherchent à assurer que les ménages mis en quarantaine recevront la nourriture nécessaire, dont une grande partie a été fournie par le Programme alimentaire mondial (PAM).

Le nombre d'agents de recherche des contacts a considérablement augmenté au cours de l'épidémie, et ils sont désormais mieux connectés aux autres composants de la riposte, notamment grâce à l'utilisation de technologies de l'information, de systèmes GPS et de matériel de communications tels que tablettes et téléphones intelligents. Au plus fort de l'épidémie, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) a mobilisé environ 8 000 agents de recherche des contacts dans les trois pays, dont 5 000 en Sierra Leone, posant en même temps les bases de prochains systèmes de surveillance épidémiologique régionaux.

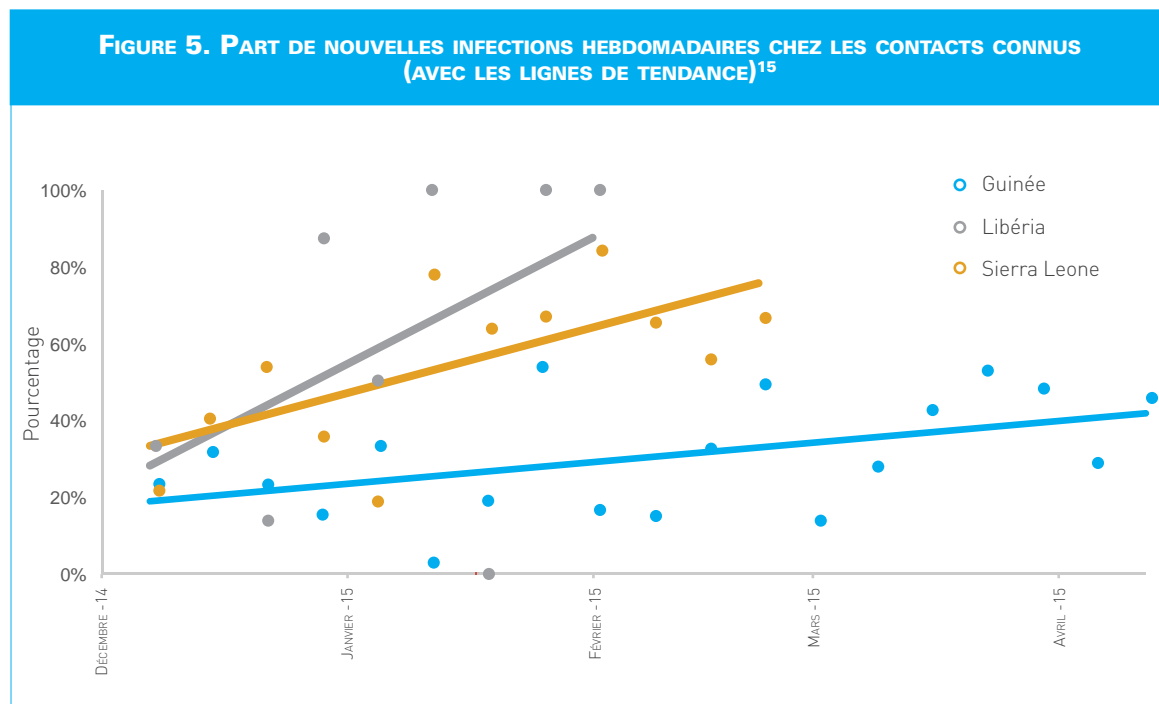
Alphonso Kanboh

« Je suis enseignant depuis 22 ans, les gens d'ici me font confiance. Quand mes collègues et moi-même allons vers eux pour leur expliquer comment éviter l'infection par l'Ebola, ils sont plus enclins à écouter. » Alphonso Kanboh fait partie des 11 000 enseignants et directeurs d'école libériens formés par le Ministère de l'éducation du pays et l'UNICEF. Il s'est porté volontaire pour suivre la formation et faire du porte-à-porte pour sensibiliser les communautés à la manière de se protéger et de prévenir la transmission du virus.

Enseignant à l'école communautaire de Paynesville, M. Kanboh se situe au cœur des activités de proximité et son message est clair : « L'Ebola est encore très réel dans notre ville. Vous devez donc continuer à vous laver les mains avant de manger. Ne touchez pas les malades. Appelez le numéro sur l'affiche si un membre de votre famille tombe malade. » Il sensibilise également la population aux signes et symptômes de la maladie ainsi qu'aux mesures à prendre pour éviter l'infection. « Je consacre ma vie à éduquer la nouvelle génération », déclare M. Kanboh. Mais en attendant la reprise des cours, il mène des actions éducatives au niveau communautaire et contribue à l'éradication de l'épidémie.

[Adapté de l'article « A teacher's turf : Community outreach in the fight against Ebola », 5 décembre 2014, UNICEF, www.unicef.org]

La part croissante de personnes récemment diagnostiquées après avoir été identifiées comme contacts de malades avérés est un indicateur-clé du succès de la recherche des contacts. Si cette part fluctue depuis le début de l'année 2015, la tendance générale est positive dans tous les pays touchés (cf. Figure 5).



La réduction du nombre de personnes mortes au sein de leur communauté, et dont on sait qu'elles étaient atteintes du virus grâce aux échantillons prélevés au moment du décès, constitue un autre indicateur important du succès de la recherche des contacts. En 2015, des progrès encourageants ont été observés : dans les trois pays, ce nombre est passé de 273 en février à 98 au mois de mars.

Plusieurs groupes – autorités locales et nationales, groupes religieux, société civile et intervenants internationaux – ont participé à la mobilisation des communautés, au dépistage des cas et à la recherche des contacts au niveau des districts, des comtés et des préfectures de chaque pays. Au niveau local, les coordonnateurs ont cherché à assurer une application sensible des procédures normalisées et un suivi efficace lorsque la riposte présentait des lacunes. Plus nous nous rapprochons de l'éradication de l'épidémie, plus il est important que ces systèmes fonctionnent correctement.

Les survivants de l'Ebola ont besoin de soutien pour conserver leur état de santé mentale et physique, et préserver leurs moyens de subsistance. Nombre d'entre eux ont souffert de détresse émotionnelle et de problèmes de santé physique, et nombreux sont ceux qui ont perdu des membres de leur famille ou les personnes chargées de subvenir à leurs besoins. De nombreux rescapés ont également perdu leurs biens, et luttent pour regagner leurs moyens de subsistance et pour affronter la stigmatisation au sein de leur communauté. Des programmes d'aide aux survivants avaient déjà été lancés pendant la première phase de la

¹⁵ Selon des données issues de l'OMS.

riposte. En décembre 2014, par exemple, le Ministère sierra-léonais de la protection sociale, de la condition féminine et de l'enfance, avec l'appui des partenaires internationaux, a organisé des conférences spéciales pour plus de 400 survivants de l'Ebola.¹⁶ Ils y ont reçu une aide psychosociale et des trousseaux incluant des articles ménagers et une indemnité de réinstallation. Parmi ces survivants, beaucoup ont ensuite pris part à la riposte.

SERVICES ESSENTIELS ET PRÉPARATION

Les trois « B » et les trois « C » constituent les « lignes d'action » de santé publique permettant de réduire la transmission du virus Ebola. Parallèlement à cela, il s'est avéré crucial (a) de maintenir et de rétablir les services essentiels pour garantir les moyens de subsistance de la

population et (b) d'améliorer la préparation des collectivités et des pays épargnés afin de prévenir la propagation du virus au sein des pays et de la région.

Guiba Kondé

Guiba Kondé fait partie de l'équipe de surveillance des frontières de l'OIM, dans le poste reculé de Nougani au Mali. Avec ses collègues, il consigne la traversée de tous les voyageurs provenant de Guinée et collecte des informations telles que l'immatriculation des véhicules, la nationalité, l'âge, le numéro de téléphone, la provenance et la destination. Ces informations sont ensuite vérifiées aux postes de contrôle correspondants de part et d'autre de la frontière. Si une information ne correspond pas, les voyageurs sont contraints à rebrousser chemin.

Selon M. Kondé, toutefois, l'un des aspects les plus importants de son travail est l'action de proximité : « Nous constatons que bon nombre de voyageurs ne connaissent pas les risques du virus ou ne savent pas s'en prémunir. Ils nous disent que les informations que nous leur donnons leur sont vraiment utiles. » Il leur apprend à bien se laver les mains et leur explique les risques de transmission de l'Ebola. Il leur prend également la température avant de les autoriser à traverser.

Avec près de 500 personnes transitant chaque jour par le « point de contrôle des flux » de Nougani, M. Kondé déclare : « Lorsque vous êtes ici, comme moi, tous les jours, et que vous voyez le nombre de personnes qui traversent quotidiennement et sans arrêt les frontières, vous comprenez les risques. »

[Adapté de l'article « Guinea-Mali Border Surveillance Stepped Up in Fight Against Ebola », 8 février 2015, MINUAUCE, <https://ebolaresponse.un.org>]

Les gouvernements étaient préoccupés par le fait que l'épidémie d'Ebola et les mesures prises pour l'endiguer (en particulier les restrictions à la liberté de mouvement) pourraient empêcher les populations de subvenir à leurs besoins essentiels. Ils cherchaient à maintenir les services publics de base. Les évaluations de la vulnérabilité et les efforts mis en œuvre pour garantir l'accès à l'alimentation ont constitué des éléments clés de l'intervention. Une aide alimentaire ciblée est primordiale pour assurer la subsistance des communautés en quarantaine et des patients sous traitement médical. Un soutien constant doit être apporté aux survivants et à ceux qui ont perdu un soutien économique (en particulier les orphelins) afin de garantir l'accès à des aliments nutritifs et de prévenir le risque de malnutrition. Le PAM et de nombreuses ONG partenaires ont uni leurs forces pour aider les autorités locales et nationales à assurer la sécurité alimentaire et nutritionnelle des populations. À la fin du mois de février, le PAM et ses partenaires avaient fourni une aide alimentaire à environ 2,5 millions de bénéficiaires en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone.¹⁷

Des efforts concertés ont été mis en œuvre pour réduire l'impact des fermetures d'écoles et de l'accès limité aux centres de santé. Un programme baptisé « School in a radio » a été utilisé dans les pays touchés pour permettre aux enfants de suivre l'essentiel du programme scolaire de manière conviviale. Des radios fonctionnant à l'énergie solaire – conçues pour

¹⁶ http://www.unicef.org/media/media_78207.html.

¹⁷ Lutte contre l'Ebola en Afrique de l'Ouest. Rapport de situation du PAM n° 27, 10 avril 2015.

Mohammad Bailor Jalloh

« La mobilisation des communautés est la pierre angulaire de toute intervention publique. Le virus Ebola a éclo dans la communauté, et il s'éteindra dans la communauté. » C'est avec cette conviction, et par l'entremise de l'ONG qu'il a fondée en 2012, que Mohammad Bailor Jalloh a rejoint la lutte contre l'Ebola en Sierra Leone.

En août 2014, son ONG, FOCUS 1000, a réalisé la première étude portant sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) en Sierra Leone, en partenariat avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et en collaboration avec les Catholic Relief Services (CRS), les Centres for Disease Prevention and Control (CDC) et le Ministère de la santé et de l'hygiène. Depuis lors, deux autres études ont été publiées et une quatrième est en cours. L'objectif était d'identifier les connaissances, la perception et les comportements du public vis-à-vis de l'Ebola pour permettre au gouvernement et à ses partenaires d'adapter et de cibler au mieux la riposte.

C'est également la raison pour laquelle FOCUS 1000 a décidé d'impliquer les chefs religieux dans la riposte contre le virus. « Les CAP ont révélé que, hormis la radio, les chefs religieux étaient la source d'information la plus populaire et la plus efficace », indique M. Jalloh. « Les gens accordent généralement leur confiance aux chefs religieux de leur communauté et leur demandent conseil, particulièrement en période de grandes difficultés sociales. »

Entre autres actions, l'ONG a aidé les chefs religieux à rechercher des preuves scripturales dans le Coran et la Bible permettant d'étayer les messages publics diffusés pour prévenir la transmission du virus. Elle a également formé 50 hauts responsables religieux, qui ont à leur tour formé plus de 5 000 imams, pasteurs, et groupes de femmes et de jeunes dans quelque 4 000 mosquées et églises des quatre coins du pays.

Selon M. Jalloh, « les chefs religieux ont énormément contribué à dissiper les rumeurs et les idées erronées, à combattre la stigmatisation et à faire évoluer les croyances et pratiques traditionnelles ». « Le changement de comportement va au-delà du message », ajoute-t-il, « il exige un messenger de confiance capable de transmettre des messages clairs que les gens peuvent comprendre et accepter. Et pour soutenir le changement de comportement, il nous faut créer un environnement propice à la prise de conscience. C'est ce que nous avons fait en impliquant les chefs religieux. »

être utilisées sans piles ni électricité – ont été distribuées au Libéria afin d'accroître le nombre d'auditeurs.¹⁸ Depuis le début de l'année, les écoles ont rouvert de manière sécuritaire dans les trois pays après des formations intensives pour les professeurs et la distribution de fournitures scolaires par l'UNICEF et ses partenaires, permettant à 2,1 millions d'enfants de retourner en classe en Guinée depuis le 19 janvier, 1,35 million au Libéria depuis le 16 février et 1,8 million en Sierra Leone depuis le 14 avril. La Sierra Leone a supprimé les frais de scolarité de tous les établissements gouvernementaux, et le Libéria a appliqué une mesure similaire à certaines catégories d'élèves. En Guinée, le PAM a élargi son programme d'alimentation scolaire pour inciter les élèves à reprendre le chemin de l'école : en mars 2015, 88 % des écoliers des classes de primaire 2013/2014 étaient de retour à leur pupitre.

¹⁸<http://www.lr.undp.org/content/LibériaLibériaLibéria/en/home/presscenter/articles/2014/12/18/bringing-information-to-new-georgia-undp-donates-solar-powered-radios/>.

Vaccins et traitements

Il n'existe pas encore de vaccin homologué contre le virus Ebola, mais quatre vaccins candidats qui se sont avérés sûrs et efficaces chez l'animal se trouvent actuellement à différentes phases d'évaluation chez l'homme.

Les deux candidats les plus prometteurs sont les vaccins cAd3-ZEBOV, mis au point par GlaxoSmithKline en collaboration avec le United States National Institute of Allergy and Infectious Diseases, et rVSV-ZEBOV, initialement mis au point par l'Agence de la santé publique du Canada et dont le développement a aujourd'hui été confié sous licence à la société NewLink Genetics (qui collabore avec Merck Sharp & Dohme pour l'homologation). Après le succès de la phase I des essais cliniques menés dans plusieurs pays d'Amérique du Nord, d'Europe et d'Afrique, la phase III de l'évaluation de ces candidats prometteurs a été lancée en février 2015 dans les pays touchés par l'épidémie d'Ebola. L'objectif est d'évaluer si ces vaccins protègent bien contre la maladie à virus Ebola et d'avoir une assurance supplémentaire de leur innocuité.

Le premier essai de phase III (PREVAIL) est un essai contrôlé randomisé comparant les deux vaccins candidats à un placebo. Il est mené conjointement par le gouvernement du Libéria et les National Institutes of Health (NIH) américains. Les premières phases sont aujourd'hui terminées, mais l'enrayement de la maladie à virus Ebola au Libéria signifie que l'essai PREVAIL ne pourra pas atteindre son objectif – démontrer l'efficacité des vaccins –, et les chercheurs étudient la possibilité d'élargir son application à la Guinée.

La conception de l'essai de phase III (STRIVE) mené en Sierra Leone repose sur une introduction par étapes permettant de tester le vaccin rVSV-ZEBOV chez des agents sanitaires. Lancé en avril 2015, il fait l'objet d'une collaboration entre le gouvernement national et les United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

L'essai de phase III mené en Guinée fait quant à lui l'objet d'une collaboration internationale entre le gouvernement guinéen, la Norvège, le Canada, MSF et l'OMS, parmi d'autres partenaires. Lancé au début du mois de mars 2015, il vise à évaluer en premier lieu l'efficacité du vaccin rVSV-ZEBOV, puis

celle du cAd3-ZEBOV, dans le cadre d'une stratégie dite de « vaccination en ceinture ». Pour cet essai clinique de phase III, comme pour l'essai STRIVE de Sierra Leone, la possibilité de démontrer l'efficacité d'un vaccin candidat dépendra essentiellement du nombre de cas d'Ebola susceptibles d'être étudiés au cours des semaines à venir.

Deux vaccins supplémentaires font désormais l'objet d'essais cliniques de phase I chez l'homme : une séquence dite « prime-boost » (primovaccination-rappel) d'Ad26-EBOV et de MVA-EBOV développée par Johnson & Johnson, et une particule recombinante issue d'une glycoprotéine du virus Ebola (EBOV) produite dans des plants de tabac et développée par la société de biotechnologie Novavax.

L'introduction de vaccins contre le virus Ebola chez les populations des pays touchés dépendra des résultats des essais cliniques, de l'examen de leur innocuité et de leur efficacité par les autorités de réglementation et de l'évolution de l'épidémie.

Parmi les autres traitements et thérapies en cours d'évaluation chez des malades de Sierra Leone et de Guinée, on peut citer la transfusion de plasma recueilli auprès de patients rétablis après une maladie à virus Ebola, un cocktail d'anticorps monoclonaux produits par des plantes (ZMapp ; BioLeaf™), une combinaison de petits ARN interférents (siRNA, pour small interfering RNA) produits par la société Tekmira et un médicament antiviral (favipiravir ; Fujifilm). Le ZMapp et le siRNA se sont tous deux avérés efficaces contre le virus dans des tubes à essai (in vitro) et chez des singes infectés.

Des progrès ont été également réalisés en matière de développement de nouveaux outils de diagnostic permettant un dépistage plus rapide des cas suspects et pouvant être utilisés sur le terrain.

L'OMS, avec le soutien financier de la Banque mondiale, collabore avec toutes les parties intéressées pour accélérer l'identification, l'évaluation, la mise au point et, en cas d'innocuité et d'efficacité avérées, le déploiement de chaque traitement, vaccin et outil de diagnostic potentiels. Il incombe aux ministères de la santé des pays touchés de prendre les décisions finales concernant l'introduction de ces produits.

Parallèlement à la réouverture des écoles et des centres de santé, une décontamination exhaustive des installations utilisées pour traiter les malades est en cours, de même qu'un renforcement des mesures de salubrité et d'hygiène – notamment la distribution d'équipements d'assainissement et l'installation de points d'eau.

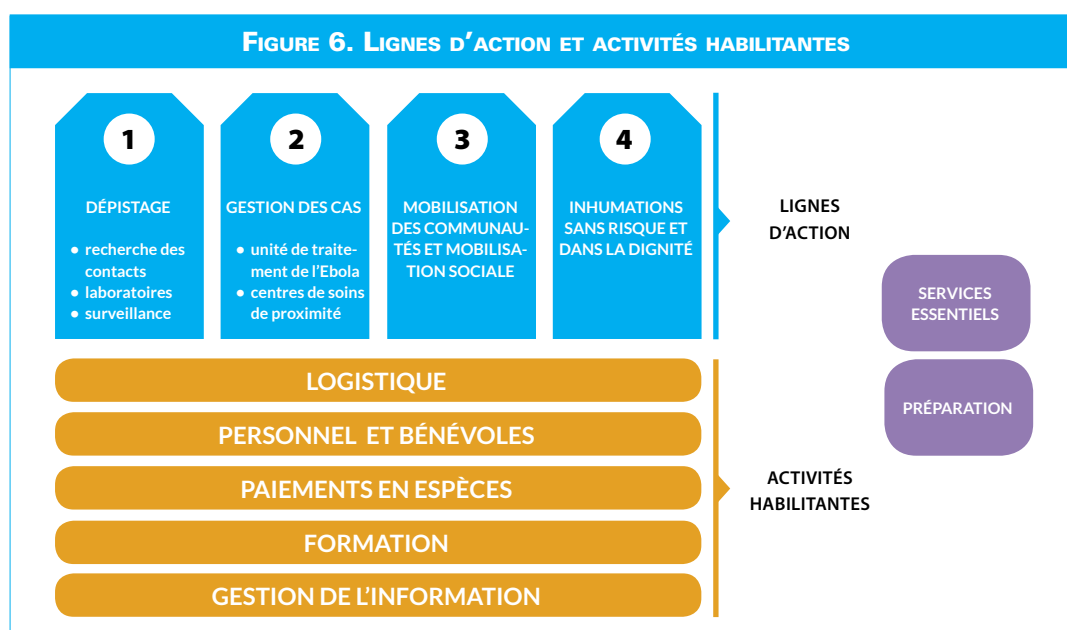
Durant l'épidémie, le recours aux services de santé a considérablement diminué. A titre d'exemple, il a diminué de plus de 50% de 2013 à 2014 en Guinée. En novembre 2014, 94 centres de santé, soit 6%, avaient été fermés suite à l'absence ou au décès de professionnels de santé. Les accouchements assistés ont également connu une diminution d'environ 20% en Guinée alors que le nombre de vaccination DPT3 a aussi chuté de 30% entre 2013 et 2014. Des campagnes d'immunisation dans les trois pays ont été organisées lors de la reprise des services de santé.

Sur les 17 000 orphelins, 8 000 ont maintenant reçu des transferts en argent en Guinée et au Libéria et une nouvelle initiative de transferts a été lancée par l'UNICEF avec la Banque mondiale et le Ministère chargé des enfants en Sierra Leone.

Des efforts ont également été entrepris pour renforcer les capacités de préparation des trois pays les plus touchés ainsi que d'autres pays de la région. Depuis le début de la flambée épidémique actuelle, le niveau de préparation s'est amélioré dans un certain nombre de domaines, de la coordination à la surveillance épidémiologique, en passant par la planification budgétaire et les capacités de laboratoire. Les enseignements générés par les exercices de simulation se sont révélés critiques pour améliorer les capacités de préparation. Ce renforcement des capacités permettra à ces pays d'être mieux préparés et plus à même de combattre de futures épidémies.

ACTIVITÉS HABILITANTES

La Conférence de planification opérationnelle organisée à Accra à la mi-octobre 2014 a joué un rôle essentiel pour aider le système des Nations Unies et ses partenaires à optimiser leurs contributions à l'intensification de la riposte. La Conférence a clarifié les lignes d'action prioritaires et a permis de s'accorder sur les rôles et responsabilités des différents acteurs. (cf. Figure 6).



Cette conférence a permis d'établir que de multiples organisations – de cultures professionnelles et organisationnelles très diverses – étaient engagées dans la lutte contre l'Ebola. Elles participent à un exercice extrêmement complexe et imprévisible. Les gouvernements des différents pays, désireux de s'assurer que tout est fait pour permettre aux intervenants d'être pleinement efficaces, ont entrepris de mettre en œuvre des *mesures habilitantes* avec le soutien d'armées externes, d'entités des Nations Unies, de bailleurs de fonds, d'ONG et d'entreprises. Ensemble, ces plateformes d'appui opérationnel, destinées à soutenir l'ensemble de l'intervention, sont devenues plus organisées et prévisibles avec le temps. Elles permettent le transport des biens et des personnes, le fonctionnement des systèmes logistiques et d'approvisionnement, le recrutement, le déploiement, la formation et le soutien du personnel (de manière à éviter toute contamination), la rémunération des intervenants officiels dans les régions isolées sans services bancaires, et l'établissement de systèmes de gestion de l'information. Voici quelques exemples des mesures habilitantes mises en œuvre :

Logistique

De nombreuses entités ont contribué au transport de matériel vers et au sein de la région par voie aérienne, terrestre et maritime. Grâce à l'opération aérienne des Nations Unies pour l'envoi d'avions et d'hélicoptères, le PAM et la MINUAUCE ont facilité le transport de 64 000 m³ de fret depuis le mois de septembre 2014,¹⁹ y compris des équipements essentiels tels que des ambulances et des fourgons mortuaires. Parallèlement à cela, les Services aériens d'aide humanitaire des Nations Unies ont transporté plus de 11 000 travailleurs humanitaires, médecins et fonctionnaires, ce qui a permis d'améliorer l'accès à la région et de faciliter les déplacements des intervenants jusqu'aux foyers d'infection.²⁰ Dans le cadre de l'intervention la plus importante de son histoire, pour ce qui est du volume de matériel transporté, l'UNICEF a expédié près de 8 000 tonnes de fournitures, notamment des équipements de protection individuelle, des médicaments, des trousseaux d'hygiène pour les familles, des trousseaux scolaires et des véhicules.²¹ Plusieurs gouvernements, dont l'Allemagne, les États-Unis, la France, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, ainsi que des partenaires non-gouvernementaux et des entreprises privées ont aussi contribué des capacités de transport aérien, terrestre et maritime.

Personnel et volontaires

Des experts techniques internationaux, y compris médicaux, épidémiologiques, anthropologiques et de logistique, ont été déployés pour épauler les gouvernements nationaux. Ils ont soutenu les travailleurs de la santé locaux et encouragé la réponse communautaire. Pour la FICR, « le recrutement de ressources humaines a constitué l'une des grandes difficultés de la riposte contre l'Ebola »²². Le recrutement de personnel a aussi été un défi pour la plupart des partenaires, la raison la plus souvent citée étant les inquiétudes quant à un accès aux traitements en cas d'infection. Le recrutement de personnel international, la vérification de l'aptitude médicale des intervenants, leur déploiement et l'organisation des évacuations sanitaires dans les zones d'opération, en particulier dans les régions isolées, n'ont pas été sans mal. Cela explique que la progression des Nations Unies sur le terrain ait été plus lente qu'à l'accoutumée.

De nombreuses organisations, parmi lesquelles l'Union africaine (UA), MSF, l'OMS et les CDC des États-Unis, ainsi que des partenaires gouvernementaux bilatéraux, le Réseau mondial d'alerte et d'intervention en cas d'épidémie (GOARN), de nombreuses ONG et le Mouvement de la Croix-Rouge, ont également fourni du personnel. La contribution du GOARN comprend la mise en place d'un consortium de laboratoires. Plusieurs organisations ont également contribué au centre de gestion et des opérations d'urgence.

¹⁹ Lutte contre l'Ebola en Afrique de l'Ouest. Rapport de situation n° 27 du PAM, 10 avril 2015.

²⁰ <http://wfpusa.org/blog/hope-looks-plane-way>.

²¹ Des fournitures vitales pour les pays touchés par le virus Ebola, UNICEF.

²² IFRC Real Time Evaluation, http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Links%20to%20all%20documents%20-%20Ebola%20RTE_0.pdf.

Leurs nombreux conseils techniques et leur expertise opérationnelle ont été essentiels pour développer la riposte et établir les priorités. Les précédentes expériences des intervenants se sont également avérées précieuses, notamment celles des travailleurs de la santé de l'UA dans le cadre des précédentes flambées d'Ebola ou le travail des CDC en Chine pendant l'épidémie de SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère).

Il s'est avéré difficile d'estimer le nombre total d'intervenants étrangers qui ont participé à la riposte. Par exemple, au 14 avril 2015, la MINUAUCE avait déployé près de 200 personnes et l'OMS près de 1 000 dans les trois pays touchés, y compris des coordonnateurs des activités de terrain pour les bureaux infranationaux. La diversité des partenaires internationaux impliqués dans la réponse est un des aspects extraordinaires de cette riposte. Plusieurs sont revenus dans les pays touchés deux ou même trois fois. Nous reconnaissons et apprécions leurs contributions individuelles et collectives.

Rémunération

De nombreux acteurs nationaux de la lutte contre l'Ebola, dont les effectifs étaient en constante évolution, avaient besoin d'être payés. À plusieurs reprises, des menaces de grève ou un fléchissement du moral des intervenants ont fait peser un risque bien réel sur la continuité de l'intervention. La création de mécanismes de rémunération innovants, avec le soutien du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et du secteur privé, a permis de remédier en partie au problème. Au début du mois de mars, 95 à 100 % des intervenants officiels étaient directement reliés à ces mécanismes de rémunération, et plus de 90 % ont été payés à temps dans la plupart des cycles. En Sierra Leone, 100 % des intervenants sont rémunérés par transfert électronique depuis décembre 2014.



En août 2014, les membres de la Coalition « Health For All » ont affiché un poster intitulé « Kick Back Ebola » dans le district de Kailahun, en Sierra Leone. Des cas ayant été confirmés dans le district, ces affiches de sensibilisation au virus Ebola présentaient des pratiques efficaces pour lutter contre l'épidémie et en prévenir la propagation. Le 20 août, un total de 2 615 cas (confirmés, probables et soupçonnés) et 1 427 décès avaient été signalés en Guinée, au Libéria, au Nigéria et en Sierra Leone. Photo UNICEF/NYHQ2014-1380/Douglas

Formation

Des milliers d'intervenants ont reçu une formation appropriée pour optimiser la réponse au niveau local. L'OMS a offert une formation préalable au déploiement à plus de 1 900 intervenants à Genève et Accra, ainsi qu'une formation en ligne à plus de 5 000 intervenants supplémentaires. En collaboration avec MSF, la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et les comités espagnol, français et allemand ont organisé 762 formations préalables au déploiement à l'intention des intervenants internationaux. Plus de 10 000 volontaires des comités nationaux de la Croix-Rouge ont été formés à différents aspects de la lutte contre l'Ebola. Depuis le 1er décembre 2014, l'OIM et ses partenaires ont formé plus de 4 500 travailleurs de la santé de première ligne à l'Académie nationale de formation à Ebola de Freetown. Dans tous les pays touchés, MSF a apporté des conseils, un soutien, une orientation et une formation directe à d'autres organisations qui intensifiaient leur contribution dans la lutte contre l'Ebola.

Gestion de l'information

L'accès à des données précises en temps réel est essentiel pour répondre efficacement à toute épidémie de fièvre hémorragique virale. Les intervenants et les communautés touchées ont besoin d'information relative à l'Ebola. En pratique, le partage et la gestion de cette information se sont révélés difficiles au niveau local. Dans un premier temps, l'absence de connexion à Internet – pour la transmission de données, le transfert d'argent par téléphone portable ou le contact avec des proches malades – a limité l'efficacité de la riposte. Des coalitions d'intervenants se sont formées pour améliorer les communications et imaginer des réponses innovantes, notamment des partenariats public-privé pour l'établissement de points d'accès sans fil permettant aux centres de lutte contre l'Ebola des différents districts de se connecter à Internet.

John Mwikaria et Jonas Tewelde

Lorsqu'on leur demande ce qui les a poussés à se porter volontaires pour se rendre au Libéria, John Mwikaria, infirmier urgentiste, et le docteur Jonas Tewelde, médecin généraliste, donnent la même explication. « C'est à nous d'aider nos frères en Afrique », indique le premier. « Notre principale motivation était d'apporter notre assistance professionnelle à nos frères et sœurs d'Afrique de l'Ouest », ajoute le second.

John Mwikaria, originaire du Kenya, travaille aujourd'hui à l'hôpital Rennie, tandis que Jonas Tewelde, originaire d'Éthiopie, est en poste à l'hôpital de la Rédemption. Tous deux font partie des 835 agents médicaux déployés en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone dans le cadre de la mission d'appui de l'Union africaine contre l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest (ASEOWA). L'UA apporte la contribution la plus importante aux 1 300 professionnels de la santé étrangers déployés dans les trois pays, parmi lesquels se trouve également une équipe cubaine de 230 intervenants.

Ces agents sanitaires étrangers ont uni leurs forces à celles des professionnels locaux pour participer au traitement et au soin des patients, renforcer les capacités sanitaires locales, gérer les unités de traitement et rétablir les services de santé essentiels pour les patients atteints de maladies autres que l'Ebola.

« Il s'agit de l'une de ces occasions dans lesquelles les gouvernements africains ont montré que leur solidarité et leur union pouvaient permettre au continent de surmonter n'importe quelle difficulté », affirme M. Tewelde. M. Mwikaria explique qu'il a puisé son courage dans la volonté du personnel médical local « de servir les populations malgré les difficultés et les craintes qu'inspire la maladie... », ajoutant que « leur état d'esprit est une source d'inspiration ».

[Adapté de l'article « En première ligne contre Ebola, les professionnels de santé servent la population au péril de leur vie », 7 avril 2015, Banque mondiale, www.worldbank.org]

DEUXIÈME PARTIE : COMMENT L'INTERVENTION S'EST-ELLE ORGANISÉE ?



Le 21 septembre 2014, un agent de mobilisation sociale distribue des savons, Freetown, Sierra Leone. L'utilisation du savon pour se laver les mains aide à enrayer la propagation des maladies dont le virus Ebola.
Photo UNICEF/NYHQ2014-1604/Bindra

Derrière ces résultats impressionnants se cache une histoire remarquable. L'effort collectif réalisé dans la lutte contre l'Ebola a été exceptionnel à de nombreux égards, qu'il s'agisse du nombre de contributeurs, de leur diversité ou du niveau de coopération atteint. Les principaux contributeurs ont été les pays eux-mêmes, particulièrement les collectivités et populations touchées. Une des influences les plus marquantes a été celle des gouvernements des pays touchés et leur volonté à s'engager ouvertement avec les sources nationales et internationales d'assistance. Ceci a permis d'aligner les divers partenaires derrière les ripostes nationales. Les gouvernements ont été soutenus par les pays donateurs bilatéraux, les organisations multilatérales, les ONG, les fondations et le secteur privé.

Mais ce sont les habitants des trois pays touchés – dont beaucoup étaient des volontaires, notamment de la Croix-Rouge – qui ont travaillé en première ligne et impulsé la lutte contre le virus. Ils ont transporté les patients, pris soin des malades, recherché les personnes exposées et rendu visite aux habitants maison par maison. Tous ces intervenants ont travaillé sans relâche et au péril de leur vie dans des circonstances exceptionnelles.

Selon les données de MSF et de l'ONU, les effectifs de lutte contre l'Ebola étaient constitués à plus de 90 % d'agents nationaux. Ils ont été soutenus par 10 000 intervenants internationaux environ – selon les estimations –, qui ont apporté leur contribution tout au long de la période d'intervention.

Parmi les travailleurs sanitaires impliqués dans la lutte, 865 ont été contaminés par le virus, et 504 l'ont payé de leur vie. Dans leur immense majorité, il s'agit de citoyens d'Afrique de l'Ouest. Des personnes telles qu'Augustine Turay, Abdul Rahman Parker et Alphonso Kanboh, dans les encadrés ci-dessus, sont des héros de la lutte contre l'Ebola.

UNE STRATÉGIE D'INTERVENTION ÉVOLUTIVE

L'action mondiale contre l'Ebola peut être définie comme une stratégie ciblée mais souple, ayant su s'adapter efficacement à l'évolution de l'épidémie et s'étant progressivement décentralisée.

La « Stratégie de riposte d'Accra », adoptée par les ministres de la santé de onze pays d'Afrique de l'Ouest les 2 et 3 juillet 2014, et la « Feuille de route pour la riposte au virus Ebola » publiée par l'OMS le 28 août 2014, ont été réunies pour élaborer la première version de cette stratégie mondiale. La « Stratégie de riposte d'Accra » reposait sur trois piliers d'action : des interventions immédiates de lutte contre l'épidémie, une amélioration de la coordination et de la collaboration, et une mobilisation accrue des ressources humaines et financières. La Feuille de route de l'OMS mettait l'accent sur l'utilisation d'approches complémentaires et plus controversées pour intervenir dans les zones de transmission élevée.

Le contenu de ces deux stratégies a été repris dans la stratégie STEPP de l'ONU, développée en collaboration avec les Présidents et les gouvernements des pays touchés au cours de la première quinzaine du mois de septembre 2014. Celle-ci a permis de poser les bases de l'Aperçu des besoins et des exigences du système des Nations Unies et de ses partenaires, développé conjointement par le Bureau de la Coordination des affaires humanitaires (OCHA) et le Bureau de l'Envoyé spécial, et présenté à Genève le 16 septembre 2014. La stratégie STEPP se compose des éléments suivants :

- **S**top the outbreak (stopper l'épidémie) ;
- **T**reat the infected (traiter les personnes infectées) ;
- **E**nsure essential services (assurer les services essentiels) ;
- **P**reserve stability (préserver la stabilité) ; et
- **P**revent outbreaks in countries currently unaffected (prévenir les flambées épidémiques dans les pays jusqu'à présent épargnés).

Chacun des cinq éléments de la stratégie STEPP se décompose en activités essentielles comprenant des mesures de santé publique ainsi que les fonctions habilitantes nécessaires à une riposte efficace. La stratégie STEPP a permis l'établissement d'un cadre opérationnel large, souple et durable.

Au fil du temps, différents éléments de la STEPP ont dû être privilégiés. Lorsque le nombre de personnes infectées par le virus était en rapide augmentation, la priorité a été donnée aux deux premiers éléments, consistant à **S**topper et à **T**raiter (« **ST** ») : il s'agissait alors de construire des centres dotés de lits et de personnel, d'introduire des inhumations sans risque et de trouver et former des travailleurs de la santé.

Dans le but d'harmoniser le travail des intervenants, le 20 septembre 2014, la MINUAUCE a fixé l'objectif général de 70 % de patients isolés et traités, et de 70 % d'inhumations sans risque et dans la dignité dans les 60 jours suivant le déploiement de la Mission, soit au 30 novembre 2014. Cet objectif a été atteint en Guinée et au Libéria. La Sierra Leone a aussi atteint l'objectif avant la fin de l'année 2014. La mise en œuvre du plan **70-70-60** a permis d'infléchir la tendance de l'épidémie et d'abaisser le nombre de nouvelles personnes contaminées par

chaque malade à moins de 1,0 en moyenne. L'objectif suivant de « **100-100-90** » visait à ce que 100 % des patients soient isolés et traités et 100 % des inhumations soient sans risque et dignes dans un délai de 90 jours, soit au 1er janvier 2015.

Lorsque l'intensité de la flambée a commencé à diminuer et que les populations ont pu accéder plus facilement à des soins de qualité, les intervenants ont concentré leurs efforts sur l'éradication de l'épidémie par le biais du dépistage et de la recherche des contacts. Des capacités de dépistage et de recherche des contacts devaient être en place dans toute la région afin de pouvoir dresser la carte de chaque chaîne de transmission. Néanmoins, cette phase exigeait le déploiement préalable des capacités permettant de traiter les malades et d'inhumier les victimes, ainsi qu'une meilleure compréhension des données ventilées.

Ces objectifs ont été établis au terme d'un dialogue intensif. La priorité accordée à certains éléments plutôt qu'à d'autres constituait un écart par rapport à l'approche habituellement adoptée dans la prise en charge d'une épidémie de fièvre hémorragique virale. Les opinions de scientifiques et d'experts médicaux de renommée internationale ont été entendues, de même que les recommandations des agents de mobilisation et des chefs traditionnels. En août 2014, il était devenu clair que la propagation de l'épidémie exigeait l'adoption rapide d'approches complémentaires. Le débat – notamment autour du risque d'infection et de la qualité de la prise en charge dans les centres de soins de proximité – a permis l'établissement d'instruments adaptés aux besoins nationaux et locaux.

COMMUNAUTÉS ET ACTEURS LOCAUX

Toutes les communautés et tous les villages touchés par l'Ebola ont contribué à l'action globale. Concernant le personnel officiel et les volontaires, plus de 60 000 personnes²³ originaires de Guinée, du Libéria et de Sierra Leone et possédant un large éventail de compétences et d'expériences ont répondu à l'appel. Des professionnels de la santé aux volontaires locaux, des groupes religieux aux chefs traditionnels, tous les intervenants ont travaillé ensemble pour juguler la transmission de l'Ebola.



Le 19 septembre, une équipe d'agents de mobilisation sociale explique aux habitants comment enrayer la propagation du virus Ebola, à Freetown, capitale du Libéria. Les agents tiennent des affiches illustrant leurs propos.

Du 19 au 21 septembre 2014, une campagne d'information s'est tenue en Sierra Leone afin de diffuser des informations sur le virus Ebola à chaque ménage à travers le pays. L'UNICEF a fourni l'appui technique et financier pour cette campagne du gouvernement intitulée Ose to Ose Ebola Tok (conversation de porte-à-porte). Durant la campagne, 28 500 agents formés, jeunes et bénévoles ont informé 1,5 million de ménages. L'UNICEF estime que 8,5 millions d'enfants et de jeunes gens de moins de 20 ans vivent dans des zones infectées par le virus Ebola en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone. 2,5 millions d'entre eux ont moins de 5 ans. Cette flambée d'Ebola en Afrique de l'Ouest est l'une des plus graves de l'histoire. Photo UNICEF/NYHQ2014-1558/Bindra

²³Rapport du PNUD intitulé « Payments Program for Ebola Response Worker – Results », 31 mars 2015.

Abdourahmane Balde

Abdourahmane Balde travaille comme technicien dans un laboratoire photographique. Mais depuis début 2015, il occupe des fonctions supplémentaires : il est désormais l'un des 5 membres du « comité de veille des villageois » du quartier de Gbangbaissa à Guéckédou, en Guinée.

Chaque jour, M. Balde fait du porte-à-porte pour discuter avec les habitants et leur expliquer les mesures à prendre contre l'Ebola. « Certaines personnes ne voulaient pas comprendre que la maladie existe vraiment », explique-t-il, avant d'ajouter qu'il est fier du travail réalisé, car « l'Ebola est en train de disparaître ».

Ces comités de veille, qui adoptent une structure communautaire, ont été établis partout dans le pays. Ils sont conçus sur le modèle de la hiérarchie traditionnelle et rassemblent 5 à 7 membres élus représentant la structure du village : des chefs religieux et traditionnels, des représentants des femmes, de la jeunesse et des fraternités traditionnelles, telles que les chasseurs et les guérisseurs, ainsi que des leaders d'opinion et des représentants de différentes catégories socioprofessionnelles. Leur objectif est d'encourager la population à se mobiliser contre l'Ebola et de la sensibiliser aux risques de la maladie. Ils aident également les malades à accéder aux soins de santé, recherchent les contacts des personnes exposées et s'emploient à combattre la stigmatisation. Les membres des comités sont considérés comme des intermédiaires de confiance

entre les communautés et les intervenants extérieurs.

« Les comités peuvent se rendre dans des lieux auxquels les étrangers n'ont pas accès », indique Mamadou Baillo Diallo, chef du quartier de Gbangbaissa. « Les étrangers sont mieux informés, mais ils partagent leurs connaissances avec les comités, qui les transmettent ensuite aux différentes communautés. » « Depuis que les comités de veille ont été établis, on n'a pas entendu un mot de protestation », ajoute-t-il.

La contribution des comités a été importante pour endiguer la propagation du virus en permettant de vaincre les résistances des populations partout dans le pays et d'encourager les communautés à se mobiliser. Lancée en décembre 2014, cette initiative compte aujourd'hui 13 700 membres. Des comités ont été établis dans tous les districts de Guinée – généralement avec le soutien de l'UNICEF et la participation de différentes ONG. En tant que membre d'un comité, M. Balde reçoit une incitation financière mensuelle de 56 dollars jusqu'en avril 2015. Il indique cependant qu'il poursuivrait son travail même s'il n'était plus rémunéré, car « il est important de sauver la population ». Les membres de son comité du quartier de Gbangbaissa ont d'ores et déjà commencé à sensibiliser la population aux dangers de la rougeole.

[Tiré d'entretiens menés par l'UNICEF en Guinée]

Tandis que certaines résistances vis-à-vis des mesures mises en œuvre pour éradiquer l'épidémie se sont manifestées dans certaines communautés, d'autres ont développé leurs propres solutions. Certains dirigeants locaux et chefs religieux du Libéria ont décidé de s'imposer une « auto-quarantaine », une initiative qui s'est avérée plus efficace que la mise en quarantaine d'un district ou d'un individu.²⁴

²⁴ http://acaps.org/img/documents/t-acaps_thematic_note_ebola_west_africa_quarantine_sierra_leone_LibériaLibériaLibéria_19_march_2015.pdf.

Le maintien de l'initiative locale et la mobilisation des communautés sont des conditions préalables à l'éradication de l'épidémie, et la participation des dirigeants locaux à l'élaboration et à la mise en œuvre de la riposte au niveau local s'est avérée nécessaire pour susciter des changements de comportement au sein de la population.

IMPULSION NATIONALE

Les Présidents de la Guinée, du Libéria et de la Sierra Leone ont joué un rôle critique dans la riposte. Ils ont fourni une direction stratégique qui a permis à un effort d'une telle ampleur de prendre forme. Ils ont également mis en avant une vision nationale de ces efforts qui a rallié les populations. Ils ont obtenu le plein soutien de leur gouvernement et mené la réponse opérationnelle tout en insistant sans relâche sur la nécessité de changer les comportements. Leur rôle a été essentiel dans les progrès réalisés pour vaincre l'épidémie d'Ebola.

Au début de l'intervention, les gouvernements ont dû relever des défis de taille. Selon l'OMS, la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone n'avaient pratiquement aucune expérience du virus Ebola : « Aucun praticien n'avait jamais pris en charge un patient atteint de l'Ebola. Aucun laboratoire n'avait jamais analysé un échantillon de diagnostic du virus. Aucun gouvernement ne possédait l'expérience requise pour comprendre ce qu'une maladie comme l'Ebola pouvait signifier pour l'avenir de tout un pays ».²⁵ Et aucun de ces pays ne disposait d'un système de santé capable de mobiliser la force de frappe nécessaire. Le Ministre des Affaires étrangères du Libéria a indiqué qu'avec l'Ebola, « le système sanitaire, déjà faible, [avait] été plongé dans une nouvelle paralysie ».²⁶

L'impact économique potentiel d'une déclaration d'état d'urgence au niveau national était également source de préoccupation. Pour la FICR, « une mauvaise communication et des résistances politiques et culturelles ont nui à la reconnaissance de l'ampleur de l'épidémie à un moment critique ».²⁷ Une fois la situation clairement établie, les gouvernements se sont néanmoins attelés à la difficile tâche de définir et d'activer la lutte contre une épidémie complexe et extrêmement changeante.

Les ministères de la santé des trois pays ont été les premiers organes gouvernementaux à organiser la riposte. Ils ont entrepris de coordonner les acteurs nationaux et internationaux et d'émettre les directives médicales et techniques nécessaires. En Guinée, le docteur Sakoba Keita, du ministère de la santé, a été nommé Coordinateur national de la lutte contre la maladie à virus Ebola en avril 2014, un mois après la confirmation du premier cas. Le Président Condé a déclaré l'état d'urgence sanitaire le 13 août, et nommé le docteur Keita à la tête de la nouvelle « Cellule nationale de la coordination contre l'Ebola » le 4 septembre. Pour encourager un effort accru des communautés en Guinée, alors que le nombre d'infections hebdomadaires commençait à décliner, le Président du pays a appelé à un renforcement des mesures visant à atténuer la crise sanitaire, notamment par des inhumations réalisées en toute sécurité et de manière acceptable selon les coutumes locales.

Le Libéria a réactivé une équipe spéciale du Ministère de la santé et de la protection sociale à la fin du mois de mars 2014, au moment de l'établissement des premiers diagnostics d'Ebola. La Présidente Sirleaf a déclaré l'état d'urgence le 6 août, et nommé Tolbert Nyenswah, Ministre

25 Intervention de la Directrice générale de l'OMS, à l'occasion d'une réunion du Conseil économique et social des Nations Unies consacrée au redressement des pays d'Afrique de l'Ouest affectés par l'épidémie d'Ebola, 5 décembre 2014.

26 Assemblée générale, 3e séance plénière du vendredi 19 septembre 2014, http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/PV.3.

27 Assemblée générale, 3e séance plénière du vendredi 19 septembre 2014, http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/PV.3.

adjoint de la santé et de la protection sociale, à la tête du Système de gestion des incidents le 10 août. Les autorités libériennes ont invité des experts internationaux à travailler au sein même de leurs structures gouvernementales et ont bénéficié du soutien et des conseils de « MSF et de l'OMS, dans un premier temps, puis des CDC des États-Unis, et enfin de la MINUAUCE – cela a fonctionné, car nous avons développé une véritable relation plutôt que des rapports bureaucratiques ».²⁸

En Sierra Leone, le Ministère de la santé et de l'assainissement a établi le Centre d'opérations d'urgence (COU) à la mi-juillet, et le Président Koroma a décrété l'état d'urgence le 30 du mois. À la mi-août, le Ministère a confié la direction du Centre à Stephen Gaojia, ancien ministre du gouvernement. Le 17 octobre, le Président a transformé le COU en un Centre national de réponse contre l'Ebola et a nommé à sa tête le Ministre de la défense de l'époque, le Commandant à la retraite Paolo Conteh. Le lendemain, la nomination de quatorze coordonnateurs de district a marqué la culmination du processus visant à décentraliser la gestion de la lutte contre l'Ebola.

Des efforts simultanés ont été entrepris pour décentraliser la réponse en Guinée et au Libéria. Les contraintes liées à la logistique, au financement et aux ressources humaines ont néanmoins retardé l'établissement de bureaux locaux opérationnels. Dans la mesure du possible, les infrastructures existantes ont été utilisées. Par exemple, les bureaux de la Mission des Nations Unies au Libéria (MINUL), implantés dans les différents comtés du pays. De nouvelles structures ont également été créées en fonction des besoins, notamment des centres de commandement et de contrôle soutenus par l'armée britannique dans certains districts de Sierra Leone. En Guinée, huit équipes régionales d'alerte et de riposte ont été mises sur pied avec le soutien de la France afin d'appuyer les Directions régionales de la santé dans le cadre des activités de surveillance et de recherche des contacts.

Des groupes, piliers ou modules de travail techniques ont été établis au niveau national afin de gérer les composants-clés de l'intervention, tels qu'identifiés au niveau national, notamment la gestion des cas, les inhumations sans risque et dans la dignité, la surveillance et les laboratoires. Au cours des mois, ces activités ont été adaptées aux lignes d'action de la riposte avec un accent supplémentaire sur la prévention et le contrôle des infections ainsi que sur la recherche et le développement. Les différents pays ont développé leurs propres structures en s'adaptant à leur contexte national en fonction des besoins. Au Libéria, par exemple, plusieurs modules humanitaires – notamment un composant « santé » – ont été activés au mois d'août.

La coordination et le partage des informations entre les différents piliers techniques de l'intervention se sont heurtés à des difficultés, et la transmission des données et informations aux experts techniques travaillant sur d'autres piliers a parfois pâti d'une certaine lenteur. L'établissement tardif des fonctions de secrétariat des COU (calendriers des réunions, ordres du jour, procès-verbaux, etc.) a compliqué la mobilisation des intervenants sur le terrain, au niveau des districts et des préfectures, ce qui pourrait avoir contribué au sentiment d'exclusion exprimé par certaines ONG et organisations locales de la société civile.

Les dirigeants politiques ont fait preuve d'unité dans la lutte contre l'Ebola. En Guinée, le principe de l'union politique contre l'épidémie a été officialisé en mars 2015 dans le cadre du Forum des Forces Vives, au cours duquel les représentants des différents partis se sont engagés à dépolitiser la question du virus Ebola en indiquant que « cette union nationale contre Ebola [était] au-dessus de tous les clivages socio-politiques existants dans le pays, particulièrement en cette période pré-électorale. »²⁹

²⁸ Tiré d'un entretien avec le docteur Emmanuel Dolo, Président du Conseil consultatif présidentiel sur Ebola.

²⁹ Déclaration du Forum des Forces Vives de la Guinée contre Ebola, Conakry, 12 mars 2015 (« Cette union nationale contre Ebola est au-dessus de tous les clivages socio-politiques existants dans le pays, particulièrement en cette période pré-électorale »).

COOPÉRATION RÉGIONALE

L'Union du fleuve Mano (UFM) a contribué à mettre en lumière les problèmes transfrontaliers et a convenu, dans le cadre de son Sommet extraordinaire du 1er août 2014, « de prendre des mesures importantes et spéciales au niveau inter-pays pour [se] concentrer sur les régions transfrontalières qui regroupent plus de 70 % de l'épidémie. Ces régions seront isolées par la Police et l'Armée. Les populations habitant dans ces régions, étant isolées, bénéficieront d'un soutien matériel ».³⁰ La réalisation de tous ces engagements s'est avérée ardue, notamment en raison de l'insuffisance des capacités opérationnelles sur le terrain. Dans le cadre d'un sommet organisé à Conakry le 15 février 2015, les dirigeants de l'UFM ont adopté une stratégie visant à atteindre l'objectif « zéro cas d'Ebola » dans les 60 jours, tout en reconnaissant que « l'obtention de zéro Ebola et le maintien de cette tendance [dépendraient] de [leur] volonté politique collective ».³¹

Les Présidents de la Guinée, du Libéria et de la Sierra Leone ont également travaillé conjointement à la préparation du plan sous-régional de relance économique post-Ebola de l'UFM. Ce plan a été débattu durant la conférence internationale de haut niveau sur le virus Ebola, qui s'est tenue le 3 mars à Bruxelles, et de la table ronde de haut niveau organisée à Washington pour préparer l'établissement d'un fonds régional pour le redressement post-Ebola. Sa mise en œuvre par l'UFM, « exige d'accroître d'urgence les capacités et les fonctions du Secrétariat en mettant sur pied une unité spéciale ».³²

En novembre 2014, la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) a fait appel à ses États Membres, leur demandant de fournir du personnel militaire et médical et des volontaires, ainsi qu'un soutien logistique afin de renforcer

L'expérience du Nigéria

Le 20 juillet 2014, un voyageur gravement malade en provenance du Libéria a débarqué à l'aéroport de Lagos, au Nigéria. Trois jours plus tard, le virus de l'Ebola lui a été diagnostiqué. À lui seul, ce malade a contaminé dix-neuf personnes, et 894 habitants de Lagos et de Port Harcourt ont dû se soumettre à des contrôles réguliers pour surveiller l'apparition de symptômes.

Le Ministère de la santé, sur le conseil du Centre pour le contrôle des maladies du Nigéria, a immédiatement activé un Centre de gestion des incidents avant d'ouvrir rapidement un Centre opérationnel d'urgence. Le nouveau responsable de la gestion des incidents Ebola a apporté les connaissances techniques et les expériences de partenariat acquises lors de ses précédentes fonctions à la tête de la lutte contre la poliomyélite au Nigéria.

Une riposte innovante et pluridisciplinaire a été rapidement déclenchée et a réuni tous les experts nationaux et internationaux (CDC, OMS, MSF et UNICEF) sous une même bannière. Témoin de l'impact de l'Ebola en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone, le secteur privé nigérian a offert son soutien pour parer au plus pressé et fournir des véhicules, des équipements de protection et des centres de réunion. La recherche des contacts s'est intensifiée. Des téléphones équipés du système Android, habituellement utilisés dans le cadre de la campagne de lutte contre la poliomyélite, ont servi à dresser la carte des lieux visités par les intervenants. Des ONG ayant participé à la mobilisation sociale contre le VIH/sida ont été appelées en renfort.

Tous les échelons de la pyramide gouvernementale, le Président à sa tête, ont contribué à cette mobilisation sociale. Des chefs traditionnels ont été impliqués dans la campagne, et les mosquées et les églises ont intégré dans leurs sermons des informations concernant le virus Ebola. Les réseaux sociaux ont été utilisés pour le partage des informations, et des volontaires ont été recrutés au sein de la population par le biais d'annonces diffusées sur Twitter et Facebook.

Le 20 octobre 2014, la fin de l'épidémie d'Ebola a été officiellement déclarée au Nigéria.

[Tiré d'un entretien avec le docteur Faisal Shuaib, 20 avril 2015]

³⁰ <http://www.manoriverunion.int/JOINT%20DECLARATION%20FINAL%20VERSION.pdf>.

³¹ http://emansion.gov.lr/2press.php?news_id=3212&related=7&pg=sp

³² Programme de redressement socio-économique post-Ebola de l'Union du fleuve Mano, avril 2015.

la sensibilisation et les systèmes de santé nationaux. En janvier 2015, les partenaires de la CEDEAO, dont l'Organisation ouest-africaine de la santé (OOAS), des acteurs du secteur privé et des partenaires de développement, ont insisté sur la nécessité de rétablir les liaisons de communication, mobiliser les investissements et annuler la dette extérieure des pays affectés.³³ Le Président de la CEDEAO, le Président du Ghana, John Dramani Mahama, a mis en avant un courageux leadership régional alors que les restrictions de mouvements et les fermetures de frontières étaient mises en place. Sa décision de créer un pont aérien entre le Ghana et les pays touchés a grandement contribué à faciliter le travail de tous les intervenants. Il a ensuite également autorisé l'établissement du siège de la MINUAUCE à Accra.

La coopération à l'échelle régionale a également joué un rôle important dans la riposte. La mission d'appui de l'Union africaine contre l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest (ASEOWA) a été établie en septembre 2014 afin d'accroître les capacités des mécanismes de riposte nationaux et internationaux existants en mobilisant les compétences techniques, les ressources et les soutiens politiques et financiers nécessaires. Le Conseil exécutif a exprimé sa gratitude « aux nombreux pays et organisations, organisations non gouvernementales et organisations de la société civile pour leur solidarité ainsi qu'à l'Union africaine pour son soutien actif... ».³⁴

La campagne #AfricaAgainstEbola, est coordonnée par le Fonds d'affectation spéciale de solidarité africain, un organisme de bienfaisance, en partenariat avec l'Union africaine. Le Fonds a été lancé en novembre 2014.³⁵ En janvier 2015, le Conseil de paix et de sécurité de l'Union africaine a réitéré ses précédents appels aux « États membres de l'UA qui ne l'ont pas encore fait à lever immédiatement toutes les interdictions et restrictions de voyage, à respecter le principe de libre circulation et à prendre les mesures nécessaires pour la reprise des vols à destination de ces pays ».³⁶

SOLIDARITÉ INTERNATIONALE

L'engagement fort des chefs d'État et des gouvernements du monde entier a donné une impulsion décisive à la lutte contre l'Ebola. Cette riposte a en effet suscité une implication internationale sans précédent, notamment l'engagement pris par les États-Unis en septembre 2014 d'apporter une contribution financière et militaire substantielle avec l'envoi de 3 000 soldats. Le 18 septembre 2014, le Conseil de sécurité a convoqué une session extraordinaire d'urgence consacrée à l'épidémie d'Ebola. Les dirigeants du G7 prévoient de réévaluer la situation lors de leur réunion du mois de juin 2015, ce qui signifie que la lutte contre l'Ebola continue d'occuper une place importante dans l'agenda politique international.

Le Secrétaire général des Nations Unies a nommé un Envoyé spécial pour l'Ebola, le 12 août 2014, et établi un mécanisme de gestion de la crise à l'échelle du système des Nations Unies, le 8 septembre. Il a aussi recommandé à l'Assemblée générale des Nations Unies d'établir la MINUAUCE pour soutenir les interventions nationales, le 19 septembre. Chaque mois, depuis l'établissement de la MINUAUCE, le Secrétaire général rend compte des activités opérationnelles menées par le système des Nations Unies dans le cadre de la réponse Ebola. Lors d'une réunion de haut niveau consacrée à l'Ebola³⁷ le 25 septembre 2014, le Secrétaire

³³ <http://news.ecowas.int/presseshow.php?nb=009&lang=fr&annee=2015>.

³⁴ Décision de la seizième session extraordinaire du Conseil exécutif sur l'Épidémie de la fièvre Ebola, Addis Abeba, Éthiopie, 8 septembre 2014, http://pages.au.int/sites/default/files/Final%20Decision%20Ext%20EX%20CL_F.pdf

³⁵ <http://www.africaagainstebola.org>.

³⁶ Communiqué de la 484e réunion du CPS sur l'épidémie à virus Ebola, <http://www.peaceau.org/en/article/communique-of-the-484th-meeting-of-the-psc-on-the-ebola-virus-outbreak>.

³⁷ [http://webtv.un.org/search/ban-ki-moon-response-to-the-ebola-virus-disease-outbreak/3806807194001?term="Response to the Ebola Virus Disease Outbreak](http://webtv.un.org/search/ban-ki-moon-response-to-the-ebola-virus-disease-outbreak/3806807194001?term=).

général a mené les efforts visant à traduire la volonté politique en actions concrètes, notant qu'il existait un « extraordinaire élan politique international en faveur d'un rôle fort des Nations Unies dans la coordination de l'intervention ».

La MINUAUCE a mené des activités de plaidoyer opérationnel et de haut niveau tout au long de la crise et a facilité les communications entre les gouvernements et l'ensemble des partenaires. Elle a également fourni une plateforme logistique et des capacités aériennes en appui de la riposte générale. Les gestionnaires de crise de la MINUAUCE ont été placés sous un lien hiérarchique direct afin de rendre compte de toutes les activités en rapport avec la lutte contre l'Ebola dans la zone d'opération, ce qui a permis de renforcer les systèmes de responsabilité collégiale habituels pour faire face à la crise. Le rôle de coordination de la MINUAUCE a été progressivement renforcé, mais les agences ont conservé l'autonomie de leur mandat. Alors que les institutions spécialisées du système des Nations Unies renforcent leurs capacités en 2015, la MINUAUCE commence son retrait. Ses responsabilités seront assumées par les entités compétentes sous la supervision des coordonnateurs résidents et avec le soutien d'OCHA.

CONTRIBUTIONS INTERNATIONALES

La coalition de multiples acteurs formée pour soutenir les efforts nationaux de lutte contre l'Ebola est unique et sans précédent. Le Secrétaire général des Nations Unies a créé une Coalition mondiale contre l'Ebola (GERC) en septembre 2014 afin d'assurer la coordination stratégique de la lutte contre le virus. Depuis, des téléconférences internationales présidées par son Envoyé spécial ont été organisées chaque semaine, et la réunion de lancement s'est tenue au début d'octobre 2014 sous la conduite du Vice-Secrétaire général de l'ONU.

La Coalition mondiale contre l'Ebola réunit des représentants des pays touchés, des gouvernements partenaires, des ONG, des fondations, des représentants du secteur privé, des organismes, fonds et programmes des Nations Unies, ainsi que d'autres instances internationales et organisations régionales. En règle générale, plus de cinquante participants assistent aux réunions hebdomadaires. Pour les acteurs impliqués dans l'intervention, ces réunions sont l'occasion : (i) d'atteindre une compréhension commune de l'évolution de l'épidémie et de la riposte ; (ii) d'identifier les défis et de développer les solutions permettant d'y répondre ; et (iii) d'harmoniser leurs stratégies et moyens de mise en œuvre.

Le 17 avril 2015, le Groupe de la Banque mondiale a annoncé qu'il destinerait 650 millions de dollars au redressement au cours des 12-18 mois suivants. Cela a porté le montant total du financement de la riposte contre l'Ebola et des efforts de redressement de l'organisation à 1,62 milliard de dollars – dont 1,17 milliard provenant de l'Association internationale de développement (IDA) et au moins 450 millions de dollars de la Société financière internationale –, pour stimuler le commerce, les investissements et l'emploi en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone. La Banque mondiale a reçu 43 millions de dollars pour son Fonds pluri-partenaires pour le redressement et la reconstruction. Ces contributions viennent s'ajouter aux 2,17 milliards de dollars d'allègement de la dette qui permettront aux trois pays d'économiser environ 75 millions par an pour la période 2015-2017.³⁸

Outre les contributions directes destinées aux gouvernements et aux intervenants, un Fonds d'affectation spéciale pluripartenaires pour l'action contre l'Ebola – offrant une grande souplesse – a été instauré par les Nations Unies. Au début du mois d'avril 2015, les sommes versées par 40 États Membres, ainsi que des entreprises et des fondations, avaient permis de distribuer plus

³⁸ <http://www.banquemondiale.org/fr/news/press-release/2015/04/17/ebola-world-bank-group-provides-new-financing-to-help-guinea-liberia-liberia-liberia-sierra-leone-recover-from-ebola-emergency>.

de 130 millions de dollars pour des actions prioritaires mises en œuvre à travers neuf entités du système des Nations Unies. Le gouvernement de Colombie a été le premier à contribuer à ce Fonds, et les cinq principaux donateurs ont été le Royaume-Uni, la Suède, l'Allemagne, l'Inde et la Finlande. Le Fonds d'affectation spéciale encourage l'adaptation de la réponse aux besoins des bénéficiaires, notamment par l'intermédiaire d'un programme de microfinancements géré par la MINUAUCE. Il a soutenu la construction de centres de soins de proximité et de bases logistiques, et facilité le transport du fret et du personnel. Il a financé les ressources humaines nécessaires aux activités de surveillance, recherche des contacts, gestion logistique et mobilisation sociale. Il a permis à des milliers d'enfants affectés par l'épidémie, orphelins et survivants, d'avoir une vie meilleure. Il a appuyé les unités transfrontalières de consolidation de la confiance de l'UFM.

De nombreux donateurs ont apporté un soutien imaginatif et efficace en tirant parti des capacités de leurs propres gouvernements dans différents domaines, en soutenant la société civile, les collectifs professionnels et les ONG, en offrant un financement et en établissant des procédures innovantes pour la coordination et la mise en œuvre des interventions. Plusieurs pays ont contribué aux soins de santé des intervenants (y compris aux évacuations médicales), avec l'appui constant de l'OMS et le soutien financier de nombreuses organisations, en particulier de la Paul G. Allen Family Foundation. L'Union européenne a également accueilli la 3e Conférence de haut niveau sur le virus Ebola à Bruxelles en mars 2015, qui a ouvert la voie aux débats qui ont suivi sur la question du redressement. Les Présidents de la Guinée, du Libéria et de la Sierra Leone ont présenté leurs plans de redressement nationaux dans le cadre de la réunion de haut niveau organisée le 17 avril par le Groupe de la Banque mondiale sur le thème « Ebola : sur la voie du redressement ». Fondés sur une Évaluation du relèvement après Ebola coordonnée par le PNUD et soutenue par le système des Nations Unies,³⁹ ces plans définissent les mesures à mettre en œuvre pour aider les sociétés à se remettre sur les rails et à surmonter les conséquences de l'épidémie. Ils seront développés de manière plus approfondie lors de la Conférence internationale sur le relèvement après l'Ebola convoquée le 10 juillet 2015 par le Secrétaire général des Nations Unies en collaboration avec les Présidents des trois pays les plus touchés (et organisée par le PNUD). Ces plans exigeront un soutien fiable et durable de la communauté internationale.



Croix-Rouge libérienne, Monrovia, Libéria. Photo PAM/Rein Skallerud

³⁹ http://www.undp.org/content/dam/undp/library/crisis%20prevention/Recovering%20from%20the%20Ebola%20Crisis-Full-Report-Final_Eng-web-version.pdf.

CONCLUSION

La riposte contre l'Ebola a donné des résultats remarquables. Le nombre de personnes atteintes du virus a grandement diminué. Le 9 mai 2015 a marqué la fin de la transmission du virus Ebola au Libéria. Ce résultat est le fait de l'extraordinaire contribution des nombreux acteurs engagés dans la mise en œuvre d'une assistance flexible et stratégique. Néanmoins, en avril 2015, 30 personnes étaient toujours contaminées par le virus Ebola chaque semaine, et les causes de ces nouvelles infections ne sont pas encore bien comprises.

L'épidémie n'est pas terminée et les efforts doivent être poursuivis pour atteindre zéro cas dans toute la région et se maintenir à zéro pour plusieurs mois. Au moment de la rédaction de ce rapport, ce résultat n'est toujours pas acquis.

Les conséquences de l'Ebola dépassent largement les milliers de vies emportées par la maladie. Avec la hausse du chômage et de l'insécurité alimentaire, la réduction d'un personnel de santé déjà en sous-effectif et l'interruption de services essentiels, tels que les soins de santé primaires et l'éducation, **les premières phases du redressement doivent être mises en œuvre parallèlement à une riposte consciencieuse et vigilante. Les services essentiels doivent être maintenus dans un contexte de surveillance efficace.**

La flambée épidémique a poussé les systèmes de santé dans leurs derniers retranchements, ce qui a eu un impact négatif sur la prise en charge des maladies autres qu'Ebola ainsi que sur les maternités et les services de santé reproductive. Certains centres de santé ont mis la clé sous la porte, tandis que d'autres ont été réservés aux patients atteints d'Ebola ou ont considérablement réduit leurs services. Les déclarations de naissance et les vaccinations infantiles ont diminué, et de nombreux autres services ont été affectés.

Beaucoup d'écoles ont été fermées, et certaines transformées en unités de traitement, laissant environ cinq millions d'enfants sans scolarité depuis le milieu d'année 2014. Cette année, les établissements scolaires ont progressivement rouvert leurs portes dans les trois pays les plus touchés, mais certains parents craignent toujours d'y envoyer leurs enfants, pensant par exemple qu'un enfant ayant survécu à l'Ebola demeure contagieux.

Siah Tamba

« En tant que survivante, je sais ce que l'Ebola veut dire. » C'est la raison pour laquelle Siah Tamba, une aide-soignante du Libéria contaminée par le virus en juin 2014, a décidé de rejoindre l'unité de traitement de l'Ebola de l'OIM à Sinje.

Elle a elle-même été traitée pendant deux semaines dans l'une de ces unités avant d'être déclarée guérie. C'est alors qu'elle a dû faire face à la stigmatisation dont sont victimes les survivants : les commerçants refusaient son argent et elle a perdu sa maison après en avoir été expulsée par son propriétaire. « Malgré le traitement et la guérison, vous n'êtes pas libre », explique-t-elle.

Cette aide-soignante libérienne s'emploie aujourd'hui à éduquer les gens autour d'elle et à vaincre la crainte du contact avec les survivants de l'Ebola. Dans son unité de traitement, elle s'occupe de patients atteints du virus pour « leur donner du courage et de l'espoir ». « Je crois qu'il était important pour moi de venir ici et de participer à la lutte contre l'Ebola, car je veux que le virus disparaisse du Libéria », indique-t-elle.

[Adapté de l'article « From Victim to Caregiver: An Interview with a Liberian Ebola Survivor », 4 février 2015, MINUAUCE, <https://ebolaresponse.un.org>]

Sur la voie du redressement, la lutte contre la stigmatisation sera déterminante pour la reconstruction des sociétés. Les survivants font face au rejet de leur famille et de leurs voisins. Certains ont perdu leur emploi ou leur domicile. Nombreux sont ceux qui s'emploient activement à combattre cette stigmatisation, mais des efforts supplémentaires seront nécessaires pour vaincre les peurs de la population.

Le nombre de personnes vivant sous le seuil de pauvreté devrait augmenter d'environ 7,5 % en Guinée, de 14 % en Sierra Leone et de 17,5 % au Libéria par rapport aux estimations antérieures à l'épidémie d'Ebola.⁴⁰ À la fin de l'année dernière, quelque 520 000 personnes étaient en situation d'insécurité alimentaire en raison de l'épidémie. Début 2015, environ 1 235 000 habitants des trois pays les plus touchés avaient besoin d'une assistance immédiate pour garantir leurs moyens de subsistance et prévenir la malnutrition.⁴¹

L'investissement dans les premières étapes du redressement devrait apporter des bénéfices substantiels aux populations des pays touchés dans les douze mois à venir, et contribuer à la **reprise de l'impressionnante croissance économique enregistrée au cours de ces dernières années**. La mise en place de solides mesures de prévention et le maintien de niveaux de préparation élevés dans toute la région seront indispensables pour limiter les futurs risques liés à l'Ebola. Cette approche des trois « R » – Réponse, Rétablissement, Reprise – devrait permettre de remédier aux vulnérabilités ayant permis la propagation de l'épidémie et de rétablir la trajectoire de développement suivie jusque-là par la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone.

La phase finale de la lutte contre une épidémie est toujours la plus difficile. Les avancées pour lesquelles nous nous sommes tant battus pourraient être rapidement réduites à néant si nous perdons de vue l'essentiel et ne sommes pas vigilants. L'éradication complète du virus Ebola exige une phase finale parfaitement calibrée et associée à un investissement approprié dans le rétablissement des pays touchés. **Cette épidémie a débuté avec une seule personne infectée. C'est pourquoi nous devons libérer l'humanité du virus Ebola.**

Mai 2015

40 PNUD, Impact socio-économique de l'Ebola dans les pays d'Afrique de l'Ouest, 2015.

41 FAO et PAM. Rapport spécial. Évaluation conjointe FAO/PAM des récoltes et de la sécurité alimentaire, 5 janvier 2015, et Comité technique du Cadre Harmonisé 2015.

ACRONYMES

ASEOWA	Appui de l'Union africaine contre l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
CDC	Centers for Disease Prevention and Control
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
COU	Centre d'opérations d'urgence
CRS	Catholic Relief Services
EPSMG	Groupe de mobilisation du secteur privé contre l'Ebola
FICR	Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GERC	Coalition mondiale contre l'Ebola
GOARN	Réseau mondial d'alerte et d'intervention en cas d'épidémie
IDA	Association internationale de développement
MINUAUCE	Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola
MINUL	Mission des Nations Unies au Libéria
MPTF	Fonds d'affectation spéciale pluripartenaires pour l'action contre l'Ebola
MSF	Médecins sans frontières
OCHA	Bureau de la coordination des affaires humanitaires
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
OOAS	Organisation ouest-africaine de la santé
PAM	Programme alimentaire mondial
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
STEPP	S top the outbreak (stopper l'épidémie) ; T reat the infected (traiter les personnes infectées) ; E nsure essential services (assurer les services essentiels) ; P reserve stability (préserver la stabilité) ; P revent outbreaks in countries currently unaffected (prévenir les flambées épidémiques dans les pays jusqu'à présent épargnés)
Trois B	Behaviour (comportement) ; Beds (lits) ; Burials (inhumations)
Trois C	Community engagement (mobilisation des communautés) ; case finding (dépistage) ; contact tracing (recherche des contacts)
Trois R	Réponse ; rétablissement ; reprise
UA	Union africaine
UFM	Union du fleuve Mano
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquise

