

## 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 personnes<sup>23</sup> 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

<sup>23</sup>Rapport 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 Gbangbaïssa 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 Dialo, chef du quartier de Gbangbaïssa. « 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 Gbangbaïssa 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.<sup>24</sup>

<sup>24</sup> [http://acaps.org/img/documents/t-acaps\\_thematic\\_note\\_ebola\\_west\\_africa\\_quarantine\\_sierra\\_leone\\_LibériaLibériaLibéria\\_19\\_march\\_2015.pdf](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 ». <sup>25</sup> 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 ». <sup>26</sup>

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 ». <sup>27</sup> 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

<sup>25</sup> 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.

<sup>26</sup> 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](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/PV.3).

<sup>27</sup> 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](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 ». <sup>28</sup>

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. » <sup>29</sup>

<sup>28</sup> Tiré d’un entretien avec le docteur Emmanuel Dolo, Président du Conseil consultatif présidentiel sur Ebola.

<sup>29</sup> 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 ». <sup>30</sup> 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 ». <sup>31</sup>

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 ». <sup>32</sup>

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

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

<sup>31</sup> [http://emansion.gov.lr/2press.php?news\\_id=3212&related=7&pg=sp](http://emansion.gov.lr/2press.php?news_id=3212&related=7&pg=sp)

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

### 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]

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.<sup>33</sup> 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... ».<sup>34</sup>

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.<sup>35</sup> 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 ».<sup>36</sup>

## 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'Ebola<sup>37</sup> le 25 septembre 2014, le Secrétaire

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

<sup>34</sup> 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](http://pages.au.int/sites/default/files/Final%20Decision%20Ext%20EX%20CL_F.pdf)

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

<sup>36</sup> Communiqué de la 484e réunion du CPS sur l'épidémie à virus Ebola, <http://www.peaceau.org/en/article/communiqu%C3%A9-de-la-484e-r%C3%A9union-du-cps-sur-l%C3%A9pid%C3%A9mie-%C3%A0-virus-ebola>.

<sup>37</sup> [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.<sup>38</sup>

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

<sup>38</sup> <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 imaginaire 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,<sup>39</sup> 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

<sup>39</sup> [http://www.undp.org/content/dam/undp/library/crisis%20prevention/Recovering%20from%20the%20Ebola%20Crisis-Full-Report-Final\\_Eng-web-version.pdf](http://www.undp.org/content/dam/undp/library/crisis%20prevention/Recovering%20from%20the%20Ebola%20Crisis-Full-Report-Final_Eng-web-version.pdf).