

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.

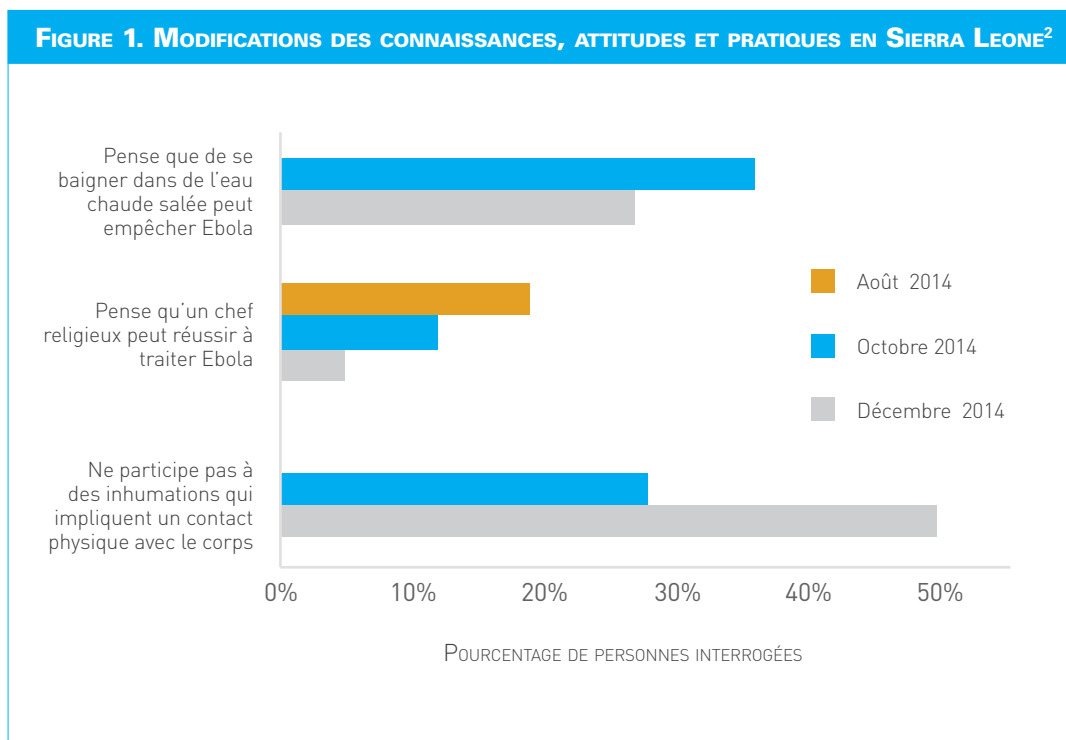
LES TROIS B

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).



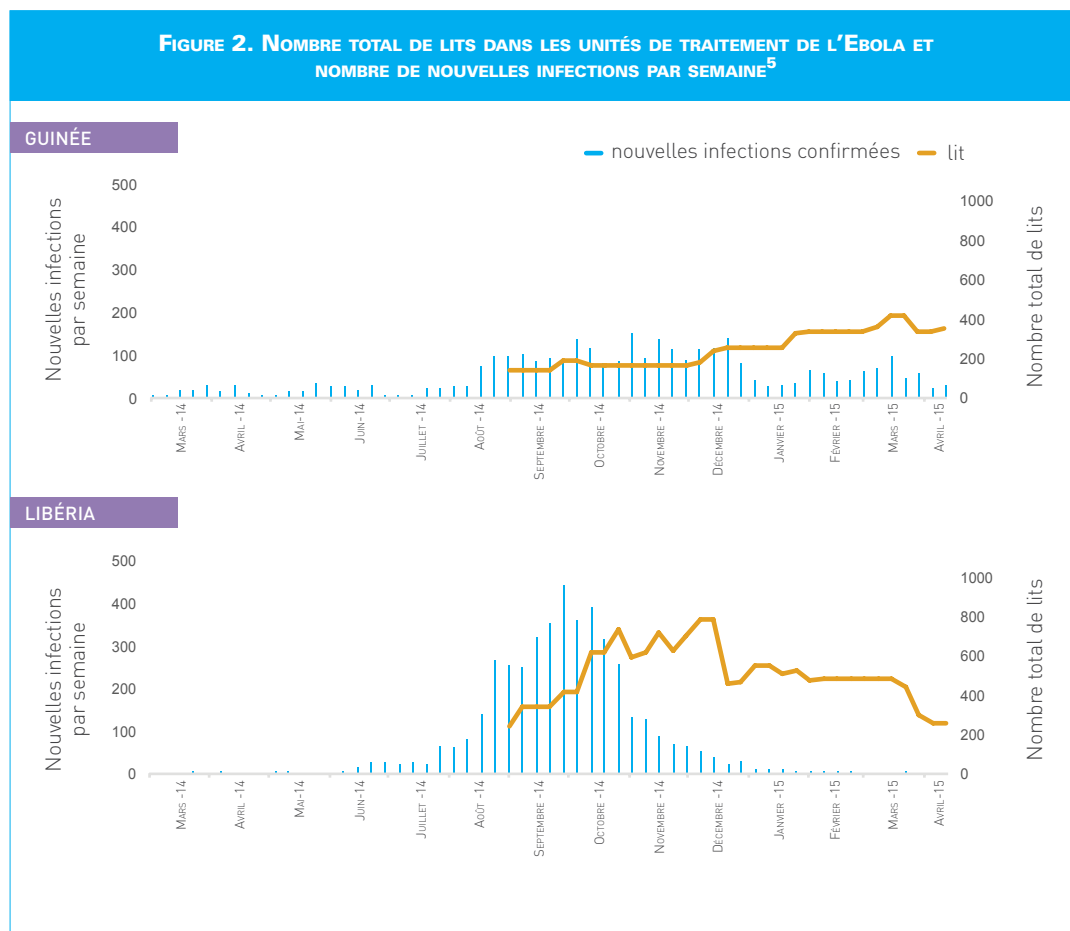
Les lits ont représenté un investissement complémentaire essentiel au changement de comportement. Pour que les membres de la famille acceptent d’isoler un parent malade, ils doivent être sûrs qu’il sera correctement pris en charge. Ils doivent savoir où il se trouve et être informés de son état de santé. 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).

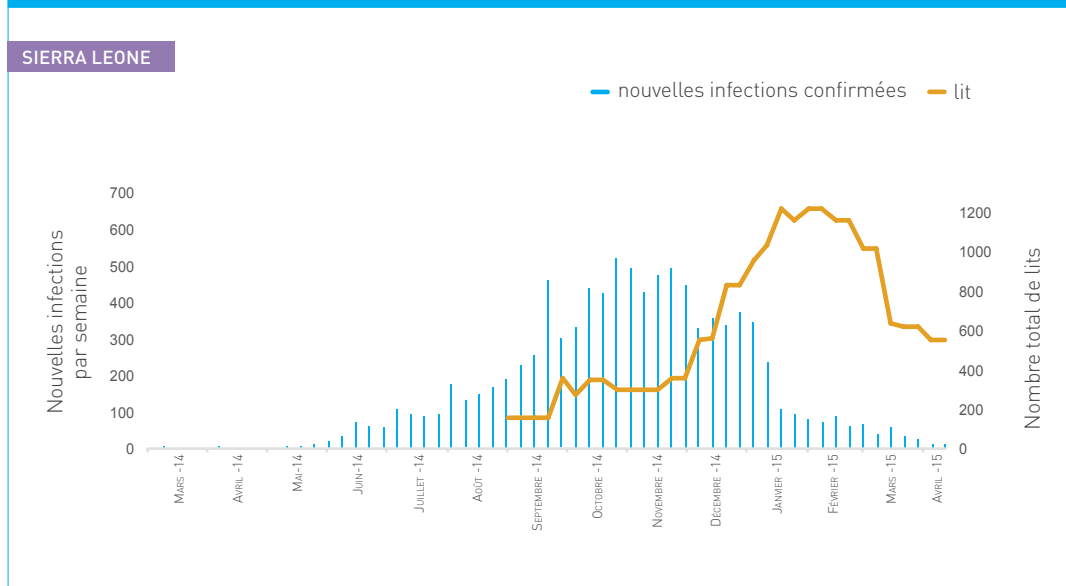


3 Dr. Oliver Johnson, Kings College, <https://soundcloud.com/isurvivedebola/bbc-world-have-your-say> à partir de 27,01 minutes.

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.

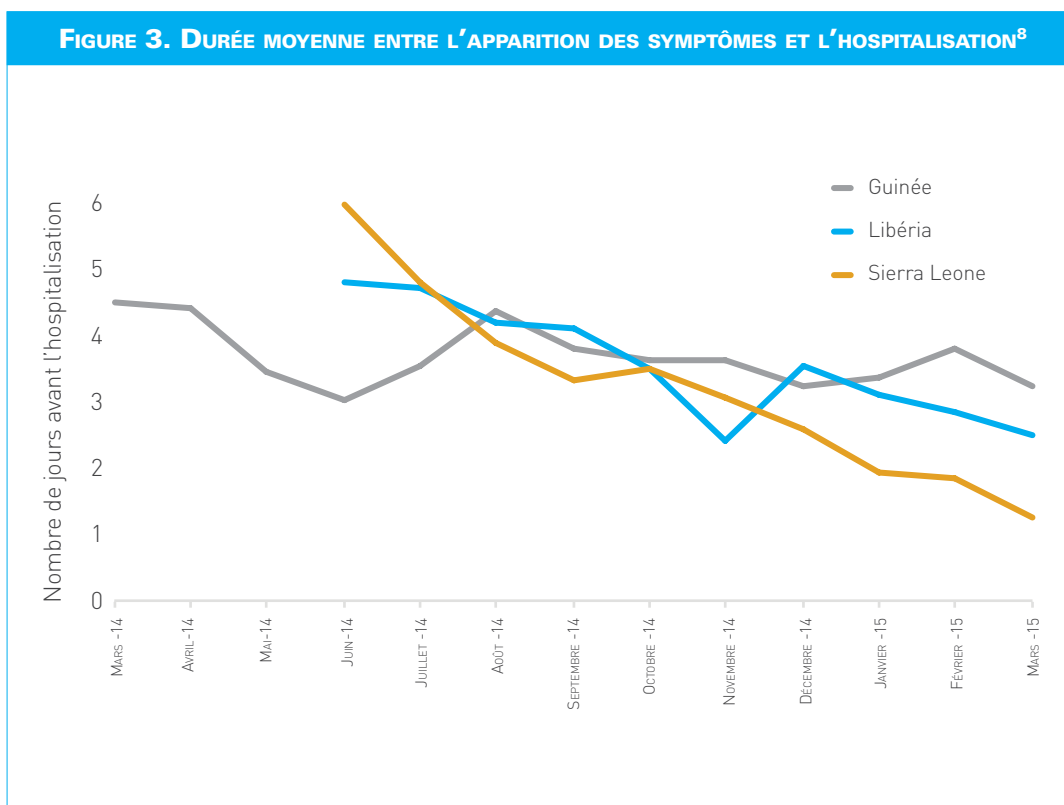
Outre l'augmentation du nombre de lits, il convenait d'accélérer la communication des résultats de dépistage de l'Ebola afin de laisser sortir plus vite les personnes en bonne santé, de traiter plus rapidement les malades et de libérer plus tôt les survivants. Cela impliquait de gérer les échantillons (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.

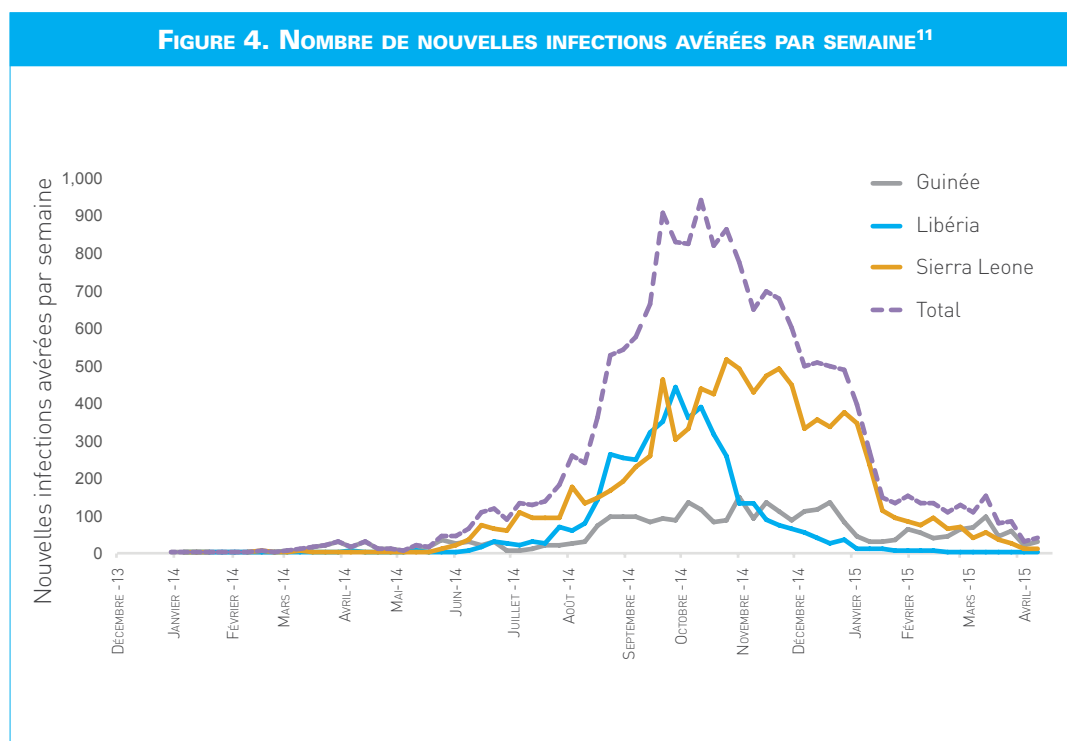
En août et septembre 2014, le nombre de personnes succombant à l'épidémie dépassait les capacités limitées des équipes de fossoyeurs. Il n'était pas possible d'inhumer assez rapidement les corps, qui étaient abandonnés dans les rues. En août 2014, le Président du Libéria a décidé d'introduire la crémation. « 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 (Libéria), 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.

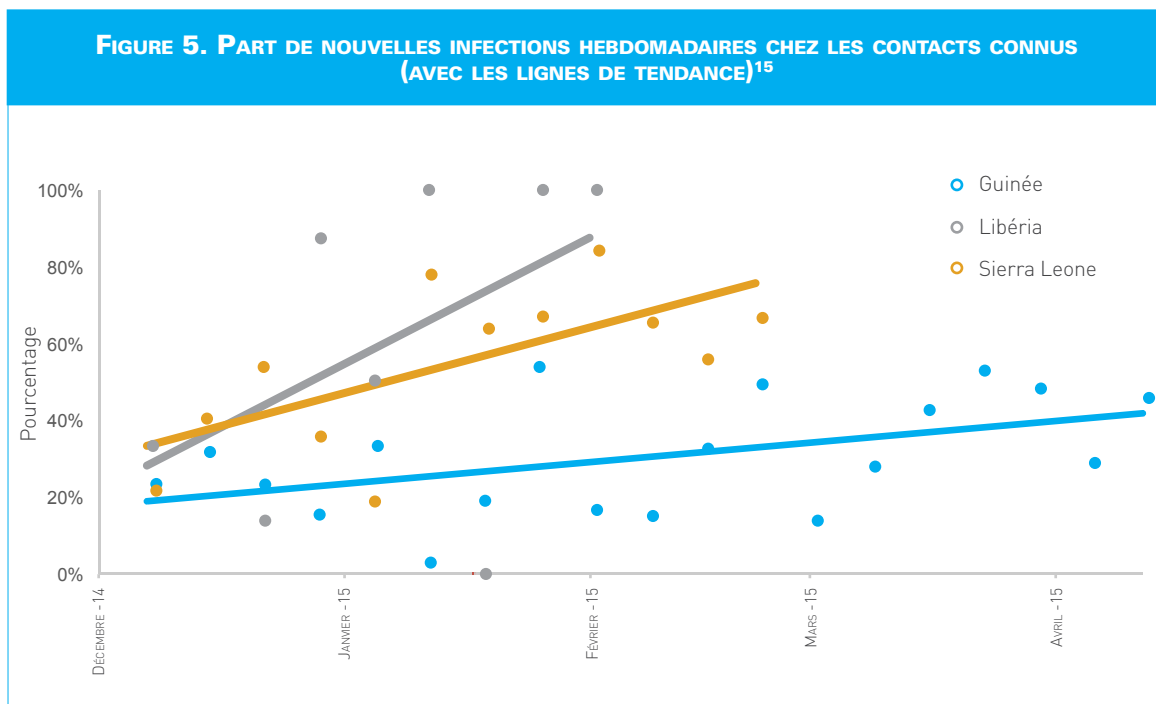
Alphonso Kanboh

« 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.

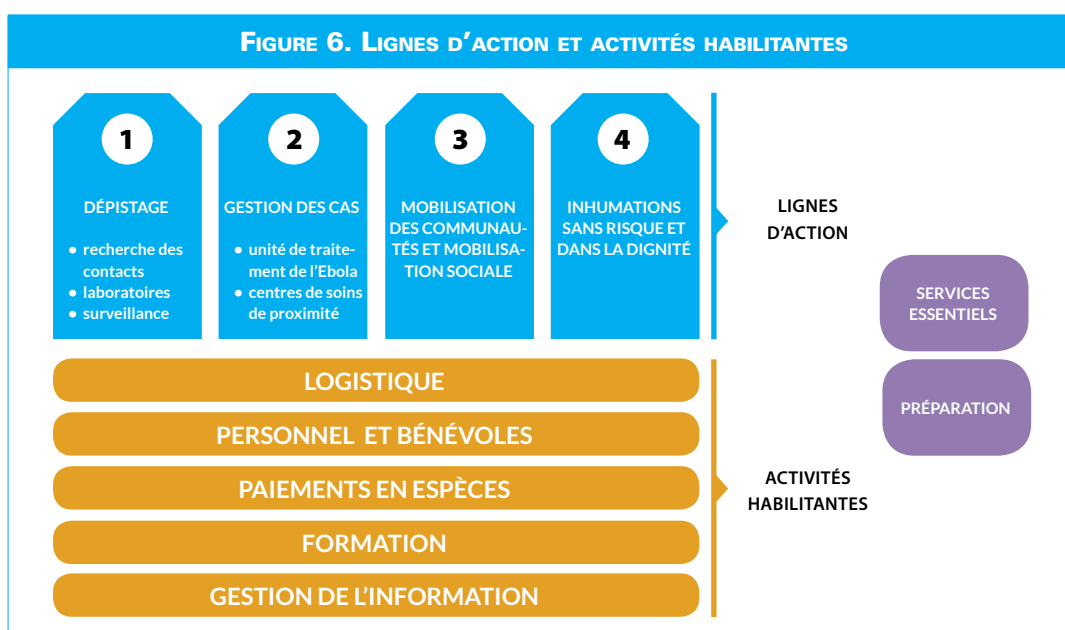
Durant l'épidémie, le recours aux services de santé a considérablement diminué. A titre d'exemple, il a diminué de plus de 50% de 2013 à 2014 en Guinée. En novembre 2014, 94 centres de santé, soit 6%, avaient été fermés suite à l'absence ou au décès de professionnels de santé. Les accouchements assistés 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]