



Poussés au-delà de nos limites

*Une année de lutte contre la plus vaste
épidémie d'Ebola de l'Histoire*

Contact Presse :

Samuel HANRYON

samuel.hanryon@paris.msf.org

06.83.31.55.39. / 01.40.21.28.23.

HOMMAGE

Au cours des douze derniers mois, des milliers de travailleurs de la santé ont risqué leur vie pour venir en aide aux patients et lutter contre l'épidémie d'Ebola tout en étant confrontés à la stigmatisation et à la peur au sein même de leur communauté. La vulnérabilité du personnel médical à Ebola est une double tragédie car le virus tue les personnes censées enrayer sa progression. À ce jour, près de 500 travailleurs de la santé ont succombé à Ebola en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone.

À travers ce rapport, nous rendons hommage à nos 14 collègues de MSF qui ont perdu la vie en Guinée, en Sierra Leone et au Libéria au cours de l'épidémie. Leur disparition est une grande perte et nous tenons à exprimer notre plus profonde sympathie à leurs familles et à leurs amis.

Sommaire :

- Introduction + hommage
- Partie 1 : Tirer la sonnette d'alarme
- Partie 2 : Une coalition mondiale de l'inaction
- Partie 3 : Dernier espoir de contrôler l'épidémie
- Partie 4 : Pas de remède... mais des soins
- Partie 5 : Et ensuite ?

Dont Encadrés :

- Une année tristement exceptionnelle – les « premières fois » de MSF
- Éradiquer une épidémie d'Ebola : les six « piliers »
- Ebola frappe le Nigeria, le Sénégal et le Mali
- Les défis internes à MSF

Poussés au-delà de nos limites

Une année de lutte contre la plus vaste épidémie d’Ebola de l’Histoire

Introduction : Un an après le début de l’épidémie d’Ebola la plus meurtrière de l’Histoire, au moins 24.000 personnes ont été infectées par le virus et plus de 10.000 d’entre elles ont perdu la vie. Ebola a détruit des vies et des familles, laissant de profondes cicatrices, et a déchiré le tissu social et économique de la Guinée, du Libéria et de la Sierra Leone.

Le virus a fait son chemin à travers ces trois pays, atteignant une propagation géographique sans précédent. La peur et la panique se sont abattues sur la population, les malades et leurs familles ont sombré dans le désespoir et le personnel de santé national ainsi que les équipes de MSF se sont retrouvés débordés et épuisés. Les soignants, qui ne disposent d’aucun traitement pour combattre la maladie, ne sont ni formés ni préparés au fait de perdre au moins 50% de leurs patients.

Malgré cette tragédie, le monde a, dans un premier temps, ignoré les appels à l’aide, puis s’est décidé à réagir sur le tard. Mais plusieurs mois avaient été perdus et de nombreux malades étaient déjà décédés. Nul ne connaît le nombre exact de décès provoqués par l’épidémie. En effet, suite à l’effondrement – consécutif à l’épidémie – des services de santé, les décès imputables aux cas de paludisme non traités, aux accouchements compliqués et aux accidents de la circulation ont considérablement alourdi le bilan, s’ajoutant aux décès directement imputables à Ebola.

Un an plus tard, le climat de peur et l’ampleur de la désinformation continuent à limiter la capacité du personnel soignant à éradiquer le virus. En Sierra Leone, des foyers actifs persistent, tandis qu’en Guinée, le personnel de santé a essuyé de violentes attaques en raison de la méfiance et de la peur toujours bien présentes au sein de la population. Fait plus encourageant : parmi les pays touchés, le Libéria a enregistré le plus net recul du nombre de cas. Toutefois, le risque d’une nouvelle flambée subsistera tant qu’Ebola continuera à se propager en Guinée et en Sierra Leone, pays voisins.

Un défi d’envergure nous attend encore. Pour pouvoir déclarer la fin de l’épidémie, nous devons identifier jusqu’au dernier cas. Il nous faut pour cela faire preuve d’une méticulosité pratiquement inédite dans le domaine des interventions humanitaires médicales sur le terrain. Nous ne pouvons-nous permettre ni erreurs ni complaisance, car le nombre de nouveaux cas par semaine reste plus élevé que lors de toutes les épidémies précédentes. Les succès engrangés dans une zone, en termes de recul du nombre de cas, peuvent se voir rapidement annihilés par une recrudescence subite et inattendue dans une autre région.

Beaucoup de questions mais peu de réponses simples

Un an après le début de l'épidémie, de très nombreux points d'interrogation subsistent. Comment l'épidémie a-t-elle pu devenir si incontrôlable? Pourquoi la communauté internationale a-t-elle tant tardé à prendre conscience de la gravité de la situation et à réagir ? Que peut-on mettre sur le compte de la peur, de l'absence de volonté politique et d'expertise, ou d'une combinaison funeste de ces trois facteurs ? Les choix opérés par MSF étaient-ils les meilleurs ? Comment notre organisation aurait-elle pu faire plus et sauver davantage de vies ? Qu'avons-nous appris de cette épidémie et que faudra-t-il faire différemment à l'avenir ? Beaucoup de questions mais peu de réponses simples.

Les équipes de MSF sont encore absorbées par la lutte contre l'épidémie. Il est difficile de tirer des conclusions définitives sans avoir le recul nécessaire pour procéder à un examen critique détaillé de la situation. Ici nous présentons les premières réflexions sur l'année écoulée et décrivons les moments clés et les principaux défis d'après le point de vue du personnel de MSF. Des analyses plus approfondies suivront très certainement.

Ce rapport repose sur plusieurs dizaines d'entretiens, qui nous ont permis de recueillir des instantanés de la réalité vécue par nos équipes sur le terrain et au niveau du siège depuis un an. Nous avons été mis à l'épreuve, poussés au-delà de nos limites, et nous avons commis notre part d'erreurs.

Un autre constat s'impose : personne n'était préparé à la propagation ni à l'ampleur cauchemardesques de l'épidémie d'Ebola. Sa nature exceptionnelle a montré l'inefficacité et la lenteur des systèmes de santé et de l'aide humanitaire dans leur réponse aux urgences. Sous les yeux du monde entier, les pratiques habituelles ont vite révélé leur insuffisance, une inadéquation de moyens qui s'est soldée par des milliers de morts. Quelles leçons pourrions-nous tirer de ces erreurs ?

Une année tristement exceptionnelle

Bien que MSF ait contribué à endiguer, avec d'autres, les épidémies d'Ebola dans neuf pays au cours des 20 dernières années, l'épidémie qui sévit en Afrique de l'Ouest s'est révélée d'une ampleur catastrophique, unique dans l'histoire. Depuis un an, MSF a été poussée au-delà de ses limites et a dû déployer une réponse marquée par un grand nombre de mesures inédites pour l'organisation, bien souvent prises dans des circonstances tragiques et difficilement descriptibles.

→ Pour la première fois :

- Nous avons perdu autant de patients à cause d' Ebola (2.547 décès). Cette hécatombe a été un véritable choc pour les équipes de MSF. Même dans la plupart des zones de guerre, perdre un si grand nombre de patients en si peu de temps est inouï.
- Nous avons vu des collègues de MSF infectés par Ebola. 28 sont tombés malades et 14 ont succombé au virus.
- Nous avons dû refuser d'admettre des malades atteints d'Ebola, lorsque notre centre de prise en charge de Monrovia a été saturé par le nombre de patients.
- Nous avons répondu à une épidémie de fièvre hémorragique virale d'une ampleur sans précédent dans plusieurs pays en même temps : Ebola en Guinée, en Sierra Leone, au Libéria, au Nigeria, au Mali et au Sénégal, plus une épidémie d'Ebola, sans lien avec l'épidémie principale, en République Démocratique du Congo et une épidémie de fièvre de Marburg en Ouganda.
- Nous avons répondu à une épidémie d'Ebola couvrant une zone géographique si vaste et touchant des centres urbains densément peuplés.
- Nous avons dû détacher des ressources humaines d'autres projets d'urgence MSF. Le personnel international et national détaché du siège et d'autres projets MSF dans le monde s'élève à 213 personnes sur les 1.300 volontaires internationaux déployés pour combattre Ebola.
- Nous avons ouvert un centre de prise en charge d'Ebola doté de 250 lits. Par le passé, le plus grand centre que nous avons construit pour répondre à une épidémie d'Ebola d'envergure comptait 40 lits.
- Lorsque les services nationaux d'inhumation ont été débordés par le nombre de décès, nous avons acheminé et construit des incinérateurs pour brûler des corps à Monrovia.

- Nous avons distribué à près de 600.000 habitants de Monrovia quelques 70.000 kits de protection et désinfection à domicile.
- Nous avons distribué des médicaments contre le paludisme à plus de 650.000 personnes à Monrovia et à 1,8 million de personnes à Freetown.
- Nous avons construit un centre de maternité spécialisé pour accueillir les femmes enceintes souffrant d'Ebola.
- Nous avons entrepris le plus vaste effort de transfert de connaissances de l'histoire de MSF en dispensant, dans nos sièges, une formation aux procédures sécurisées de prise en charge d'Ebola à 800 membres du personnel de MSF ainsi qu'à 250 membres du personnel d'autres organisations, comme l'Organisation Mondiale de la Santé, le *Center for Disease Control (CDC)* américain, et d'autres organisations comme IMC - International Medical Corps, GOAL, Save the Children et la Croix-Rouge française, entre autres. Des centaines d'autres personnes ont par ailleurs été formées sur le terrain.
- Nous avons démarré des essais cliniques de traitements et de vaccins expérimentaux en pleine épidémie.
- Nous avons pris la parole devant l'Assemblée Générale des Nations Unies, pour alerter les États membres sur le fait que le monde était en train de perdre la bataille contre Ebola.

1. Tirer la sonnette d'alarme

« Sans précédent », « hors de contrôle » : la guerre des mots

Une « mystérieuse maladie »

Le 14 mars, le Dr. Esther Sterk, du bureau de MSF de Genève, est informée d'une « *mystérieuse maladie* » dont fait état le ministère de la santé guinéen. Plusieurs membres du personnel médical ayant traité les malades sont décédés et la mortalité est très élevée. Soupçonnant un foyer de fièvre hémorragique virale Lassa, elle transmet le rapport décrivant les symptômes des cas au Dr. Michel Van Herp, épidémiologiste en chef pour les fièvres hémorragiques virales au siège de MSF à Bruxelles.

« Dans ce rapport médical, l'élément qui a tout de suite attiré mon attention, c'était les hoquets, un symptôme typiquement associé à Ebola », se souvient le Dr. Van Herp. « Après un examen plus approfondi, j'ai dit à mes collègues : Nous avons manifestement affaire à une fièvre hémorragique virale. Nous devrions nous préparer à une épidémie d'Ebola, même si cette maladie n'a jamais été signalée dans cette région. »

Trois équipes d'urgence de MSF sont déployées sur-le-champ, une de Genève et une de Bruxelles, les deux dotées de renforts et de matériel. La troisième, une équipe de MSF basée en Sierra Leone et ayant déjà eu à traiter des fièvres hémorragiques, est redirigée de l'autre côté de la frontière. Équipée de matériel de protection, elle est la première à arriver à Guéckédou, en Guinée, le 18 mars.

Se fiant à ses premières impressions, l'équipe lance immédiatement les activités prioritaires prévues en cas d'épidémie d'Ebola : prise en charge des malades à l'hôpital de Guéckédou, formation du personnel médical local aux mesures de protection personnelle, sensibilisation au virus dans les communautés locales, enterrements sécurisés et organisation d'un service d'ambulances. Peu après, le Dr. Van Herp rejoint l'équipe pour initier le dépistage, rechercher les cas suspects dans la région et surveiller la propagation du virus afin de de la contenir.

Le 21 mars, tard dans la soirée, arrive la confirmation du laboratoire ayant analysé les échantillons envoyés en Europe. Le 22, le ministère guinéen de la santé déclare officiellement l'épidémie d'Ebola.

Une propagation sans précédent

Le travail d'enquête des épidémiologistes révèle certaines chaînes de transmission sans lien entre elles dans différentes zones de la Guinée forestière. Qui plus est, une grande partie des personnes infectées ont de la famille au Libéria et en Sierra Leone, pays voisins.

« Nous commençons à comprendre que la propagation de cette épidémie était tout à fait inédite. Quelques jours après mon arrivée, nous avons reçu une alerte faisant état de cas suspects de l'autre côté de la frontière, à Foya, au Libéria. Ensuite, la situation a évolué de mal en pis : neuf jours plus tard, un cas confirmé est apparu à 650 km de Guéckédou – à Conakry, capitale de la Guinée », raconte Marie-Christine Ferir, coordinatrice des urgences à MSF.

Le 31 mars, MSF déclare publiquement qu'il s'agit d'une épidémie « sans précédent » en raison de la dissémination géographique des cas. Ce qui aujourd'hui paraît évident est jugé, à l'époque, comme exagéré et alarmiste par beaucoup.

Le 1^{er} avril, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), par le biais de son responsable de la communication à Genève, est la première organisation à mettre en doute la déclaration de MSF, arguant que la dynamique virale ne diffère pas de celle des épidémies antérieures et n'est pas non plus sans précédent.

« Nous avons affaire à l'espèce Zaïre, la souche d'Ebola la plus mortelle, qui se propageait dans une région non préparée, alors que les malades et leurs proches se déplaçaient à une échelle que nous n'avions jamais vue auparavant. Même les défunts étaient transportés d'un village à l'autre », se souvient le Dr. Van Herp.

« Nous avons mis en balance le risque d'accroître encore la panique par rapport à la certitude que cette épidémie serait beaucoup plus difficile à contrôler que toute autre épidémie passée », explique le Dr. Van Herp. « Je n'avais quant à moi aucun doute quant à l'ampleur sans précédent de cette épidémie : toutes nos sonnettes d'alarme s'étaient déclenchées dès le départ. »

Un virus sans frontières

Depuis plus de trois mois, Ebola se propageait sans attirer l'attention. Mais il n'est pas rare que cette maladie reste non diagnostiquée pendant un certain temps. Lors des huit précédentes épidémies d'Ebola, près de deux mois en moyenne avaient été nécessaires avant d'identifier les cas et de mener une enquête. Les symptômes peuvent être facilement confondus avec ceux d'autres maladies, comme le choléra et le paludisme, et les experts formés pour reconnaître Ebola sont rares, tant au sein de MSF que dans le monde en général.

Toutefois, les épidémies antérieures étaient apparues, pour l'essentiel, dans des villages isolés de l'Afrique centrale ou de l'Est, où elles étaient plus faciles à contenir. Cette nouvelle épidémie d'Ebola est quant à elle apparue aux frontières entre la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone, frontières perméables que les habitants des trois pays franchissent régulièrement.

La peur et la suspicion face à un virus inconnu, les pratiques funéraires propices à la transmission du virus, la méfiance vis-à-vis des politiciens, des cas passés sous silence ou des malades cachés et la faiblesse du système de santé publique, qui n'a pas les

moyens de diagnostiquer Ebola et d'y répondre efficacement : autant de facteurs qui ont contribué à la flambée du virus dans toute la région.

Déploiement des équipes MSF en ordre dispersé

Pendant les deux premières semaines, plus de 60 travailleurs internationaux de MSF ont été déployés en Guinée et ont mis en place trois centres de prise en charge Ebola à Guéckédou, Macenta et Conakry, tout en vérifiant les cas suspects et en essayant de mener toutes les autres activités prioritaires « *standard* » prévues lors d'une épidémie d'Ebola (voir encadré p 12 : « Les six mesures clés pour parvenir à contrôler une épidémie d'Ebola »).

« Au début, le problème n'était pas le nombre de cas mais la dissémination des foyers sur de nombreuses zones. Par le passé, comme Ebola restait confiné dans la même zone, nous étions en mesure d'organiser rapidement les opérations dans la zone en question afin de contenir l'épidémie », explique le Dr. Armand Sprecher, spécialiste de santé publique chez MSF. *« Cette fois, les gens se déplaçaient beaucoup plus et Ebola était de tous les voyages. Nous devons donc reproduire nos interventions à différents endroits et déplacer nos quelques soignants expérimentés tels des pions d'un jeu d'échec, en tâchant d'évaluer où ils seraient les mieux placés pour agir rapidement. »*

Le 31 mars, des cas sont confirmés au Libéria. L'une des équipes de MSF en Guinée est redirigée sur place afin de créer des centres d'isolement à Monrovia et à Foya, et de former le personnel de santé. Douze cas seulement sont déclarés en dix jours et, à la mi-mai, la situation semble être sous contrôle au Libéria. Après 21 jours sans nouveaux cas et une fois le personnel médical local formé, l'équipe de MSF quitte le pays pour aller prêter main forte aux équipes de Guinée.

« Bien que, en mai, nous ayons également constaté un recul du nombre de cas en Guinée forestière, nous restions vigilants, craignant des chaînes de transmission cachées », commente le Dr. Van Herp. *« Les épidémies d'Ebola surviennent souvent par vagues. On peut très bien constater une accalmie dans une zone et, plus tard, voir le nombre de cas repartir à la hausse. Tant que le suivi du dernier contact n'a pas été mené à bout, on ne peut pas crier victoire. »*

Pendant ce temps, tout le monde s'inquiète face à l'étrange absence de cas confirmés de l'autre côté de la frontière avec la Sierra Leone.

Un début d'épidémie passé inaperçu en Sierra Leone

Au milieu et à la fin du mois de mars, on découvre en Guinée des cas d'Ebola qui auraient pour origine la Sierra Leone. MSF alerte immédiatement le ministère de la santé et l'OMS à Freetown pour qu'ils puissent suivre la situation.

Dès le début de l'épidémie, l'entreprise américaine de biotechnologies Metabiota et l'université de Tulane, partenaires de l'hôpital de Kenema, en Sierra Leone, aident le

ministère de la santé de Sierra Leone à enquêter sur les cas suspects. Leurs analyses de laboratoire concluent à l'absence d'Ebola, tandis que leurs activités de surveillance continue semblent ne pas avoir détecté les cas d'Ebola qui se sont déclarés dans le pays.

« Nous avons concentré nos ressources sur les zones présentant des cas confirmés en Guinée et au Libéria », explique Marie-Christine Ferir. « Nous ne pouvions pas vraiment nous permettre de mettre en doute les informations officielles provenant de Freetown et selon lesquelles les investigations ne révélaient aucun cas confirmé en Sierra Leone. »

Puis, le 26 mai, le premier cas confirmé est déclaré en Sierra Leone et le ministère de la santé demande à MSF d'intervenir. MSF donne la priorité à la mise en place d'un centre de prise en charge d'Ebola à Kailahun, l'épicentre de la flambée en Sierra Leone à ce moment-là. Les équipes étant déjà dispersées, et le nombre de cas étant élevé, MSF n'a plus assez de capacités pour assurer simultanément des activités de proximité essentielles, comme la sensibilisation et la surveillance.

« Quand nous avons démarré nos activités à Kailahun, nous nous sommes rendu compte que c'était déjà trop tard. Il y avait des malades partout. Nous avons construit un centre de 60 lits, et non de 20, comme celui avec lequel nous avons commencé à travailler en Guinée », raconte Anja Wolz, coordinatrice du projet d'urgence à MSF. « Comme le ministère de la santé et les partenaires de l'hôpital de Kenema refusaient de nous communiquer leurs données ou leurs listes de contacts, nous travaillions à l'aveuglette et ce alors que les malades continuaient à arriver en nombre. »

Après une brève période d'espoir, nourri par le recul du nombre de cas en Guinée et au Libéria en mai, l'épidémie cachée en Sierra Leone commence à prendre de l'ampleur et réactive l'épidémie dans les pays voisins.

Aujourd'hui, décrire l'épidémie comme un événement sans précédent revient à énoncer une évidence mais, pendant des mois, MSF a été la seule à arriver à cette conclusion. Malgré cela, MSF n'était pas préparée à faire face à une situation aussi inédite, à la fois en termes d'ampleur de l'épidémie et du rôle de premier plan dans la lutte contre Ebola qu'elle serait appelée à jouer.

Hors de contrôle

À la fin du mois de juin, les équipes de MSF constatent que le virus se transmet de façon active sur plus de 60 sites de Guinée, du Libéria et de Sierra Leone. Confrontées à une épidémie exceptionnellement virulente et ne pas faire face à tous les besoins, les équipes cherchent à limiter les dégâts et dédient l'essentiel des ressources à la gestion des centres Ebola. Mais elles ne peuvent pas déployer l'éventail complet des activités de lutte contre l'épidémie sur tous les sites concernés.

Dans les trois pays, des dizaines de membres du personnel médical local succombent à la maladie. Lors d'une épidémie d'Ebola, lorsque les structures de soins ne sont pas

dotées d'un système approprié de lutte contre l'infection, elles sont souvent des terrains propices à la diffusion du virus, et deviennent des lieux dangereux pour le personnel comme pour les patients. Cette épidémie ne fait pas exception à la règle, mais à une échelle jamais observée auparavant.

« Le 21 juin, nous avons à nouveau tiré la sonnette d'alarme en déclarant publiquement que l'épidémie était hors de contrôle et que, seuls, nous ne pouvions pas gérer le grand nombre de nouveaux cas et de foyers d'infection », se rappelle le Dr. Bart Janssens, directeur des opérations à MSF. « Nous demandions le déploiement de personnel médical qualifié, l'organisation de formations et l'intensification des mesures de sensibilisation et de suivi des contacts. Malheureusement, rien de tout cela ne s'est concrétisé après notre appel à l'aide. Nous avons l'impression de prêcher dans le désert. »

En dépit de la gravité évidente de la situation, MSF est une nouvelle fois taxée d'alarmisme pour avoir déclaré que l'épidémie est hors de contrôle. Dans le même temps, les autorités gouvernementales et les membres de l'OMS en Guinée et en Sierra Leone minimisent l'ampleur de l'épidémie en insistant sur le fait qu'elle est sous contrôle et en accusant MSF de provoquer inutilement la panique.

« À la fin, nous ne savions plus quels mots utiliser pour secouer le monde et lui faire comprendre à quel point l'épidémie échappait réellement à notre contrôle », se souvient le Dr. Janssens.

Les six mesures clés pour parvenir à contrôler une épidémie d’Ebola

1. Isoler les patients dans des centres de de prise en charge d’Ebola dotés de personnel formé, dispenser des soins de soutien et offrir un soutien psychosocial aux patients et à leurs familles.
2. Assurer et promouvoir des inhumations sécurisées au sein des communautés.
3. Mener des activités de sensibilisation à grande échelle afin d’aider les communautés à comprendre la nature de la maladie, les mesures de protection et la façon dont elles peuvent aider à freiner sa propagation. Ces activités sont plus efficaces lorsqu’elles prennent en compte la culture et les traditions des communautés.
4. Mener et promouvoir une surveillance active et précise de la maladie afin de localiser les nouveaux cas, d’assurer le suivi des voies de transmission probables et d’identifier les sites qui nécessitent une désinfection méticuleuse.
5. Conduire et promouvoir un traçage actif et méticuleux des personnes à risque car ayant été en contact avec des malades. Si les contacts ne sont pas cartographiés et suivis, l’efficacité de toutes les autres mesures est compromise et la maladie continue à se propager.
6. S’assurer que des soins médicaux restent accessibles pour les patients ayant besoin de soins non liés à Ebola (paludisme, maladies chroniques, soins obstétricaux, etc.). Cette mesure nécessite la mise en œuvre de mesures de protection et de politiques strictes pour les services de santé et leur personnel, en particulier dans les zones où des contacts sont possibles avec des patients atteints d’Ebola.

2. Une coalition mondiale de l'inaction

Manque de volonté politique, d'expertise ou simple peur ?

Réticences et obstacles

Dans un premier temps, les gouvernements de Guinée et de Sierra Leone ont été très réticents à admettre la gravité de l'épidémie, une situation qui a fait obstacle au déploiement d'une réponse rapide. Réaction fréquente en cas d'épidémie d'Ebola – et d'ailleurs de toute autre maladie infectieuse dangereuse – les autorités se montrent souvent peu enclines à donner l'alarme immédiatement, par crainte de créer la panique parmi la population, de perturber le fonctionnement du pays ou de faire fuir les visiteurs et les investisseurs.

Le 10 mai, les médias guinéens rapportent une déclaration du président de la Guinée se plaignant de ce que MSF sème la panique dans le but de récolter des fonds. En Sierra Leone, en juin, le gouvernement ordonne à l'OMS de ne faire état que des décès confirmés par un laboratoire, ce qui, du fait de l'exclusion des cas probables et suspects, a pour effet d'alléger le bilan des victimes. Des obstacles inutiles sont dressés et compliquent la réponse des équipes de MSF. Celles-ci se voient en effet refuser l'accès aux listes de contacts et doivent partir de zéro pour déterminer quels villages sont touchés, où et comment elles doivent agir.

Confrontées à l'explosion des cas en été, les autorités libériennes font quant à elles preuve de transparence au sujet de la propagation des cas, mais ne reçoivent que peu d'aide de l'extérieur en réponse à leurs pressants appels à l'aide. Le gouvernement est accusé à tort d'alarmisme par sa propre population qui croit y voir un stratagème pour l'obtention d'aides internationales.

Un manque de leadership

L'OMS joue un rôle de premier plan dans la protection de la santé publique mondiale. Il est notoire que son expertise réside dans son travail normatif et dans les conseils techniques qu'elle dispense aux pays du monde entier. En revanche, elle arrive difficilement à répondre aux urgences et aux épidémies car elle manque de ressources humaines et des capacités de préparation nécessaires pour pouvoir se déployer rapidement sur le terrain et porter assistance aux patients.

« Lorsqu'il est devenu évident que ce n'était pas simplement le nombre de cas qui était préoccupant mais plutôt la propagation de l'épidémie, des lignes directrices claires auraient dû être établies et un leadership aurait dû être assumé par l'OMS », précise Christopher Stokes, directeur général de MSF. « Il incombait à l'OMS, et non à MSF, de combattre Ebola. »

Les informations circulent peu entre les pays et leurs fonctionnaires comptent sur l'OMS pour faire la liaison entre eux. Il faut attendre juillet pour qu'un nouveau leadership dans les bureaux nationaux de coordination de l'OMS soit instauré et qu'un centre opérationnel régional soit établi à Conakry, en Guinée, dans le but de superviser le soutien technique et opérationnel apporté aux pays touchés par le virus.

Au lieu de se limiter, pendant des mois, à un soutien consultatif aux autorités nationales, l'OMS aurait dû admettre beaucoup plus tôt que cette épidémie nécessitait le déploiement de moyens plus conséquents sur le terrain. Tous les éléments à l'origine de la recrudescence de l'épidémie en juin étaient déjà présents en mars, mais l'analyse de la situation, la reconnaissance de sa gravité et la volonté d'assumer la responsabilité d'une riposte solide ont fait défaut.

Manque d'expertise et de personnel

Étant donné que les précédentes épidémies d'Ebola s'étaient déclarées à une échelle beaucoup plus restreinte, le nombre de spécialistes dans le monde n'a pas été suffisant pour endiguer cette nouvelle épidémie.

Pour MSF, la limite la plus lourde de conséquences est l'insuffisance en nombre de personnel assez expérimenté pour faire face à une épidémie d'une telle ampleur. Les « vétérans » MSF d'Ebola sont une quarantaine au moment où l'épidémie éclate. Ils doivent simultanément mettre en place et gérer les opérations en première ligne, tout en assurant la formation du personnel inexpérimenté. À ce jour, un an après, plus de 1 300 membres du personnel international et 4 000 du personnel national ont été déployés.

Tout comme le CDC, avec ses laboratoires et ses épidémiologistes spécialisés, l'OMS a un mandat international pour diriger la gestion des urgences mondiales en matière de santé et possède le savoir-faire pour juguler Ebola. Pourtant, tant le Bureau régional de l'Afrique que le Siège de l'OMS à Genève n'ont pas rapidement compris la nécessité d'affecter davantage de personnel au travail de terrain, ni mobilisé des ressources humaines supplémentaires et n'ont pas non plus investi à temps des moyens pour former davantage de personnel.

« Nous avons mobilisé la totalité de nos spécialistes des fièvres hémorragiques et de notre personnel médical et logistique expérimenté, dont beaucoup sont retournés à plusieurs reprises en Afrique de l'Ouest . Mais nous ne pouvions être partout en même temps et notre rôle n'aurait pas dû être de nous charger intégralement de l'organisation de la réponse », estime Brice de le Vingne, directeur des opérations à MSF. « MSF ne dispose pas d'une 'armée Ebola' avec une caserne de personnel en stand-by. Notre organisation repose sur la disponibilité et l'engagement de nos volontaires. »

Pendant ce temps, malgré la stigmatisation et la crainte au sein de sa propre communauté, le personnel médical national épuisé, relève le défi courageusement et

sans relâche en continuant le combat quotidien contre l'épidémie. Certains membres du personnel recrutés localement par MSF sont abandonnés par leur communauté, chassés de leur foyer, leurs enfants sont marginalisés et empêchés de jouer avec les autres. Le dévouement et le travail acharné de ces personnes au cours de l'année écoulée méritent une reconnaissance infinie.

Libéria : un SOS en juin

La fin du mois de juin est marquée par une réunion à Genève du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) de l'OMS, une plateforme clé qui rassemble des ressources techniques et humaines pour répondre aux épidémies. À cette occasion, MSF insiste sur la nécessité urgente de déployer une réponse efficace dans la région et lance un appel vibrant en faveur d'un renforcement des équipes au Libéria.

« J'ai achevé ma présentation à la réunion du GOARN en disant que je recevais chaque jour des appels téléphoniques du ministère de la santé libérien demandant de l'aide. J'ai dit aussi que MSF n'avait plus de personnel expérimenté à envoyer au Libéria pour répondre à ces appels », se souvient Marie-Christine Ferir. « Je me rappelle avoir souligné le fait que nous pouvions encore stopper l'épidémie au Libéria en y acheminant de l'aide sans délai. C'était le début de l'épidémie et nous avions encore du temps. Même s'il a été entendu, cet appel n'a débouché sur aucune action. »

Bien que la coordination entre les acteurs soit officiellement organisée à la suite de la réunion du GOARN et de la réunion régionale à Accra début juillet, l'on constate un manque évident de leadership de la part de l'OMS : les décisions ne sont pas prises à l'échelle nécessaire en ce qui concerne l'établissement des priorités, l'attribution des rôles et des responsabilités, la redevabilité pour la qualité des actions et la mobilisation des ressources requises.

« Les réunions ont eu lieu mais l'action n'a pas suivi », conclut Mme Ferir.

Catastrophe au Libéria

« Je crois qu'il est juste de dire que nous sommes des Médecins Sans Frontières, mais pas des médecins sans limites. Nos limites, nous les avons atteintes et c'est très frustrant : je constate des besoins énormes et je n'ai tout bonnement pas les ressources humaines pour y répondre. Nous avons de l'argent grâce à nos donateurs. Nous avons de la volonté et de la motivation à revendre, mais je n'ai pas le personnel pour gérer cette situation. »
– Lindis Hurum, coordinatrice des urgences MSF à Monrovia, août 2014

Fin juin, Lindis Hurum, coordinatrice des urgences MSF, arrive à Monrovia, au Libéria. Étant donné le peu de personnel expérimenté pouvant encore être déployé, sa petite équipe de trois personnes est envoyée pour dispenser des conseils techniques et

aider le ministère de la santé à effectuer le suivi des contacts et assurer les activités liées à l'eau et à l'assainissement. Elles aident à l'installation d'un centre de 40 lits, dont la gestion doit être confiée à Samaritan's Purse, une organisation américaine d'aide humanitaire et commencent à aider le ministère de la santé à organiser la coopération. Le virus se répand comme une traînée de poudre dans la capitale et le centre de prise en charge d'Ebola est vite saturé de malades.

Fin juillet, deux membres du personnel de Samaritan's Purse, des Américains, contractent le virus. Leur organisation suspend ses opérations dans les deux seuls centres de prise en charge Ebola du Libéria, à Monrovia et à Foya, dans le nord-ouest du pays. Personne ne vient les remplacer pour aider le ministère de la santé à soigner les patients.

Ce retrait suscite de douloureuses discussions chez MSF. Nous estimons que nous fonctionnons déjà à 100 %, avec des équipes extrêmement dispersées en Guinée et en Sierra Leone. Nous craignons de nous pousser au-delà de nos limites en reprenant la gestion de ce centre. Que se passera-t-il si des erreurs sont commises, que de nombreux membres du personnel tombent malades et que le projet s'effondre ? Cela a déjà été le cas en juillet dans l'hôpital du ministère de la santé à Kenema, en Sierra Leone, ainsi que pour Samaritan's Purse au Libéria. Qu'arrivera-t-il si, poussée au-delà de ses limites, MSF perd toute sa capacité à gérer la crise et personne ne vient la remplacer ?

« D'une certaine façon, la décision a été prise pour nous : nous ne pouvions quitter Monrovia en aggravant une situation déjà effroyable », se rappelle Brice de le Vingne, directeur des opérations de MSF. « Nous allions devoir franchir notre seuil de risque et envoyer sur le terrain des coordinateurs sans expérience d'Ebola et ayant reçu seulement deux jours de formation intensive. Cela allait être dangereux mais nous devions trouver le moyen d'intervenir à Monrovia et à Foya. »

Les formations s'intensifient au siège de Bruxelles et sur le terrain. Nous entreprenons le plus gros travail de transfert de connaissances de l'histoire de MSF, avec pour résultat, la formation de 1 000 personnes. Dans le même temps, une équipe de MSF est déployée à Foya et nous commençons à construire le centre MSF d'ELWA 3 à Monrovia, qui atteindra une capacité de 250 lits.

« Même si nous savions qu'ELWA 3 était le plus grand centre de prise en charge jamais construit, nous n'ignorions pas qu'il ne suffirait pas. Nous étions désespérés devant notre incapacité à faire plus et nous savions exactement ce qu'entraîneraient ces limites. Cela signifiait qu'il y aurait des cadavres dans les maisons et dans les rues. Que des malades n'auraient pas accès à un lit du centre et transmettraient donc le virus à leurs proches », se rappelle Rosa Crestani, coordinatrice de la Task Force Ebola de MSF.

ELWA 3 : des portes fermées, 23,5 heures par jour

À la fin du mois d'août, chaque matin, le centre ELWA 3 ne peut être ouvert que pendant 30 minutes. Seuls quelques patients peuvent être admis pour à leur tour occuper les lits libérés par ceux qui ont succombé pendant la nuit. Des gens meurent sur le gravier devant les portes. Un père a amené sa fille dans le coffre de sa voiture, suppliant le centre de l'admettre afin que ses autres enfants ne soient pas contaminés à la maison. Il a dû être refoulé.

« Nous avons dû prendre l'horrible décision de choisir qui serait admis dans le centre », explique Rosa Crestani. « Nous avons deux 'solutions' : laisser entrer ceux qui en étaient au début de la maladie, ou ceux qui mouraient ou étaient les plus contagieux. Nous avons tendu vers une position intermédiaire. Nous admettions le plus grand nombre de patients qu'un degré de sécurité raisonnable permettait, ainsi que les plus malades. Mais nous maintenions des limites : nous refusions de mettre plus d'une personne dans chaque lit », poursuit-elle. « Nous ne pouvions offrir que des soins palliatifs de base. Il y avait tant de patients et si peu de personnel que celui-ci ne pouvait consacrer qu'une minute en moyenne à chaque malade. C'était une horreur indescriptible. »

« Je suis horrifié par la taille du centre que nous construisons, par les conditions effroyables qui y règnent et par ce que les gens endurent. C'est horrible de voir ce que notre personnel doit faire, compte tenu des risques et de la chaleur. Nous nous battons pour soigner ces patients si nombreux. Nous essayons d'adapter le centre et de l'agrandir au fur et à mesure de l'accroissement des besoins, mais le rythme est impossible à tenir. Nous ressentons une culpabilité et une honte terribles de ne pouvoir offrir une réponse adéquate aux besoins des patients. »

Brett Adamson, coordinateur terrain de MSF à Monrovia, août 2014.

Ebola frappe le Nigeria, le Sénégal et le Mali

Catastrophe évitée grâce à des réponses rapides

La crainte d'une épidémie régionale encore plus importante était tout à fait fondée. MSF a aidé les gouvernements du Nigeria, du Sénégal et du Mali à contenir et à éviter la transmission d'Ebola une fois le virus présent sur leur territoire. Comme l'épidémie faisait déjà rage dans les pays voisins, les trois États ont suivi de près l'éventuelle propagation du virus. Cette vigilance a heureusement contribué à l'efficacité de la riposte.

« *Comme nos équipes étaient déjà débordées dans les trois pays les plus touchés, nous nous sommes concentrés sur le soutien technique. Le niveau de gestion directe assuré par MSF variait selon les capacités locales déjà existantes* », explique Teresa Sancristoval, coordinatrice d'urgence pour MSF. Une stratégie similaire avait été prévue à Monrovia avant que l'épidémie ne soit hors de contrôle.

Nigeria – 19 cas confirmés, 1 cas suspect, 8 morts.

À la fin juillet, le Nigeria enregistre son premier cas d'Ebola : un passager aérien en provenance du Libéria. Bien que le virus ait atteint Lagos (20 millions d'habitants) et Port Harcourt (1 million d'habitants), seules 20 personnes ont été infectées au total. La réponse rapide du gouvernement, qui a déployé notamment des ressources humaines et financières significatives et mis en œuvre des mesures rigoureuses de lutte contre l'infection, a clairement permis d'éviter une épidémie généralisée.

Sénégal – 1 cas confirmé, 0 mort

À la demande du gouvernement du Sénégal, MSF organise en avril 2014 une formation sur Ebola. Une partie des équipes formées s'occupent ensuite du cas d'Ebola arrivé à Dakar en août. Une équipe MSF composée de 2 personnes aide aussi le ministère de la santé à mettre sur pied un centre de prise en charge d'Ebola et à former le personnel à la prise en charge des cas, à l'identification des personnes ayant été en contact avec des malades et à la mobilisation sociale. En une semaine, l'intégralité des personnes ayant eu des contacts avec les patients est identifiée. Des staff des neuf régions considérées comme plus à risque sont également formés à la riposte contre l'épidémie.

Mali – 8 cas, 6 morts

Le premier cas d'Ebola, une fillette âgée de deux ans, se déclare au Mali le 23 octobre. MSF envoie une équipe pour participer à la construction d'un centre de prise en charge d'Ebola à Bamako et dans la ville de Kayes, où la petite fille est décédée, ainsi que pour former le personnel de santé à la prise en charge des cas, à la surveillance et à la mobilisation sociale.

Au Mali, MSF a adopté une approche plus proactive que dans les deux autres pays, avec notamment la gestion des deux centres, l'organisation d'enterrements conformes au protocole de sécurité ainsi que des activités de surveillance. Cette réponse renforcée s'explique par le fait que le Mali dispose d'un système de santé moins solide et de ressources insuffisantes pour faire face à l'épidémie, ainsi que par un soutien moindre de la part des autres partenaires.

Le Nigeria, le Sénégal et le Mali ont tous eu accès à des laboratoires de niveau international, ce qui leur a permis d'obtenir rapidement les résultats des tests. L'expérience dans ces trois pays souligne l'importance d'une surveillance rigoureuse et d'une réponse rapide dès le début de l'épidémie.

Le tournant – Ebola traverse l'océan

Le 8 août, l'OMS annonce enfin que l'épidémie constitue « une urgence de santé publique de portée internationale », une procédure qui permet de débloquer des financements et de déployer des experts plus rapidement. À cette date, plus d'un millier de personnes ont déjà perdu la vie. Quelles raisons ont fini par convaincre l'OMS de déclarer la situation d'urgence ?

Fin juillet, la confirmation arrive qu'un médecin américain travaillant pour l'organisation caritative Samaritan's Purse a contracté le virus. Il sera rapatrié aux États-Unis pour y recevoir des soins médicaux. Par après, un premier cas d'Ebola est diagnostiqué en dehors d'Afrique de l'Ouest. Le patient, de retour de cette région récemment, est pris en charge dans un hôpital de Dallas, aux États-Unis. C'est ensuite au tour d'une infirmière espagnole - qui s'était occupée d'un concitoyen infecté – de contracter le virus : le premier cas de transmission du virus d'homme à d'homme en dehors d'Afrique.

« Quand on a pris conscience que le virus pouvait traverser l'océan, le manque de volonté politique n'était plus une option », affirme le Dr. Joanne Liu, présidente internationale de MSF. « Lorsqu'Ebola est devenu une menace pour la sécurité internationale et non plus une crise humanitaire affectant une poignée de pays pauvres d'Afrique de l'Ouest, le monde a enfin commencé à se réveiller. »

Facteur de craintes et paralysie mondiale

En août, la communauté internationale reconnaît enfin la gravité de l'épidémie, mais le renforcement de la réponse se fait toujours attendre. Est-ce la peur du virus qui retarde la riposte rapide si désespérément attendue ?

Il est vrai qu'Ebola suscite une peur légitime et presque universelle rarement observée avec d'autres maladies. L'absence d'un traitement efficace, les symptômes douloureux et pénibles, ainsi que le taux de mortalité élevé entraînent une inquiétude publique extrême non seulement dans les communautés affectées, mais

aussi au sein du personnel de santé lui-même. Les soignants sont parmi les premiers à tomber malades, ce qui décourage d'autres volontaires de venir porter secours aux populations touchées.

Les catastrophes naturelles, comme les inondations et les séismes, engendrent généralement une mobilisation généreuse de ressources et une intervention directe de la part des organisations humanitaires et des États concernés. Mais, dans ce cas, la peur de l'inconnu et le manque d'expertise concernant la maladie ont paralysé la plupart des organisations humanitaires et des bailleurs de fonds. La gestion d'un centre de prise en charge d'Ebola implique une marge d'erreur si étroite qu'une formation méticuleuse est nécessaire pour se préparer à ce défi.

« Nous avons essayé de souligner que toutes les formes de réponse n'impliquaient pas de porter un "costume de cosmonaute". L'identification des personnes ayant été en contact avec des malades, la promotion de la santé, ainsi que la distribution de savon, de chlore et de seaux étaient urgemment nécessaires », déclare le Dr. Jean-Clément Cabrol, directeur des opérations à MSF. *« Toutes les activités ne se limitent pas à la zone à haut risque, mais chacune d'entre elles doit bien être réalisée par quelqu'un – et à très grande échelle. »* Néanmoins, la plupart des organisations humanitaires se sont montrées très réticentes face au risque perçu de travailler dans le cadre de l'épidémie d'Ebola, car elles craignaient de ne pas être capables de protéger leur personnel.

MSF ne fait pas exception. L'expérience d'Ebola acquise par MSF s'est centralisée au fil des ans au sein d'un groupe d'experts et la prise en charge de cette maladie est considérée comme une spécialité. Les sections de MSF ayant peu ou pas d'expérience du virus se sont d'abord montrées réticentes à l'idée d'intervenir immédiatement. MSF aurait dû mobiliser plus rapidement l'ensemble de ses capacités pour répondre à l'épidémie.

Fin août, l'épidémie avait « explosé » dans les trois pays. À la suite de discussions avec d'autres organisations humanitaires, il a été estimé qu'il faudrait au minimum deux à trois mois pour les former et pour qu'elles soient prêtes à intervenir. Le compte à rebours avait commencé et Ebola était en train de gagner. A ce stade, le financement n'était plus le principal problème et il était clair que des bénévoles non formés ne seraient pas suffisants pour endiguer l'épidémie. Du personnel formé et bien équipé était nécessaire de toute urgence sur le terrain.

« Nous étions en territoire inconnu et nous ne pouvions pas attendre les deux mois nécessaires pour que d'autres agences humanitaires soient formées et prêtes à intervenir. Qui d'autre pouvait prendre le train en marche avant que l'épidémie ne soit totalement hors de contrôle ? », raconte le Dr. Liu.

Sensibiliser le Conseil de sécurité de l'ONU

Après le discours du Dr. Liu devant l'Assemblée générale de l'ONU à New York, un chef d'équipe libérien de MSF, Jackson K.P. Naimah, fait écho à ses propos en s'exprimant, par vidéoconférence, devant le Conseil de sécurité de l'ONU, le 18 septembre :

« Au moment où je vous parle, des personnes attendent devant les portes de nos centres et nous supplient littéralement de leur sauver la vie. Elles se sentent, à juste titre, seules, négligées, exclues, abandonnées à la mort – une mort indigne et horrible. Nous ne pouvons respecter nos obligations envers ces malades parce qu'il n'y a pas assez d'aide sur le terrain. »

Le Conseil de sécurité de l'ONU prend alors la décision de qualifier l'épidémie d'Ebola de menace à la paix et à la sécurité internationales et adopte à l'unanimité une résolution appelant les États membres à dégager davantage de ressources pour combattre la maladie.

Par la suite, en raison de l'incapacité de l'OMS à diriger et à coordonner de manière adéquate la réponse à l'épidémie d'Ebola entre avril et septembre, le Secrétaire général de l'ONU, Ban Ki-Moon, décide de créer la toute première mission sanitaire de l'ONU, la Mission des Nations Unies pour la réponse d'urgence à Ebola (UNMEER).

3. Dernier espoir de contrôler l'épidémie

MSF appelle les États membres de l'ONU à déployer des ressources médicales civiles et militaires capables de répondre à une catastrophe biologique

Le 2 septembre, à New York, le Dr. Joanne Liu, présidente internationale de MSF, lance un vibrant appel aux États membres de l'ONU. Elle déclare :

« De nombreux États membres représentés ici aujourd'hui ont fait de gros investissements dans la réponse aux menaces chimiques et biologiques. Pour endiguer l'épidémie, il est impératif que les États déploient sans attendre les ressources civiles et militaires ayant des compétences en matière de confinement des risques biologiques. Je vous lance un appel pour que vous déployiez vos équipes de prise en charge des catastrophes, avec tout l'appui de vos moyens logistiques ».

« Nous ne pouvons isoler les pays touchés et espérer que l'épidémie s'éteindra d'elle-même. Pour éteindre ce feu, nous devons nous précipiter dans l'immeuble en flammes. »

Ce genre d'appel est très inhabituel de la part de MSF, plutôt connue pour garder ses distances par rapport aux forces militaires et sécuritaires et ce afin de protéger son indépendance, notamment dans les zones de conflit. Cependant, à elles seules, les organisations humanitaires n'avaient clairement pas les capacités de contrôler la catastrophe en cours sur le terrain. Un appel désespéré, de dernier recours, devait donc être lancé.

« Nous pensions que les seules organisations au monde qui auraient pu avoir les moyens d'intervenir immédiatement étaient les unités militaires disposant d'une expertise dans le domaine de la guerre biologique », explique Christopher Stokes, directeur général de MSF. *« Nous n'avons que deux possibilités : continuer à refouler les patients aux portes de nos hôpitaux en attendant que d'autres volontaires soient formés et prêts à intervenir, ou demander l'aide des agences militaires. Le choix a vite été fait. »*

Après avoir obtenu l'accord des chefs d'État du Libéria, de la Sierra Leone et de la Guinée, MSF appelle à la construction de davantage d'hôpitaux de terrain avec des unités d'isolement, à l'envoi de personnel formé, au déploiement de laboratoires mobiles pour améliorer le diagnostic, ainsi qu'à l'établissement de ponts aériens pour transporter le personnel et le matériel vers l'Afrique de l'Ouest et à l'intérieur de la région.

Un appel risqué

MSF insiste sur le fait que le personnel et les ressources militaires déployés ne doivent pas être utilisés pour appliquer des mesures de mise en quarantaine, de confinement ou de contrôle des foules. En effet, les quarantaines forcées ont

toujours davantage engendré de la peur et de l'inquiétude, qu'endigüé la progression du virus.

« Alors que l'agitation sociale et la peur que ces États s'effondrent se faisaient de plus en plus sentir, nous craignions que notre appel soit mal interprété ou intentionnellement transformé en plaidoyer en faveur d'une stabilisation armée », précise Christopher Stokes. *« Et si les militaires étaient intervenus et avaient fait plus de mal que de bien ? Nous serions alors tenus responsables puisque nous avons fait appel à eux. »*

Alors que d'aucuns accusent MSF – et toutes les organisations humanitaires – d'être associées à des objectifs politiques ou sécuritaires, MSF prend le risque de confirmer ces soupçons. Dans une situation de conflit, cela pourrait placer tant les travailleurs humanitaires que les patients dans le viseur des forces belligérantes.

L'aide finit par arriver, mais pas celle que nous avons demandée

En septembre, des promesses rassurantes de donations d'équipements et de soutien logistique sont formulées, mais le déploiement de personnel médical qualifié et formé sur le terrain, pour traiter les patients, ne suit pas. À la grande déception de MSF, la majorité des militaires déployés en octobre et en novembre n'avaient pour mission que de soutenir et coordonner les efforts des organisations humanitaires internationales et des autorités locales, ainsi que de leur fournir un soutien logistique.

Bien que la construction, par les militaires, d'infrastructures médicales pour la prise en charge du personnel soignant local et international, était tout à fait nécessaire, il a été rapidement clair qu'ils n'avaient pas l'intention de soigner eux-mêmes directement l'ensemble de la communauté, mais bien d'offrir à d'autres la possibilité de le faire.

« Nous avons insisté sur le fait que se contenter de construire des structures physiques ne suffirait pas et que transférer le risque à des travailleurs humanitaires inexpérimentés et à du personnel médical local à bout de forces était inacceptable », rappelle le Dr. Liu. *« Ils étaient clairement réticents à l'idée de s'impliquer et de soigner des patients. Ils voulaient aider, mais sans prendre de risques – dans les hélicoptères américains, on ne pouvait même pas transporter des échantillons de laboratoire ou du personnel soignant en bonne santé revenant du terrain. »*

Même si la demande de déploiement d'équipes spécialisées dans les risques biologiques n'est pas satisfaite, l'assistance envoyée est tout de même la bienvenue. Cet engagement a marqué le début d'une réponse internationale substantielle et a réconforté les populations touchées en leur prouvant que de l'aide arrivait enfin.

La création de centres de prise en charge intensive pour le personnel soignant a également rassuré les acteurs humanitaires internationaux, qui se sont dès lors senti

en mesure d'offrir davantage de garanties à leurs collaborateurs avant de les envoyer sur le terrain et a soulagé les autorités et le personnel médical locaux.

Dans le même temps, une bonne nouvelle nous arrive du comté de Lofa, au Nord-ouest du Libéria. Fin octobre, aucun nouveau patient n'a été enregistré au centre de MSF à Foya. D'autres acteurs arrivent pour reprendre les activités restantes et la surveillance, de sorte que les équipes de MSF peuvent se retirer du comté de Lofa et rediriger leurs efforts vers des zones où les besoins restent importants.

« Les efforts intensifs et l'étroite collaboration avec la communauté ont certainement joué un rôle crucial dans la réduction du nombre de cas dans le comté de Lofa », indique Dorian Job, responsable adjoint des projets d'urgence à MSF. « C'est l'un des premiers moments où nous avons eu l'impression qu'il était possible de contrôler l'épidémie. »

Diminution du nombre de cas

Fin 2014, alors que les militaires construisent de nouveaux centres de prise en charge d'Ebola, le nombre de cas commence à diminuer dans d'autres régions. Plusieurs raisons expliquent le recul d'Ebola : les changements de comportement des populations, la disponibilité de lits, le renforcement des efforts de lutte contre l'infection et l'organisation d'enterrements conformes aux règles de sécurité sont autant de facteurs qui y ont contribué.

« Dès le début, cette épidémie s'est caractérisée par son imprévisibilité, son ampleur et sa rapidité », déclare Karline Kleijer, coordinatrice des projets d'urgence à MSF. « Si l'épidémie n'avait pas commencé à décliner, les centres de de prise en charge construits dans la région auraient été indispensables. »

En décembre, la communauté internationale s'efforce de tenir les promesses faites trois mois auparavant. Mais une fois les ressources déployées, il s'est avéré difficile de s'adapter à l'épidémiologie rapidement changeante de l'épidémie d'Ebola. Certaines ressources ont donc été affectées à des activités qui n'étaient plus prioritaires.

4. Pas de remède... mais des soins

Les défis médicaux d'Ebola

« Nous avons tous peur d'Ebola et c'est tout à fait légitime. Cette crainte découle de la façon dont le virus se transmet : par le sang, la sueur et les larmes des êtres humains. Imaginez que vous êtes l'un de ces patients : vous êtes malade et effrayé, votre médecin est anxieux et, quand il s'approche de vous, il porte un costume de cosmonaute qui le rend méconnaissable. Quels sont ses outils pour vous soigner ? Un lit, trois repas, des fluides, des comprimés, des antipaludiques et des antidouleurs. Le médecin fait de son mieux pour que votre système immunitaire puisse combattre Ebola. Mais il est physiquement isolé de ses patients et lorsqu'il s'approche d'eux, tout ce qu'il peut leur dire c'est qu'ils ont environ 50% de risques de mourir et qu'il ne peut pas faire grand-chose pour eux. » –

Dr Javid Abdelmoneim, médecin pour MSF, en Sierra Leone en septembre-octobre 2014.

Les défis médicaux d'Ebola

Un virus qui tue plus de la moitié des patients sans qu'aucun traitement ne soit disponible pour le combattre : voilà le pire cauchemar de tout médecin.

Et pourtant, plus de 2.300 patients sont sortis guéris des centres de prise en charge d'Ebola de MSF au Libéria, en Guinée et en Sierra Leone. Chaque guérison est célébrée comme une véritable victoire.

« Nous tâchons d'apporter aux patients les meilleurs soins de soutien possibles et de soulager leurs symptômes et leurs souffrances. D'après l'expérience que nous avons acquise lors de précédentes épidémies, nous savons que des soins cliniques de bonne qualité peuvent réduire le taux global de létalité de 10 à 15 % », affirme le Dr. Armand Sprecher. « Beaucoup d'incertitudes demeurent concernant Ebola, tant sur le plan médical qu'épidémiologique. Nous n'avons d'ailleurs pas encore déterminé la meilleure façon de combattre le virus cliniquement. »

Plusieurs éléments pourraient avoir un impact sur la mortalité : la gravité de l'infection au moment de l'admission (charge virale), l'âge du patient, son état de santé général avant de contracter le virus, les co-infections éventuelles, le statut nutritionnel, la qualité des soins de soutien, voire une combinaison de tous ces facteurs.

MSF effectue, sur la base de ses données, un travail de documentation et de recherche concernant ces facteurs, qui sera partagé avec la communauté scientifique. Jusqu'à présent, les principaux résultats suggèrent que l'âge du patient (moins de 5 ans et plus de 40 ans) et la charge virale (niveau élevé de virus dans le

sang à l'admission) sont les facteurs qui déterminent le taux de mortalité le plus élevé.

Capacités limitées des laboratoires

Pour les équipes médicales de MSF, l'une des principales contraintes et frustrations est leur capacité limitée à suivre les paramètres biochimiques des patients pour améliorer la qualité des soins.

« Certains patients semblent en voie de guérison, ils marchent, parlent et mangent, puis, malheureusement, ils décèdent une heure plus tard de manière inexplicable. Nous ne savons pas encore quels facteurs permettent à certaines personnes de guérir, alors que d'autres meurent », déplore le Dr. Sprecher. *« Pour comprendre le degré d'agressivité du virus et définir les meilleurs soins à dispenser au patient, il est essentiel de pouvoir surveiller ses taux d'électrolytes et effectuer des analyses sanguines. »*

Pour ce faire, nous avons besoin de laboratoires sophistiqués, qui n'étaient pas toujours disponibles, que ce soit au sein de MSF ou *via* nos partenaires externes, en particulier durant les premiers mois de l'épidémie. Les laboratoires des partenaires clés qui nous ont rejoints à un stade précoce de l'épidémie ont vite été débordés par le grand nombre de cas à diagnostiquer. En outre, certains n'étaient pas préparés à réaliser des analyses biochimiques.

Depuis avril, les équipes de MSF en Guinée utilisent le système iSTAT pour surveiller les taux d'électrolytes. Cependant, en raison de défis pratiques et de conflits de priorités, ce système ne sera pas réintégré dans les centres de MSF avant octobre.

Travailler dans la zone à haut risque

Sous le « *costume de cosmonaute* » composé de huit éléments porté par le personnel médical de MSF sur le terrain, la température peut atteindre 46°C. L'une des activités les plus dangereuses pour les soignants consiste à retirer leur combinaison contaminée. Cette procédure complexe comprend 12 étapes, peut prendre jusqu'à 20 minutes et est répétée au moins trois fois par jour.

« La chaleur accablante nous oblige à bouger et à respirer lentement, et nous empêche de passer plus d'une heure dans la zone à haut risque », raconte le Dr Hilde De CLERCK. *« Une fois à l'intérieur, je dois prévoir les activités les plus importantes à réaliser durant cette heure. Il est frustrant et énervant de ne pas pouvoir passer un temps illimité avec mes patients, ni nouer des liens comme je le fais habituellement, avec un sourire ou un contact humain réconfortant. »*

Sur le fil du rasoir

Les équipes de MSF qui travaillent dans le cadre de l'épidémie d'Ebola sont sur le fil du rasoir, tant en ce qui concerne la délivrance de soins aux patients que la sécurité du personnel.

MSF a appelé à l'aide dès que l'épidémie a commencé à se propager de manière incontrôlable. En effet, durant les périodes les plus critiques de l'épidémie, nos équipes n'étaient plus en mesure d'admettre davantage de patients, ni de fournir les meilleurs soins possibles. Pour une organisation de médecins volontaires, cette expérience a été très douloureuse et a entraîné de vives discussions et des tensions.

« Notre devoir de protéger notre personnel est crucial, comme dans tout projet de MSF à travers le monde. Bien que nous ayons investi massivement dans des équipements de protection personnelle, des formations et l'élaboration de protocoles de sécurité, nous avons appris à nos dépens que le risque zéro n'existe pas », déplore Henry Gray, coordinateur des projets d'urgence à MSF.

« Nous étions aussi sous pression car nous voulions montrer qu'il était possible de traiter Ebola sans danger et ce afin d'inciter d'autres acteurs à intervenir. Si nous avions pris encore plus de risques et que trop de nos collaborateurs étaient tombés malades, nous aurions été incapables de préserver la confiance de nos équipes ou de recruter de nouveaux volontaires, avec – pour conséquence possible – la fermeture de nos centres, sans personne pour nous remplacer », poursuit Brice de la Vingne.

Alors que l'épidémie va croissante, le personnel de MSF est contraint de passer un temps de plus en plus restreint avec chaque patient. À certains moments, les admissions étaient si nombreuses qu'il n'y avait plus assez de personnel pour gérer de manière sûre la réhydratation par voie intraveineuse, comme cela a été le cas à Monrovia en septembre. Il ne s'agissait pas seulement de réaliser la manipulation de manière sûre, mais aussi de disposer de suffisamment de personnel pour effectuer le suivi nécessaire, surveiller l'hydratation des patients et mettre en œuvre les mesures adéquates de lutte contre l'infection.

Lorsqu'un membre du personnel a été contaminé, la peur qui s'ensuit a eu un impact, et a parfois eu pour effet de restreindre les soins immédiatement après. Les équipes de MSF se sont néanmoins efforcées de surmonter rapidement ces difficultés et d'atteindre à nouveau des niveaux optimaux de soins individuels aussi vite que possible.

Les distributions de kits, une solution imparfaite

En septembre, alors qu'il n'y a plus assez de lits dans les centres de Monrovia, MSF commence à distribuer des kits de protection familiale et de désinfection à domicile à plus de 600.000 habitants. Ces kits sont conçus pour protéger un tant soit peu les familles dont un membre tomberait malade, ainsi que pour leur permettre de désinfecter leur habitation et donc de réduire le risque de contamination. L'un des principaux groupes cibles est le personnel soignant, souvent sollicité par sa

communauté pour prendre soin des malades lorsque les centres de de prise en charge ne peuvent, faute de place, les accueillir.

« Même si nous savions que ces kits n'était pas la solution à l'épidémie d'Ebola à Monrovia, nous avons été contraints de prendre des mesures imparfaites », se rappelle Anna Halford, coordinatrice de la distribution. « Il s'agissait d'une solution de dépannage pour que les gens puissent essayer de se protéger pendant une courte période, dans le cas où un membre de leur famille tomberait malade et jusqu'à ce qu'il soit admis dans un centre de de prise en charge. »

Médecins sans remède

Lorsque l'épidémie éclate, il n'existe sur le marché aucun vaccin, médicament ou test de diagnostic rapide à l'innocuité et à l'efficacité prouvées pour les cas humains d'Ebola.

Ebola n'avait jamais été considéré comme une priorité par les grandes entreprises pharmaceutiques, qui pensaient que le virus ne pouvait affecter qu'un nombre limité de patients économiquement défavorisés, lors d'épidémies de courte durée et dans des régions reculées.

La plupart des recherches étaient menées par des institutions publiques et des petites sociétés, soutenues par des financements provenant de ministères de la défense, étant donné le risque bioterroriste posé par cette maladie virale très contagieuse. La majorité des activités de recherche et développement se concentraient sur les vaccins et la prophylaxie post-exposition, l'objectif étant notamment de constituer un stock de produits pour les marchés des pays occidentaux.

Mais, lorsque l'épidémie a continué d'échapper à tout contrôle et que les réponses aux appels à l'aide répétés ont continué à se faire attendre, MSF a réalisé qu'il était urgemment nécessaire d'accélérer le développement de médicaments et vaccins.

« La recherche et le développement se sont finalement accélérés au début du mois d'août, lorsque l'OMS a confirmé que l'utilisation de produits contre Ebola qui n'avaient pas encore été testés sur l'homme était éthiquement acceptable, et même encouragée, étant donné la nature exceptionnelle de l'épidémie », se souvient Julien Potet, chargé de politiques à la Campagne d'accès aux médicaments essentiels de MSF. « Les instituts de recherche publics et privés ont accéléré la phase de pré-lancement des essais cliniques, qui est ainsi passée de plusieurs années à quelques mois seulement. »

En août, MSF prend la décision inédite de s'associer à des instituts de recherche, à l'OMS, à des ministères de la santé et à des entreprises pharmaceutiques pour réaliser des essais cliniques de traitements et vaccins expérimentaux pendant l'épidémie. Le premier essai de traitement expérimental, portant sur le Favipiravir, débute le 17 décembre 2014 au centre de MSF à Guéckédou, en Guinée.

« C'est la toute première fois que des essais cliniques sont lancés en à peine quelques mois au beau milieu d'une crise humanitaire complexe, qui plus est dans des conditions où le risque biologique est important », affirme le Dr. Micaela Serafini, directrice médicale à MSF.

Les protocoles d'essai ont été conçus pour perturber le moins possible les soins dispensés aux patients, mais aussi pour garantir que les normes éthiques, internationalement acceptées dans les milieux de la médecine et de la recherche seraient respectées, et que des données scientifiques de qualité seraient produites et partagées dans l'intérêt public.

Ces efforts en cours seront-ils l'élément décisif pour changer le cours de l'épidémie ?

« Peut-être pas, car la baisse sensible du nombre de cas pourrait mettre un terme à l'épidémie avant que ces études ne débouchent sur des résultats concluants. Le virus pourrait, cette fois, réussir à échapper au développement d'un vaccin et d'un traitement efficace », répond le Dr. Bertrand Draguez, directeur médical à MSF.
« Mais les études en cours sont loin d'être inutiles. Avec les données recueillies lors des essais, nous devons poursuivre nos efforts pour garantir que des médicaments, des vaccins et des tests de diagnostic soient prêts et accessibles lors de la prochaine épidémie. »

Pour ce faire, il est essentiel que les organismes de réglementation, les entreprises pharmaceutiques et les gouvernements s'engagent réellement à assurer un accès équitable aux vaccins et aux traitements dans les pays frappés par Ebola. L'expertise, les recherches et les résultats doivent être partagés collectivement.

Si un vaccin ou un traitement efficace avait existé, des milliers de vies auraient pu être sauvées.

Défis internes à MSF

L'épidémie d'Ebola de 2014 a confronté MSF à d'importants défis internes, dont beaucoup méritent d'être examinés de manière plus détaillée. Même si certains nous ont félicités pour notre riposte à l'épidémie, nous sommes parfaitement conscients que nous avons échoué dans certains domaines, notamment :

Une année de crises concurrentes. Pour MSF, 2014 a été une année très exigeante, comme pour d'autres organisations humanitaires de première ligne. Les crises simultanées en République Centrafricaine, au Soudan du Sud, en Ukraine et en Syrie ont beaucoup accaparé l'attention du personnel très expérimenté. Il était par conséquent difficile d'assurer qu'Ebola attire l'attention et les ressources humaines nécessaires, en particulier durant les cinq premiers mois de l'épidémie.

Le devoir de protéger nos employés. Même à MSF, une organisation avec une tolérance du risque bien plus élevée que dans de nombreuses autres organisations humanitaires, Ebola était considéré comme particulièrement dangereux. L'absence de traitements pour soigner le personnel infecté et le taux élevé de mortalité ont suscité une peur sans précédent au sein du personnel. L'évacuation médicale du personnel international ne pouvait être garantie par les gouvernements des pays d'origine et les volontaires devaient accepter le risque de tomber malades et de ne pas pouvoir rentrer chez eux. En outre, la crainte que le personnel soit infecté nous a obligés à insister sur le respect de protocoles de sécurité extrêmement stricts – comme par exemple la limitation du temps passé dans la zone à haut risque – réduisant la liberté des personnels médicaux de dispenser des soins au niveau de qualité qu'ils jugeaient nécessaire. Cela a provoqué beaucoup de souffrance parmi le personnel soignant de MSF.

Mobilisation de toutes les capacités au sein du réseau MSF. L'expérience acquise par MSF en matière de fièvres hémorragiques virales s'est centralisée au fil des ans au sein d'un groupe d'experts. La prise en charge de ces maladies était considérée comme une spécialité. Les sections de MSF ayant moins d'expérience d'Ebola se sont aussi montrées réticentes à l'idée d'intervenir immédiatement. MSF aurait dû mobiliser plus rapidement l'ensemble des capacités de l'organisation pour répondre à l'épidémie.

Priorité aux patients ou à la santé publique ? Nous étions face à un choix cornélien : enrayer la propagation de l'épidémie ou fournir les meilleurs soins cliniques possibles à chaque patient ? La tension a été à son comble en août et en septembre au Libéria, quand le nombre de cas a grimpé en flèche et que nos structures se sont retrouvées débordées. À certains moments, nous avons dû nous contenter de fournir les soins palliatifs les plus basiques aux patients et avons accordé la priorité à l'admission de personnes hautement contagieuses, afin de réduire la propagation du virus au sein des communautés. Nous avons délibérément augmenté le nombre de lits, en sachant

bien que cela entraînerait une baisse du niveau des soins. Un compromis insupportable aux yeux de beaucoup d'entre nous.

Rotation du personnel. Les épidémies d'Ebola exigent un très grand nombre de ressources, en particulier humaines. Pour le personnel international, la durée des missions sur le terrain dans le cadre de l'épidémie était bien plus courte que d'habitude : quelques semaines au maximum au lieu de plusieurs mois. L'objectif était de garantir que les collaborateurs restent vigilants et ne soient pas trop épuisés ou passifs face à la situation. Néanmoins, cette rotation du personnel a eu une conséquence inattendue : les informations n'étaient pas toujours transmises d'un collaborateur à l'autre ; les leçons devaient donc être apprises, puis apprises à nouveau.

Adaptation de notre réponse. Nos ressources étant débordées, aurions-nous pu adapter notre stratégie en décidant sur quoi nous concentrer à chaque endroit ou sommes-nous passés en mode « limitation des dégâts » ? Par exemple, qu'aurions-nous pu faire de plus pour remédier à la profonde méfiance publique de la part de la population en Guinée ? Aurions-nous pu imposer une réponse plus énergique en Sierra Leone, au début de la crise ?

Priorités détournées. Parfois, nous avons l'impression de devoir nous occuper de tout à la fois. Les difficultés à conclure des arrangements pour des évacuations médicales efficaces, à lutter contre les interdictions de voyage imposées sans aucune preuve scientifique, à convaincre des compagnies aériennes comme Brussels Airlines de maintenir des vols vers la région, à former d'autres organisations, et à gérer la peur et l'opinion publique souvent en proie à l'hystérie dans nos pays « d'origine » ont détourné notre attention des besoins critiques sur le terrain.

5. Et ensuite ?

Malgré plus de 40 ans d'expérience dans la réponse aux pires crises humanitaires du monde, le personnel de MSF et en particulier nos collègues locaux ont payé un lourd tribut à cette épidémie d'Ebola. Nous n'avions plus vu autant de patients mourir dans nos centres, sans avoir les moyens de les sauver, depuis les débuts du VIH/sida – et jamais dans un laps de temps aussi court. Alors qu'une personne séropositive pouvait mettre jusqu'à 10 ans pour mourir, un malade d'Ebola peut décéder en 10 jours seulement.

Même si beaucoup d'incertitudes persistent encore au sujet du virus, MSF a beaucoup appris au cours de l'année écoulée : de l'amélioration de la conception des centres de prise en charge d'Ebola à l'élaboration de protocoles pour les soins aux femmes enceintes et aux enfants. Avant cette épidémie, nous pensions que les femmes enceintes étaient systématiquement condamnées lorsqu'elles contractaient le virus. Aujourd'hui, grâce à des soins spécialisés, certaines sortent guéries des centres de MSF.

Au cours des douze derniers mois, les équipes de MSF ont été confrontées à des conflits de priorités, elles ont dû faire des choix difficiles en l'absence d'un traitement et face à une pénurie de ressources. Comme dans tout programme de MSF, les équipes ont dû surmonter des défis opérationnels et médicaux et ont connu des succès et des échecs, qui font actuellement l'objet d'une évaluation complète. MSF a d'ores et déjà tiré un premier enseignement de la crise : nous aurions dû mobiliser plus tôt davantage de ressources humaines au niveau de toute notre organisation.

L'épidémie sévit toujours

Début 2015, face à la diminution progressive du nombre de cas, d'aucuns ont commencé à émettre l'hypothèse d'une fin prochaine de l'épidémie. Au Libéria, le compte à rebours vers le « zéro cas » a commencé, puisqu'aucune nouvelle contamination n'a été signalée depuis le début du mois de mars. Toutefois, le nombre total de cas dans la région fluctue toujours et aucun recul important n'a été enregistré depuis la fin janvier.

Alors que les organisations sont plus nombreuses sur le terrain et qu'il y a suffisamment de lits pour les patients souffrant d'Ebola, les équipes de MSF continuent de gérer des centres et peuvent aussi à présent s'employer à combler les lacunes au niveau des activités de proximité, comme la surveillance, la recherche des contacts et la mobilisation sociale.

La fin de l'épidémie d'Ebola ne pourra être déclarée qu'au terme d'une période de 42 jours sans nouveau malade. Les équipes médicales doivent absolument faire preuve de persévérance et de ténacité et gagner la confiance et la coopération positive des communautés touchées. Il faut également élaborer un plan pratique pour soutenir la recherche et le développement de vaccins, de traitements et d'outils de diagnostic.

Cet arsenal « anti Ebola » sera essentiel pour protéger la région contre une résurgence prochaine ou future d'épidémies similaires.

Rétablir les services de santé en Guinée, en Sierra Leone et au Libéria

Ebola a été un véritable traumatisme : la population ne fait plus confiance aux centres de santé, le personnel médical est démoralisé et a peur de retourner au travail, les communautés sont endeuillées, appauvries et suspicieuses.

Près de 500 travailleurs de la santé sont morts au cours de cette épidémie, un coup dur pour ces trois pays qui connaissaient déjà une grave pénurie de personnel soignant avant la crise d'Ebola.

La relance des services de santé de base est urgente. Des enfants n'ont pas été vaccinés, des patients séropositifs ont interrompu leur traitement et des femmes enceintes ont besoin d'un endroit où accoucher en toute sécurité.

Toutefois, rétablir les systèmes de santé à leur niveau d'avant Ebola ne sera pas suffisant. Il faut absolument remédier à leurs défauts et faiblesses sous-jacents. Il est indispensable d'améliorer l'accès aux services de santé et la qualité de ces derniers pour permettre une détection précoce des futures épidémies d'Ebola et d'autres maladies infectieuses, ainsi qu'une réponse plus efficace. En toute logique, si l'on applique des stratégies et approches similaires, on ne peut pas s'attendre à de meilleurs résultats.

Le risque de ne pas tirer d'enseignements

Après toute urgence humanitaire à grande échelle, il y a toujours l'espoir que des enseignements seront tirés, même si ce discours destiné à nous donner bonne conscience est rarement suffisant.

« Pendant des mois, le personnel mal équipé des autorités sanitaires nationales et les volontaires de quelques organisations humanitaires privées ont assumé la majorité des soins aux patients. Ce qui était tout à fait anormal et injustifié », affirme le Dr. Liu.

Les autorités sanitaires guinéennes, libériennes et sierra-léonaises disposent désormais des compétences nécessaires pour détecter, étudier et prendre en charge Ebola. Des laboratoires ont été créés dans les capitales. Mais, au-delà de ces moyens, une certaine volonté politique est essentielle pour mettre ces connaissances en pratique.

Davantage d'organisations humanitaires ont été formées à la prise en charge d'Ebola par MSF, l'OMS et le CDC. Ces connaissances ont été partagées, mais elles risquent d'être peu utiles si elles ne sont pas immédiatement déployées dès le début d'une autre épidémie.

« Les systèmes humanitaires et sanitaires mondiaux n'ont toujours pas la flexibilité et la souplesse requises pour assurer une réponse rapide et pratique à l'urgence », déclare le Dr. Liu. « Des enseignements auraient dû être tirés suite à l'épidémie massive de choléra en Haïti il y a quatre ans par exemple, mais cela n'a pas été le cas. »

Bien que le Conseil exécutif de l'OMS ait adopté une résolution visant à mettre en place des réformes en ce qui concerne la réponse aux épidémies et à remédier aux incohérences internes, il est peu probable que des réformes profondes aient lieu du jour au lendemain. En réalité, peu d'États membres ont intérêt à autoriser un organe externe international à répondre à des épidémies sur leur territoire. Néanmoins, il est clair que les États membres doivent s'engager, de manière plus rapide et énergique, à soutenir les pays qui ne sont pas capables de répondre aux épidémies de maladies infectieuses.

Mais ne tirons pas de conclusions trop faciles. Ce serait une erreur d'attribuer l'entière responsabilité du mauvais fonctionnement de la riposte à une seule agence. En fait, Ebola a exposé au grand jour les défaillances historiques du système humanitaire, qui restent d'ordinaire cachées lors de crises sous-médiatisées comme en République Centrafricaine ou au Soudan du Sud.

Dans cette épidémie, les défaillances mondiales ont été brutalement révélées et des milliers de personnes l'ont payé de leur vie. Aujourd'hui, le monde est plus interconnecté que jamais et les dirigeants internationaux ne peuvent fermer les yeux sur les crises sanitaires en espérant qu'elles restent confinées à des pays pauvres et éloignés. Il en va de l'intérêt de tous que des enseignements soient tirés de cette épidémie, que ce soit en ce qui concerne la faiblesse des systèmes de santé dans les pays en développement ou la paralysie et la lenteur de l'aide internationale.

« L'épidémie Ebola a souvent été décrite comme une conjonction parfaite de phénomènes destructeurs : une épidémie transfrontalière dans des pays avec des systèmes de santé publique fragiles, qui n'avaient jamais été confrontés au virus auparavant », conclut Christopher Stokes. « Mais c'est une explication trop facile. Pour que l'épidémie d'Ebola devienne à ce point incontrôlable, il fallait que de nombreuses institutions échouent. Et c'est ce qu'elles ont fait, avec les conséquences tragiques et évitables que l'on connaît. »