

FOCUS

COVID-19



Impacts dans le champ humanitaire

Impacts in the humanitarian field

MAIS ÉGALEMENT...

PERSPECTIVES

Comment environnement
et épidémies sont liés

— p. 8

The link between environment
and epidemics

BUT ALSO...

TRANSITIONS

Localisation de l'aide:
possibles impacts de la Covid-19

— p. 150

Aid localisation: possible impacts
of the Covid-19

TRIBUNE

Le capitalisme est-il le virus ?

— p. 164

Is capitalism the virus?

Alternatives Humanitaires est une revue bilingue (français/anglais) à vocation internationale soutenue par :
Humanitarian Alternatives is an international bilingual review (English/French) supported by:



En collaboration avec un réseau d'universités et d'institutions partenaires qui s'enrichit régulièrement. À ce jour :
In collaboration with a developing network of partner universities and institutes:



Directeur de la publication | *Publication director*
Bernard Michel

Conseil d'orientation | *Steering council*

- Jean-Pierre Bosser • Francis Charhon
- Francis Comte • Yvan Conoir • Emanuela Croce
- Bruno-Georges David • Romain de Vries • Luc Lamprière
- Karine Meaux • Bernard Michel • Benoît Miribel
- Pascal Revault • Jean-Baptiste Richardier • Maria Rubio
- Jean-Christophe Rufin • Philippe Ryfman • Bénédicte Schutz
- Virginie Troit • Joël Weiler

Comité de rédaction | *Editorial board*

- Clara Egger • Vincent Léger • Pierre Gallien
- Stéphanie Stern • Danielle Tan • Sophie Zaccaria

Conseil scientifique | *Scientific council*

- Karl Blanchet • Sophie Brière • Gilles Collard
- Yvan Conoir • Aimé Kouassi Malanhousa
- Houwayda Matta Bou Ramia
- Gautier Pirotte • Dana Popescu-Jourdy • Nathalie Rubio
- Jean-Pierre Veyrenche / Frédéric Meunier

Rédacteur en chef | *Chief editor*

Boris Martin
boris.martin@alternatives-humanitaires.org

Coordination | *Communication*

Audrey Sala
audrey.sala@alternatives-humanitaires.org

Traducteurs | *Translators*

- Michael Angland • Thérèse Benoît • Méline Bernard
- Mandy Duret • Gillian Eaton • Catherine François • Fay Guerry
- Alan Johnson • Juliet Powys • Benjamin Richardier
- Derek Scoins • Naomi Walker

Correction de la version française

| *Correction for the French version*
Catherine Tranchant

Correction de la version anglaise

| *Correction for the English version*
A.D.T. International

Les opinions émises et informations délivrées dans la revue n'engagent que leurs auteurs.
The opinions expressed and information provided in the review are under the sole responsibility of the authors.

ÉDITORIAL | EDITORIAL

L'humanitaire saisi par la Covid-19

Humanitarian aid hit by Covid-19

Boris Martin • Rédacteur en chef/Chief editor

Ce numéro est dédié à notre collègue et ami, Olivier Mouzay, disparu le 6 mai dernier. Merci de lire l'hommage que lui rend, en notre nom à tous, Benoît Miribel (p. 185).

This issue is dedicated to our colleague and friend, Olivier Mouzay, who died on 6 May 2020. Please read the tribute paid to him by Benoît Miribel, on behalf of all of us (p.185).



BORIS
MARTIN

Le monde entier a pour le moins été « saisi » par la pandémie de la Covid-19¹. Et le « petit » monde humanitaire n'y a pas échappé. Sans doute a-t-il d'ailleurs été le moins surpris par cette déflagration, même s'il tente encore d'en mesurer tous les dommages directs et collatéraux. C'est tout le sens de ce numéro qui, dans l'urgence ainsi provoquée, nous a amenés à revoir notre programme de publication.

Faut-il parler d'ironie dans une crise aussi grave ? En février 2016, nous consacrons notre tout premier numéro à l'épidémie d'Ebola ayant sévi en Afrique de l'Ouest en 2014 et 2015². Tirant les enseignements de cette crise (qui allait perdurer jusqu'au début de l'année 2016, avant de déclarer de nouveaux foyers en 2018 en République démocratique du Congo), tous les auteurs convergeaient pour alerter sur les perspectives qui s'ouvraient. Les épidémiologistes Michael Edelstein et David L. Heymann affirmaient : « Ces questions requièrent une réponse urgente avant l'émergence de la prochaine crise sanitaire mondiale. » Jean-François Delfraissy (actuel président du conseil scientifique sur la Covid-19 en France) et Benoît Miribel (cofondateur de la revue *Alternatives Humanitaires*) prévenaient : « La question de la responsabilité des gouvernements et des ministères face aux enjeux de santé publique doit être suivie de près afin d'inciter et encourager les responsables politiques à prendre les mesures de protection des populations dont ils ont la charge. La vulnérabilité sanitaire des pays dépourvus de système de santé concerne aussi les pays développés car ils peuvent se retrouver à tout moment exposés à des pathogènes émergents ou ré-émergents ». En 2018, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) innovait en plaçant dans sa liste des pathologies

The entire world has, to say the least, been "gripped" by the Covid-19 pandemic, and the "little" humanitarian world has not escaped. It was undoubtedly less surprised by this explosion, even though it is still trying to measure all the related direct and collateral damage. This is what this entire issue is about, since the resulting emergency led us to review our publication programme.

Should irony be mentioned in such a serious crisis? In February 2016, we dedicated our very first issue to the Ebola epidemic that raged in West Africa in 2014 and 2015¹. Learning the lessons from this crisis (which was to continue into early 2016, before gaining new ground in the Democratic Republic of Congo in 2018), all the authors converged to warn of the emerging expectations. The epidemiologists Michael Edelstein and David L. Heymann declared that "these questions need urgent answers before the emergence of the next global health crisis". Jean-François Delfraissy (the current President of France's Scientific Council on Covid-19) and Benoît Miribel (Co-founder of the *Humanitarian Alternatives* review) warned that: "The issue of the responsibility of governments and ministries that are confronted with public health challenges must be closely examined so that political leaders have incentive and are encouraged to take measures to protect the populations under their responsibility. The health risk of countries lacking health systems is also of concern for developed countries since they can at any time be exposed to emerging or re-emerging pathogens". In 2018, the World Health Organization (WHO) broke new ground by including "disease X" in its list of pathologies likely to represent an international threat – alongside Ebola, Zika and two coronaviruses, MERS and SARS. The WHO stated that this pathology was "included on the list not to terrify us, but to ensure

— 1. Comme expliqué à la fin de cet éditorial, nous avons fait le choix dans ce numéro de donner le genre féminin à cette Covid-19.

— 2. *Alternatives Humanitaires*, « Ebola : la fin du cauchemar ? », numéro inaugural, février 2016, <http://alternatives-humanitaires.org/fr/numero-inaugural-fevrier-2016>

— 1. *Humanitarian Alternatives*, "Ebola: the end of the nightmare?", Inaugural issue, February 2016, <http://alternatives-humanitaires.org/en/category/focus-en/ebola-the-end-of-the-nightmare>

pouvant représenter un danger international – à côté d’Ebola, de Zika ou de deux coronavirus, le MERS et le SRAS – la « maladie X » : cette pathologie a « été incluse dans la liste, non pour terrifier, mais pour veiller à ce que la communauté internationale en santé soit prête à s’attaquer à toutes les formes de menaces, prévisibles et imprévisibles », déclarait alors l’OMS. Depuis le 31 décembre 2019, date de la découverte des premiers cas d’une maladie infectieuse en Chine, ce sont 188 pays dans le monde qui sont touchés par la Covid-19, avec plus de 13 millions de cas confirmés et plus de 570 000 morts (au 14 juillet 2020)³. Quasiment la moitié de la population mondiale a été peu ou prou confinée, à divers degrés, avant que l’étau ne se desserre.

En intégrant au mieux les contraintes de temps et d’évolution de la pandémie de la Covid-19 à l’échelle mondiale, il s’agit dans ce numéro spécial de notre revue d’appréhender les enjeux qu’a soulevés – et soulève encore – la Covid-19 dans le champ humanitaire, en anticipant ceux qui vont se faire jour d’ici la sortie d’un second numéro spécial en novembre. Il convient d’abord de comprendre les origines et causes de cette pandémie, les enseignements des pandémies passées (y compris ceux qui n’ont pas été suivis d’effets) dans lesquelles les humanitaires ont souvent été en première ligne et de mettre en lumière ce qu’il faut impérativement encourager, à savoir une nécessaire solidarité internationale, au-delà des huis clos nationaux que cette crise a trop souvent créés.

Il nous fallait donc comprendre comment la Covid-19 s’inscrit dans la longue liste des épidémies passées et actuelles, ce que le savoir épidémiologique accumulé au fil de ces épidémies permet d’élaborer et les enseignements des interventions humanitaires en contexte épidémique. Les textes de Jean Freney, de Stéphanie Maltais et de François

that the global health community builds the resilience and capacity needed to tackle all threats – not just the predictable ones”. Since 31 December, when the first cases of an infectious disease were detected in China, 188 countries worldwide have been affected by Covid-19, with more than 13,000,000 confirmed cases and more than 570 000 deaths (at 14 July)². Almost half the global population were in varying degrees of lockdown before the disease started to ease.

While incorporating the global time and evolution constraints of the Covid-19 pandemic, this special issue of our review aims to understand both the existing and still-emerging challenges of Covid-19 in the humanitarian field, especially those which may arise between now and the publication of a second special issue in November. Firstly, it is important to understand the origins and causes of this pandemic and the lessons to be learned from past pandemics (including those which had no lasting effects), where humanitarian workers have often been on the frontline. Then, what needs to be encouraged must be highlighted, which is a necessary international solidarity, beyond the closed national doors that this crisis has all too often created.

We needed to understand how Covid-19 fits into the long list of past and current epidemics and what the epidemiological knowledge, accumulated over the course of such epidemics, can be used to develop and the lessons from humanitarian interventions in epidemic situations. The texts by Jean Freney, Stéphanie Maltais and François Grünewald look at this and the interview with Robert Sebbag continues the discussion on our website* by reflecting on the parallel with the HIV/AIDS pandemic³.

— 2. Johns Hopkins University tracker, <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

— 3. Robert Sebbag, « Il y a eu une véritable solidarité de la peur » (only available in French): <http://alternatives-humanitaires.org/fr/2020/06/12/il-y-a-eu-une-veritable-solidarite-de-la-peur>

— 3. Tableau de suivi de Johns Hopkins University, <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

Grünewald s'y emploient. Et l'interview de Robert Sebbag prolonge la réflexion sur notre site internet* en évoquant le parallèle avec la pandémie du VIH-sida⁴.

Nous verrons aussi quel rôle les ONG ont pu jouer dans leurs pays respectifs comme à l'étranger en dépit de leurs propres contraintes (personnels confinés, transports réduits...) et quels enseignements elles retirent déjà de cette crise. L'article de Chloé Cébron, Shelley-Rose Hyppolite et Nadja Pollaert de Médecins du Monde Canada s'y attelle en mettant en avant le nécessaire travail communautaire, tandis que celui de Miriam Kasztura et Françoise Duroch de Médecins Sans Frontières Suisse revient sur les défis moraux auxquels ont été confrontées les équipes de MSF. L'article de Michiel Hofman aborde une problématique largement sous-déterminée (l'impact de la Covid-19 dans les zones de guerre), tout comme Dominique Kerouedan le fait pour les demandeurs d'asile en France (sur notre site également⁵).

Essentielle à la compréhension et à la prise en charge de cette crise, l'analyse des chercheurs avait bien évidemment sa place dans ce dossier. Qu'il s'agisse de mieux comprendre la « réception » et les représentations de la pandémie en Afrique, comme le font les anthropologues Yannick Jaffré, Fatoumata Hane et Hélène Kane. Ou qu'il soit question de prendre la mesure des enjeux humanitaires et des outils mobilisables comme le font Karl Blanchet et Alex Odlum du Centre d'enseignement et de recherche en action humanitaire (CERAH).

À ces regards croisés, il fallait ajouter des mises en perspective. Celle de Norah Niland, disséquant la « métaphore guer-

We will also see what role non-governmental organisations (NGOs) have been able to play in their respective countries and abroad despite their own constraints such as personnel in lockdown, reduced transport, etc. and what lessons they have already learned from this crisis. The article by Chloé Cébron, Shelley-Rose Hyppolite and Nadja Pollaert from Doctors of the World Canada addresses this by highlighting the necessary community work. Meanwhile, the article by Miriam Kasztura and Françoise Duroch from *Médecins Sans Frontières* Switzerland reflects on the moral challenges faced by the MSF teams. Michiel Hofman's article addresses a largely under-determined issue (the impact of Covid-19 in war zones), just as Dominique Kerouedan does for asylum seekers in France (also on our website⁴).

Essential to understanding and managing this crisis, the analysis by researchers obviously had a place in this dossier. Whether related to gaining a better understanding of the "reception" and the representations of the pandemic in Africa, as presented by anthropologists Yannick Jaffré, Fatoumata Hane and Hélène Kane, or evaluating the humanitarian issues and the available tools as in the article by Karl Blanchet and Alex Odlum from the Centre for Education and Research in Humanitarian Action (CERAH).

These differing insights had to be put into perspective. The article by Norah Niland exploring the "war metaphor" used broadly in this unprecedented crisis, and that by Anna Khakke questioning its political and humanitarian nature are signs of the more global considerations that we will have to draw from this pandemic.

— 4. Robert Sebbag, « Il y a eu une véritable solidarité de la peur », <http://alternatives-humanitaires.org/fr/2020/06/12/il-y-a-eu-une-veritable-solidarite-de-la-peur>

— 5. Dominique Kerouedan, « La demande d'asile dans le contexte de l'état d'urgence sanitaire en période d'épidémie de la Covid-19 en France », <http://alternatives-humanitaires.org/fr/2020/06/17/la-demande-dasile-dans-le-contexte-de-letat-durgence-sanitaire-en-période-depidemie-de-covid-19-en-france>

— 4. Dominique Kerouedan, « La demande d'asile dans le contexte de l'état d'urgence sanitaire en période d'épidémie de la Covid-19 en France » (only available in French), <http://alternatives-humanitaires.org/fr/2020/06/17/la-demande-dasile-dans-le-contexte-de-letat-durgence-sanitaire-en-période-depidemie-de-covid-19-en-france>

rière » largement à l'œuvre dans cette crise inédite et celle d'Anna Khakke, interrogeant la nature autant politique qu'humanitaire de cette dernière, annoncent déjà les réflexions plus globales qu'il nous faudra tirer de cette pandémie.

Et si elles referment ce dossier, ces contributions n'épuisent pas les sujets collatéraux, mais bien essentiels, qui viennent le nourrir. Des liens désormais évidents entre cette pandémie et l'environnement qu'aborde Jean-François Mattei à la critique du néolibéralisme que dessinent Alain Caillé et Bertrand Livinec, en passant par la possible réactivation de la localisation de l'aide que pressentent Martin Vielajus et Jean-Martial Bonis-Charancle, on mesure les chantiers que ce virus « en forme de couronne » a ouverts. Comme s'il avait décidé d'encercler l'humanité dans ses propres contradictions, dont il lui faudra bien sortir.

* Face à la richesse des réactions qu'a provoqué cette crise, nous avons ouvert notre site – encore plus largement que d'habitude – à des contributions qui ne pouvaient trouver leur place dans l'espace restreint de cette publication : le lecteur y trouvera profusion de textes, interviews et ressources bibliographiques relatifs aux impacts de la Covid-19 dans le champ humanitaire. D'autres viendront régulièrement nourrir notre site jusqu'à notre second dossier consacré au même thème, en novembre prochain.

La Covid-19 : question de genre

Pour uniformiser le genre accolé au virus qui nous intéresse ici, nous nous sommes rangés à l'avis de l'Académie française (www.academie-francaise.fr/le-covid-19-ou-la-covid-19). Considérant que « les sigles et acronymes ont le genre du nom qui constitue le noyau du syntagme dont ils sont une abréviation », les Immortels ont en effet opté pour le genre féminin puisque le noyau de « corona virus disease » [disease] « est un équivalent du nom français féminin maladie ». Cette règle ne s'applique pas dans le cas de citations ou de références bibliographiques qui auraient employé le masculin.

While they close this dossier, these contributions do not exhaust the collateral, yet vital subjects, which fuel it. From the now obvious links between this pandemic and the environment discussed by Jean-François Mattei to the criticism of neoliberalism outlined by Alain Caillé and Bertrand Livinec and the possible reactivation of aid localisation foreseen by Martin Vielajus and Jean-Martial Bonis-Charancle, we measure the disaster that this "corona" virus has unleashed. As if it had decided to surround humanity in its own inconsistencies, from which it really needs to escape.

* Faced with the wealth of reactions caused by this crisis, we have opened our website – even more broadly than usual – to contributions that could not find their place in the limited space of this publication. On our website the reader will therefore find an abundance of texts, interviews and bibliographic resources relating to the impact of Covid-19 in the humanitarian field. Others will be added regularly until our second issue dedicated to the same topic, next November.

PERSPECTIVES





PERSPECTIVES

Les changements de notre environnement et les épidémies sont liés à l'action de l'homme

Changes in our environment and epidemics are linked to human activity

Entretien avec *Jean-François Mattei*, président de l'Académie nationale de médecine, ancien président de la Croix-Rouge française, membre de l'Institut de France (Académie des sciences morales et politiques), ancien ministre de la Santé



La crise sanitaire mondiale due à l'épidémie de la Covid-19 confirme que la plupart des épidémies modernes sont liées à la transmission interspécifique de virus entre la faune sauvage et l'être humain. Selon Jean-François Mattei, puisqu'elles sont la conséquence du déséquilibre causé par l'homme d'écosystèmes jusque-là préservés, il est urgent de considérer qu'environnement et santé humaine sont indissociablement liés.

The global health crisis caused by the coronavirus epidemic has confirmed that most modern epidemics are caused by cross-species virus transmission between wildlife and humans. According to Jean-François Mattei, since epidemics are the result of the imbalance caused by humankind to ecosystems which had been preserved until now, there is an urgent need to consider the environment and human health as being inextricably linked.



JEAN-FRANÇOIS
MATTEI

Alternatives Humanitaires – Comment avons-nous pu ignorer toutes les alertes scientifiques qui évoquaient depuis longtemps le risque d'une nouvelle pandémie ?

Jean-François Mattei – Depuis quelques années, nourris des progrès incroyables d'une révolution scientifique inédite, nous échafaudions des projets à la mesure de nos ambitions. La génétique, l'intelligence artificielle, les algorithmes et bien d'autres techniques étaient convoqués. Nous discussions de l'homme augmenté que le génie moléculaire semblait mettre à notre portée, un homme amélioré dans ses performances et qualités, un homme inaltérable promis à l'immortalité. Nous imaginions déjà un posthumanisme annoncé, dans un monde réinventé, élargi à d'autres planètes enfin conquises. La Terre nous semblait trop étriquée, devenue presque un village dont on pouvait faire le tour en moins de trente-six heures. Un sentiment de puissance inégalé nous habitait. Lorsque, venu d'Asie, un virus s'est posé en rival, encore plus ambitieux que nous.

Le nouveau coronavirus envahissait la planète, semant l'angoisse et le désarroi, provoquant d'innombrables malades et des morts par centaines de milliers. Désarmés, nous constatons que nous étions démunis, sans vaccin ni traitement avéré à lui opposer. Pourtant, lors d'études sur le bioterrorisme, le risque de pandémie avait été identifié très en amont¹. Puis, dans le Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale de 2008, la notion de pandémie fait son apparition et sera répétée chaque année avec plus d'insistance². Mais aucune suite n'a

— 1. Rapport du professeur Didier Raoult sur le bioterrorisme remis au ministre de la Santé et à la ministre de la Recherche le 17 juin 2003.

— 2. Livre blanc de 2008 sur la défense et la sécurité : « Sur les quinze années à venir, l'apparition d'une pandémie est plausible. Quelle qu'en soit l'origine (naturelle ou malveillante), le traitement de ses conséquences serait identique, du point de vue de la protection de la population. La cinétique d'une pandémie à forte contagion et à forte létalité s'étendrait sur une durée de quelques semaines à quelques mois, en plusieurs vagues, qui seraient elles-mêmes espacées. Par son ampleur, sa durée,

Humanitarian Alternatives – How were we able to ignore all the scientific warnings which had for so long been raising the spectre of a new pandemic?

Jean-François Mattei – For several years, fuelled by the incredible progress of an unprecedented scientific revolution, we have been devising projects to match our ambitions. Genetics, artificial intelligence, algorithms and an array of other techniques have been on the agenda. We were discussing human enhancement, which molecular engineering seemed to be bringing within reach; humans whose performance and qualities would be enhanced, an indestructible human who would be immortal. We were already imagining a much-heralded posthumanism, in a reinvented world extending to other planets, finally conquered. The world seemed too small to us and had practically become a village which could be traversed in under thirty-six hours. We were possessed by a feeling of unrivalled power before a virus from Asia came along, a rival that would prove even more ambitious than us.

The new coronavirus invaded the planet, sowing anguish and consternation, causing countless people to fall ill and hundreds of thousands to die. Disconcerted, we realised that we were defenceless against it. We had no vaccines or proven treatments that could be used to combat it. However, the risk of a pandemic had been identified very early on in studies on bioterrorism¹. Subsequently, the concept of pandemic appeared in the *Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale de 2008* [2008 White Paper on Defence and National Security] with greater emphasis being placed on it every year². However, the

— 1. Report on bioterrorism by Professor Didier Raoult submitted to the Minister of Health and Minister of Research on 17 June 2003.

— 2. 2008 White Paper on Defence and Security: "Over the next fifteen years, the emergence of a pandemic is plausible. Whatever its origin, natural or malicious, the methods for dealing with its consequences will be identical from the point of view of protecting the population. The kinetics of a highly-contagious and highly-lethal pandemic would extend over a period of several weeks to several months, in a series

jamais été donnée aux préconisations suggérées, confirmant que la prévention et l'anticipation ne sont pas la priorité de notre système de santé³. Tout nous manquait donc pour livrer la bataille, à l'exception de l'engagement sans faille des femmes et des hommes qui ont fait profession de lutter contre la maladie en toutes circonstances. Le coronavirus nous rappelait à la réalité. Loin de la fierté de nos savoirs et de nos technologies, nous nous découvrions ignorants autant qu'impuissants, il nous fallait lutter à mains nues. Sous nos yeux, le monde se révélait différent tandis que la mort menaçait.

A. H. – L'évolution de notre environnement aurait pourtant dû nous alerter...

J.-F. M. – À l'évidence, mais nous n'avions pas voulu la voir et nous refusions d'y croire. Pourtant, la nature sauvage se repliait devant la croissance démographique. Le surgissement continu des mégapoles avec leurs prolongements routiers et les chantiers industriels entraînait des mouvements incessants de population. Quant au réchauffement climatique, beaucoup s'accordaient à penser qu'il serait temps d'aviser le moment venu, car seul comptait l'instant présent. Même les canicules meurtrières ne modifiaient guère la voie tracée. Rien n'y faisait, car la course en avant ne pouvait être freinée. Confiants dans notre intelligence, nous étions persuadés de trouver la parade quand ce serait nécessaire. Nous étions aveugles à cette promesse du soir, à cette fin annoncée.

son extension géographique, son caractère indiscriminé, une telle crise est de nature à remettre en cause le fonctionnement normal de la vie nationale et des institutions. » Ce Livre blanc attire l'attention sur l'orientation du système de veille et d'alerte sanitaires, un effort continu de recherche, de développement et de production de produits de traitement, la planification de la vie nationale en situation de pandémie, la sensibilisation précoce de la population, la formation des intervenants et leur entraînement par des exercices, la constitution de stocks nationaux correspondant aux principaux risques sanitaires, enfin une contribution à l'action des agences internationales compétentes. En cas de déclenchement de la pandémie, il s'agit d'empêcher que la crise sanitaire ne dégénère en crise humanitaire, économique, sécuritaire, voire institutionnelle...

— 3. Jean-François Mattei, *Santé. Le grand bouleversement*, Les Liens qui Libèrent, 2020.

suggested recommendations were never acted upon, confirming that our health system does not prioritise prevention and forward planning³. We therefore lacked everything needed to fight the battle, apart from the unwavering commitment of the men and women who have made it their job to combat the disease in all circumstances. Coronavirus has brought us back down to earth with a bump. Far from a sense of pride about our knowledge and technology, we have discovered that we were both ignorant and powerless, and we have had to fight for our lives. Before our very eyes, the world turned out to be different as death loomed over us.

H. A. – Nevertheless, changes to the environment should have alerted us to what was happening...

J.-F. M. – Obviously, but we didn't want to see them and we refused to believe them. Yet, the wilderness was retreating in the face of demographic growth. The continuous emergence of megacities with their road extensions and industri-

« Loin de la fierté de nos savoirs et de nos technologies, nous nous découvrions ignorants autant qu'impuissants. »

“Far from a sense of pride about our knowledge and technology, we have discovered that we were both ignorant and powerless”

of waves spaced over time. By virtue of its scale, duration, geographical extent and indiscriminate nature, such a crisis is likely to jeopardise the normal functioning of the country and its institutions.” This white paper raises awareness about targeting the health monitoring and warning system on the threat, ongoing investments in research, development and production of potential treatments, contingency planning for national life under a pandemic, raising early awareness in the general population, training and exercises for response teams, setting up national stockpiles to meet the main health threats and, lastly, contributing to the action of competent international agencies. In the event of an outbreak of pandemic disease, the aim would be to prevent a health crisis degenerating into a humanitarian, economic, security or even institutional crisis...

— 3. Jean-François Mattei, *Santé. Le grand bouleversement*, Les Liens qui Libèrent, 2020.

Quelques observateurs avaient commencé d'alerter. Une jeune génération posait son regard inquiet sur le monde, car il s'agissait de son avenir. Elle réalisa que son environnement était menacé si l'alerte n'était pas comprise et si rien n'était entrepris dans les plus brefs délais. Ces lanceurs d'alertes réclamaient la mobilisation générale, car l'enjeu était vital.

A. H. – *Quelle est notre part de responsabilité dans la propagation de l'épidémie ?*

J.-F. M. – L'histoire des épidémies et des pandémies démontre qu'elles résultent le plus souvent de la responsabilité de l'homme. En détruisant par leurs incursions répétées les écosystèmes jusque-là préservés, les humains sont allés au contact de la faune sauvage. Dans les faits, ces animaux, à la fois réservoirs et transmetteurs de virus, sont à l'origine de la plupart des maladies infectieuses émergentes. Par exemple, les chauves-souris sont connues pour héberger quantité de virus, elles sont le réservoir des coronavirus et, pour certaines, du virus Ebola. La transmission à l'homme peut se faire de différentes façons, notamment par la chasse et les marchés alimentaires où se vend de la viande d'animaux sauvages. La civette fut identifiée comme le vecteur intermédiaire de l'épidémie du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2002-2003, tandis que le pangolin est soupçonné pour la Covid-19. Déjà, le chimpanzé avait été mis en cause pour la transmission à l'homme du VIH-sida. Une importante population de virus circule en permanence et, un jour ou l'autre, elle se manifeste lorsque la transmission virale franchit la barrière des espèces du fait de contacts nouveaux entre humains et animaux. Les virus contaminent alors l'homme, s'y reproduisent et provoquent une maladie qui peut être grave telle que la Covid-19, après le SRAS et le syndrome respiratoire aigu du Moyen-Orient (MERS-CoV, 2003). Des travaux existent depuis des années sur les agents pathogènes présents chez les animaux du monde entier et susceptibles

al sites was leading to constant population movements. As for global warming, many people shared the view that decisions should be made in due course because only the present mattered. Even the deadly heatwaves barely resulted in a change of course. Nothing changed because the forward march of progress could not be slowed. Confident in our intelligence, we were talked into finding the solution only when it was necessary. We were blind to this promise of darker times, to this forecasted end.

Some observers had started to sound the alarm. The younger generation looked worriedly at the world because their future was in jeopardy. This generation realised that their environment was under threat if the warning was not heeded and if action was not taken as quickly as possible. These climate change whistleblowers called for widespread mobilisation because there was a lot at stake.

H. A. – *What share of the responsibility should we take for spreading the epidemic ?*

J.-F. M. – The history of epidemics and pandemics shows that in most cases they are caused by humans. Humans have come into contact with wildlife because their repeated incursions have destroyed ecosystems that were once preserved. In fact, wild animals are both virus reservoirs and transmitters and the source of most emerging infectious diseases. For instance, bats are known to harbour a number of viruses and are reservoirs of coronavirus and in some cases, Ebola. Transmission to humans can take various forms, notably via hunting and at food markets where wild animal meat is sold. Civet cats were identified as being the intermediate vector in the SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) epidemic in 2002-2003, while pangolins are suspected for Covid-19. In the past, chimpanzees were thought to have transmitted HIV-AIDS to humans. A significant virus population is constantly in circulation and, at some point, it manifests itself when viral transmission crosses the species barrier because of new contact

de contaminer l'homme⁴. Ils ont montré que les transmissions inter-espèces sont deux à trois plus fréquentes qu'elles ne l'étaient il y a quarante ans, en raison de la plus grande proximité entre humains et animaux. De tels travaux soulignaient qu'une pandémie était prévisible, mais ils n'ont pas suscité l'intérêt et les réactions nécessaires. C'est la mauvaise compréhension des menaces virales dans leur diversité qui explique que nous soyons démunis face aux maladies qu'elles provoquent. La responsabilité de l'homme ne s'arrête pas là, car l'élevage d'animaux domestiques est aussi à l'origine de telles contaminations. L'explosion démographique a créé de nouveaux besoins alimentaires et suscité des conditions industrielles d'élevage d'animaux domestiques qui s'écartent des processus naturels et peuvent aussi provoquer des zoonoses transmissibles à l'homme. Par exemple, le virus H5N1 de la grippe aviaire survenant chez les volailles est pathogène pour l'homme et l'apparition d'une forme transmissible d'homme à homme serait la porte ouverte à une pandémie. De même, l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) provoquée par un prion a pu se transmettre à l'homme et provoquer un tableau neurologique grave⁵. Les zoonoses constituent donc un problème émergent dont les dangers n'ont pas été suffisamment perçus. Il serait temps de réaliser que désormais une épidémie, ou même une pandémie, survient environ tous les trois ans et qu'il faut s'y préparer. L'anticipation conditionne l'efficacité de la réaction.

Il en va de même avec le réchauffement climatique dont les effets sur la santé des humains sont évidents. Le « moustique tigre » (*Aedes albopictus*) responsable du chikungunya s'installe et se développe désormais dans le Sud de l'Europe, tout comme les moustiques res-

« Il serait temps de réaliser que désormais une épidémie, ou même une pandémie, survient environ tous les trois ans et qu'il faut s'y préparer. »

"It is time that we realised that an epidemic or even a pandemic is now occurring about every three years and we need to be prepared for it."

between humans and animals. The virus then infects humans, reproduces and causes a disease, which may be serious such as Covid-19, after SARS and Middle East respiratory syndrome (MERS-CoV, 2003). Research has been going on for years into the pathogens found in animals around the world that are likely to infect humans⁴. Such research has found that cross-species transmission is two to three times more frequent than forty years ago because of increased proximity between humans and animals. This sort of research highlighted that a pandemic was foreseeable but did not generate the necessary interest or response. Indeed, a flawed understanding of the diversity of viral threats explains why we are defenceless against the diseases that they cause. Humankind's responsibility does not end there because the farming of domestic animals is another source of such infections. The population explosion has created new food needs and has led to domestic animals being farmed in industrial conditions far removed from the natural processes, which can also cause zoonotic diseases that can be transmitted to humans. For example, avian influenza virus H5N1 occurs in birds and is pathogenic for humans. The emergence of a form that can be transmitted from person to person would open the door to a pandemic. Similarly, Bovine spongiform encephalopathy (BSE) caused by a prion (misfolded protein) spread to humans and caused a serious neurological condi-

— 4. Dennis Carroll *et al.*, "The Global Virome Project", *Science*, vol. 359, issue 6378, 23 February 2018, pp. 872-874.

— 5. Jean-François Mattei (rapporteur), *De la « vache folle » à la « vache émissaire »*, Assemblée nationale, rapport n° 3291, 1997.

— 4. Dennis Carroll *et al.*, "The Global Virome Project", *Science*, vol. 359, issue 6378, 23 February 2018, pp. 872-874.

ponsables du paludisme, de la dengue ou de Zika qui étendent leur présence à de nouvelles zones aux températures plus accueillantes⁶. À l'évidence, les changements de notre environnement et les épidémies sont liés à l'action de l'homme.

A. H. – *La propagation de l'épidémie nous a obligés à penser au « monde d'après ». Selon vous, quelles doivent être les mesures individuelles et collectives à prendre pour éviter qu'une telle crise sanitaire ne se reproduise ?*

J.-F. M. – Les liens entre pandémies et modifications de l'environnement devraient nous conduire à modifier notre façon de vivre en redéfinissant nos valeurs d'humanité. La première est à l'évidence la valeur de solidarité. Or force est de constater qu'aucun dialogue mondial n'avait été engagé sur le danger pandémique, alors même qu'il s'agit par définition d'un événement mondial qu'il faut affronter ensemble lorsqu'il survient. D'autant que si les épidémies frappent partout dans le monde, elles révèlent aussi des inégalités considérables entre les pays. Les systèmes de santé sont parfois fragiles et peuvent s'effondrer sous le choc, comme l'a montré l'épidémie due au virus Ebola dans certains pays africains en 2014. Une chose est d'avoir un système de santé et une couverture sociale propres à chaque pays, mais il devrait en aller tout autrement lorsqu'il s'agit de définir une stratégie commune pour endiguer une pandémie, car les bactéries comme les virus ne connaissent pas les frontières. Un signe encourageant serait le partage complet des données et expériences des pays touchés par la Covid-19 qui seul permettrait de tirer toutes les leçons ensemble. Chacun comprend que l'enjeu est vital.

Bien qu'il soit difficile de prédire l'avenir, certains affirment que rien ne sera plus jamais comme avant. De fait, ce pourrait

tion⁵. Zoonotic diseases are therefore an emerging problem the dangers of which have not been sufficiently understood. It is time that we realised that an epidemic or even a pandemic is now occurring about every three years and we need to be prepared for it. Forward planning determines the effectiveness of the response.

The same applies to global warming which has clear effects on human health. Tiger mosquitoes (*Aedes albopictus*), the source of Chikungunya, are becoming established and developing in Southern Europe, just like the mosquitoes responsible for malaria, Dengue fever and Zika virus, which are extending their range to new areas with more accommodating temperatures⁶. Obviously, changes in our environment and epidemics are linked to human activity.

H. A. – *The spread of the epidemic has forced us to think about the "post-coronavirus world". In your opinion, what individual and collective measures need to be taken to prevent this sort of health crisis from happening again?*

J.-F. M. – The links between pandemics and environmental changes should lead us to change our lifestyles by redefining our human values. The first value is clearly solidarity. Yet, it is clear that there was no global dialogue about the risk of a pandemic even though pandemics are inherently global events that need to be tackled together when they occur. Although epidemics strike worldwide, they also reveal considerable inequalities between countries. Health systems are sometimes fragile and can collapse under the pressure of an epidemic, as demonstrated by the Ebola epidemic in some African countries in 2014. It is one thing for each country to have its own health and social welfare system, but things should be completely different when defining a common

— 6. David Wallace-Wells, *La Terre inhabitable* (trad. Cécile Leclère), Robert Laffont, 2019.

— 5. Jean-François Mattei (*rapporteur [reporter]*), *De la « vache folle » à la « vache émissaire »*, Assemblée nationale, rapport n° 3291, 1997.

— 6. David Wallace-Wells, *La Terre inhabitable* (transl. Cécile Leclère), Robert Laffont, 2019.

être la fin de la pensée postmoderne fondée sur le temps présent et l'individualisme⁷. La préoccupation environnementale comme le danger pandémique pourraient inverser ces repères et nous conduire à nous engager tous ensemble dans une action durable au service d'objectifs communs. Il s'agit désormais d'une exigence d'humanité. Le respect de l'environnement dans lequel il vit conditionne la santé de l'homme et, pour une grande part, son bonheur de vivre. Il est grand temps de passer aux actes.

strategy to curb a pandemic because bacteria, like viruses, do not respect borders. An encouraging sign would be full sharing of data and experiences by the countries hit by Covid-19 as this alone would enable all the lessons to be learned together. Everyone understands that this is crucial.

While it is difficult to predict the future, some assert that nothing will ever be the same again. Consequently, this could mark the end of post-modern thinking based on the present and individualism⁷. Concern for the environment and the danger of pandemics could reverse these reference points and lead us to work together sustainably to achieve shared goals. This is now a requirement for humanity. Respect for the environment in which humans live determines human health and, to a large extent, the joy of living. It is high time that we take action.

Translated from the French by Gillian Eaton

— 7. Henri Mendras et Laurence Dubois Fresney (coll.), *La Seconde Révolution française (1965-1984)*, Gallimard, coll. « Bibliothèque des Sciences humaines », 1988.

— 7. Henri Mendras et Laurence Dubois Fresney (coll.), *La Seconde Révolution française (1965-1984)*, Gallimard, coll. « Bibliothèque des Sciences humaines », 1988.

Biographie | Biography



JEAN-FRANÇOIS MATTEI

Président de l'Académie nationale de médecine et membre de l'Institut de France (Académie des sciences morales et politiques), ancien ministre de la Santé, le professeur Jean-François Mattei exerce la pédiatrie avant de se consacrer à la génétique médicale. Sa pratique l'a conduit à s'impliquer dans les questions d'éthique biomédicale, ses travaux sont reconnus en France comme à l'étranger. Président de la Croix-Rouge française de 2004 à 2013, il lance en 2013 le Fonds de dotation (devenu fondation) de la Croix-Rouge française qu'il présidera de 2013 à 2017. Il est membre de l'Institut de France depuis 2015 (Académie des sciences morales et politiques) et chevalier de la Légion d'honneur (2004). Il est cofondateur de la revue *Alternatives Humanitaires*.

President of the *Académie nationale de médecine* and a member of the *Institut de France* (*Académie des Sciences Morales et Politiques*) and former Minister of Health, Professor Jean-François Mattei was a Paediatrician before specialising in genetics. His work has led him to be involved in bioethics and he has gained recognition both in France and abroad for his research. He was President of the French Red Cross from 2004 to 2013, and in 2013 he launched the French Red Cross Endowment Fund (now the Foundation), which he headed from 2013 to 2017. He has been a member of the *Institut de France* since 2015 (*Académie des sciences Morales et Politiques*) and was made a Knight of the Legion of Honour in 2004. He is the co-founder of *Humanitarian Alternatives*.

FOCUS

COVID-19





Impacts dans le champ humanitaire

Impacts in the humanitarian field

Comprendre l'histoire, la dynamique et le fonctionnement des épidémies

Understanding the history, dynamics and workings of epidemics

Jean Freney • Microbiologiste,
professeur émérite des universités

D'

où viennent les épidémies, comment se propagent-elles et de quelle manière agissent-elles ? Pour ouvrir ce dossier, il fallait resituer la pandémie de la Covid-19 dans

la longue lignée de celles qui l'ont précédée et mieux comprendre celles qui viendront. Jean Freney s'est attelé de manière magistrale à cet exercice.

Les épidémies récentes de grippe porcine H1N1 et aviaire H5N1, du coronavirus responsable du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), du virus Ebola en Afrique et aujourd'hui de la Covid-19 nous rappellent de manière insistante notre vulnérabilité face aux menaces nouvelles pour la santé humaine et notre incapacité actuelle à prévoir ou à prévenir de tels événements.

Where do epidemics come from, how do they spread, and how do they behave? To answer these questions, and to introduce this issue's theme, it was first deemed necessary to consider Covid-19's place in the long line of previous epidemics and develop a better understanding of those yet to come. Jean Freney has risen superbly to the challenge.

The recent outbreaks of H1N1 swine flu, H5N1 avian flu, the coronavirus responsible for severe acute respiratory syndrome (SARS), the Ebola virus in Africa, and now Covid-19, are a strong reminder of our vulnerability to new threats to human health and of our current inability to predict or prevent such events.

For 99% of his existence, man has been a hunter-gatherer. It is estimated that the population of the world was around



JEAN
FRENEY

Pendant 99 % de son existence, l'homme a été chasseur-cueilleur. On estime que la population mondiale était d'un million d'hominidés il y a 300 000 ans, de 3 millions 25 000 ans avant notre ère, de 5 millions juste avant la révolution agricole il y a 12 000 ans, de 300 millions au début de notre ère. Elle est actuellement de l'ordre de 7,5 milliards d'individus¹.

Entre 200 000 et 15 000 ans avant notre ère, l'espèce humaine s'est répartie sur l'ensemble de la planète suivie par un cortège de parasites, de virus et de bactéries. Certaines maladies devaient exister chez le chasseur-cueilleur comme celles causées par les poux de tête et de corps (typhus des broussailles, fièvre récurrente), les oxyuroses, le pian, la tularémie, la leptospirose et la schistosomiase. Il est probable que les premiers hommes se sont infectés lors de la consommation de carcasses contaminées (toxoplasmose, trichinose), mais également par des blessures infligées par des animaux ou lors de contacts avec des germes telluriques (tétanos). Ils ont certainement été aussi contaminés par des piqûres d'insectes ou des morsures de tiques leur transmettant des infections comme la fièvre jaune ou la dengue. Néanmoins, les infections devaient être rares et peu de maladies infectieuses virulentes étaient en mesure de se maintenir du fait de la taille des groupes sociaux, composés de quelques dizaines d'individus vivant en faible densité sur des territoires importants. Cette situation a peu évolué jusqu'à la survenue de la révolution agricole².

Une brève histoire des épidémies

La révolution agricole constitue un tournant majeur dans l'histoire humaine, car le développement de l'agriculture a permis la sédentarisation et la formation de villages, puis de villes. Elle s'est déroulée entre 10 000 et 2 500 ans av. J.-C. et a débuté au bord du Nil en Égypte et du

one million hominids 300,000 years ago, three million 25,000 years BCE, five million just before the agricultural revolution 12,000 years ago, and 300 million at the beginning of the CE. It currently stands at around 7.5 billion individuals¹.

Between 200,000 and 15,000 years BCE, the human species spread across the globe followed by a cortege of parasites, viruses and bacteria. The hunter-gatherers were almost certainly affected by diseases such as those caused by head and body lice (scrub typhus, relapsing fever), pinworm infections, yaws, tularaemia, leptospirosis and schistosomiasis. It is likely that the first humans became infected by consuming contaminated carcasses (toxoplasmosis, trichinosis), but also through injuries caused by animals or contact with telluric germs (tetanus). They were certainly infected by insect bites or tick bites transmitting infections such as yellow fever and dengue fever. Nevertheless, infections must have been rare, and few virulent infectious diseases were able to survive because of the size of the social groups, composed of a few dozen individuals living in low density across large areas. This situation changed very little until the agricultural revolution².

A brief history of epidemics

The agricultural revolution was a major turning point in human history because the development of agriculture brought settlement and the formation of villages and then towns. It occurred between 10,000 and 2,500 BC and began on the banks of the Nile in Egypt and the Tigris and Euphrates in Mesopotamia, together forming the Fertile Crescent. It then developed independently in several parts of the globe along the great rivers such as the Ganges, the Indus and the Yellow River.

— 1. Norbert Gualde, *Comprendre les épidémies. La coévolution des microbes et des hommes*, Le Seuil, 2006.

— 2. Serge Morand, *La prochaine peste. Une histoire globale des maladies infectieuses*, Fayard, 2016.

— 1. Norbert Gualde, *Comprendre les épidémies. La coévolution des microbes et des hommes*, Paris, Le Seuil, 2006.

— 2. Serge Morand, *La prochaine peste. Une histoire globale des maladies infectieuses*, Paris, Fayard, 2016.

Tigre et de l'Euphrate en Mésopotamie formant le Croissant fertile. Ce phénomène s'est développé ensuite indépendamment dans plusieurs régions du globe, le long des grands fleuves comme le Gange, l'Indus et le fleuve Jaune.

Les principales maladies infectieuses des zones tempérées semblent être apparues en très grande majorité dans l'Ancien Monde (Afrique, Asie et Europe), souvent à partir de micro-organismes (bactéries, virus, parasites) hébergés par de grands mammifères domestiqués qui, à la suite de mutations, se sont adaptés à l'homme en lui transmettant de nombreux agents infectieux (Tableau 1). En Amérique du Sud, le lama qui vivait en semi-liberté – contrairement aux animaux domestiqués de l'Ancien Monde – semble avoir été responsable de très peu d'infections chez l'homme³. Des animaux domestiques indésirables tels que les rongeurs se sont également multipliés formant des habitats permanents dans et autour des habitations. Les progrès récents de la génétique et de la phylogéographie ont montré que certains agents infectieux comme celui de la tuberculose, *Mycobacterium tuberculosis*, étaient beaucoup plus anciens et existaient il y a 2,6 à 2,8 millions d'années, soit bien avant les premiers humains⁴. Néanmoins, la révolution agricole du fait de la densification des populations et des progrès de l'agriculture et de l'élevage a constitué un puissant accélérateur des maladies infectieuses transmises par les animaux ou zoonoses (Tableau 1).

Lorsque l'homme était chasseur-cueilleur et qu'il se déplaçait sans cesse, il était difficile pour un moustique de s'adapter à cet hôte nomade. Lorsque l'homme se sédentarisa, certaines espèces d'insectes s'habituaient à se nourrir exclusivement

The vast majority of the main infectious diseases in temperate zones seem to have appeared in the Old World (Africa, Asia and Europe), often via microorganisms (bacteria, viruses or parasites) hosted by large domesticated mammals and which, as a result of mutation, adapted to humans and transmitted many infectious agents to them (Table 1). In South America, llamas, which lived semi-freely – unlike the domesticated animals in the Old World – seem to have been responsible for very few infections in humans³. Unwanted domestic animals such as rodents also multiplied and formed permanent habitats in and around dwellings. Recent advances in genetics and phylogeography have shown that some infectious agents such as the causative agent of tuberculosis, *Mycobacterium tuberculosis*, are much older and existed between 2.6 and 2.8 million years ago, well before the first humans⁴. Nevertheless, the agricultural revolution, thanks to the increasing population density and the advances in agriculture and livestock it brought, was a powerful accelerator of infectious diseases transmitted by animals, commonly known as zoonoses (Table 1).

When man was a hunter-gatherer and constantly on the move it was difficult for a mosquito to adapt to such a nomadic host, but when man started to settle, some insect species became accustomed to feeding exclusively off this new host. This is how certain species of mosquito exhibiting strict anthropophagic characteristics, such as *Anopheles gambiae*, the vector of malaria, and *Aedes aegypti*, the vector of arboviruses (yellow fever, dengue fever), evolved⁵. The practice of irrigation and the development of ponds

— 3. Serge Morand, K. Marie McIntyre, Matthew Baylis, "Domesticated Animals and Human Infectious Diseases of Zoonotic Origins: Domestication Time Matters", *Infection, Genetics and Evolution: Journal of Molecular Epidemiology and Evolutionary Genetics in Infectious Diseases*, 15 March 2014, 24, p. 76-81.

— 4. M. Cristina Gutierrez et al., "Ancient Origin and Gene Mosaic of the Progenitor of *Mycobacterium tuberculosis*", *PLoS pathogens*, vol.1, 1, 2005.

— 3. Serge Morand, K. Marie McIntyre, Matthew Baylis, "Domesticated Animals and Human Infectious Diseases of Zoonotic Origins: Domestication Time Matters", *Infection, Genetics and Evolution: Journal of Molecular Epidemiology and Evolutionary Genetics in Infectious Diseases*, 15 March 2014, 24, p. 76-81.

— 4. M. Cristina Gutierrez et al., "Ancient Origin and Gene Mosaic of the Progenitor of *Mycobacterium tuberculosis*", *PLoS pathogens*, vol.1, 1, 2005.

— 5. Jean-François Saluzzo, *Des hommes et des germes*, Paris, PUF, 2004.

sur ce nouvel hôte. C'est ainsi que furent sélectionnés certains moustiques manifestant une anthropophilie stricte comme *Anopheles gambiae*, vecteur du paludisme, et *Aedes aegypti*, vecteur d'arboviroses (fièvre jaune, dengue)⁵. La pratique de l'irrigation et le développement des plans d'eau ont élargi les sites de reproduction potentiels des moustiques vecteurs de la fièvre jaune et de la filariose et également permis le contact avec des cercaires – larve de parasites qui vit dans un hôte intermédiaire – responsables de la bilharziose uro-génitale (hématurie d'Égypte). L'utilisation de matières fécales comme engrais a dû provoquer diverses infections (douves intestinales, bactéries entéropathogènes...).

and lakes increased the number of potential breeding sites for the mosquitoes that carry yellow fever and filariasis, and also allowed contact with *cercariae* – the larval form of parasites that live in an intermediate host – which cause urogenital bilharzia (Egyptian haematuria). The use of faecal matter as a fertiliser must also have given rise to various infections (intestinal flukes, enteropathogenic bacteria, etc.).

Tableau 1 - Domestication des grands mammifères et des rongeurs et leurs rôles dans les zoonoses d'après Morand *et al.*⁶ et Diamond⁷

Espèce	Date (av. J.-C.)	Lieu	Nombre de parasites/microbes apportés à l'homme
Chien	33 000 ?-15 000	Asie de l'Est	452
Chat	8 000	Croissant fertile	293
Mouton	10 000	Anatolie du Sud-Est	536
Chèvre	9 000	Anatolie	321
Porc	8 000	Anatolie du Sud-Est, Chine, Asie du Sud-Est	319
Bovins domestiques	9 000	Asie du Sud	1 037
Cheval	3 000	Asie centrale	498
Âne	3 000	Afrique de l'Est	86
Chameau	2 500	Est de l'Iran	94
Dromadaire	3 000	Arabie	111
Rat	10 000	Asie du Sud	100

— 5. Jean-François Saluzzo, *Des hommes et des germes*, PUF, 2004.

— 6. Serge Morand, K. Marie McIntyre, Matthew Baylis, "Domesticated Animals...", art. cit.

— 7. Jared Diamond, *Guns, Germs, and Steel: the Fates of Human Societies*, New York, Norton, 1997.

Table 1 - The domestication of large mammals and rodents and their role as zoonoses, based on Morand *et al.*⁶ and Diamond⁷

Species	Date (BC)	Location	Number of parasites/ microbes brought to man
Dog	33,000?-15,000	East Asia	452
Cat	8,000	The Fertile Crescent	293
Sheep	10,000	Southeastern Anatolia	536
Goat	9,000	Anatolia	321
Pig	8,000	Southeast Anatolia, China, Southeast Asia	319
Domestic cattle	9,000	South Asia	1,037
Horse	3,000	Central Asia	498
Donkey	3,000	East Africa	86
Camel	2,500	Eastern Iran	94
Dromedary	3,000	Arabia	111
Rat	10,000	South Asia	100

L'accroissement considérable de la population au Moyen-Orient et en Asie a favorisé des infections produites par des virus (rubéole, rougeole, oreillons, varicelle...) qui ne possèdent pas de réservoir animal: les maladies contagieuses de masse (*crowd diseases*). Elles survenaient localement sous la forme de brèves épidémies. Ces maladies ne pouvaient se maintenir qu'au sein de populations denses, ce qui était possible dans les grandes concentrations humaines rencontrées en Mésopotamie, en Égypte et en Asie. Il faut en effet un nombre d'habitants compris entre 250 000 et 500 000 personnes et que le virus rencontre en permanence des individus non protégés (nouveau-nés et jeunes enfants) à raison de 40 000/an pour pouvoir persister.

Les conquistadors espagnols ont bénéficié, si l'on peut dire, d'un « avantage décisif » lorsqu'ils partirent à la conquête du Nouveau Monde à la fin du XV^e siècle. Non seulement ils étaient

Substantial population growth in the Middle East and Asia fostered infections produced by viruses (rubella, measles, mumps, chickenpox, etc.) that do not have an animal reservoir – these are the mass contagious diseases (“crowd diseases”). They emerged locally in the form of brief outbreaks. These diseases could only survive in dense populations, which was possible in the large human concentrations found in Mesopotamia, Egypt and Asia. For a virus to persist, it needs a population group of between 250,000 and 500,000 people and the ability to constantly encounter unprotected individuals (newborns and young children) at a rate of 40,000 per year.

The Spanish Conquistadors enjoyed, so to speak, a “decisive advantage” when they set out to conquer the New World

— 6. Serge Morand, K. Marie McIntyre, Matthew Baylis, “Domesticated Animals...”, art. cit.
— 7. Jared Diamond, *Guns, Germs, and Steel: the Fates of Human Societies*, New York, Norton, 1997.

protégés contre de nombreuses infections acquises dès leur enfance (rougeole, variole...), mais ils amenèrent avec eux des germes que ne connaissaient pas les populations précolombiennes, ce qui contribua à l'affaiblissement de ces dernières, voire à leur disparition.

Il y a 200 ans, la plupart des gens ne s'éloignaient jamais à plus de trente kilomètres de leur lieu de naissance. Cela signifiait que les maladies avaient tendance à se déplacer lentement et généralement dans une zone climatique spécifique. Aujourd'hui, depuis que la mondialisation a fait de la Terre un village et que se sont développés les voyages de masse, les schémas de migration des maladies ont radicalement changé. Conjugués au changement climatique, les agents pathogènes se sont répandus loin des zones où ils sont nés, si bien que de nouvelles maladies infectieuses sont décrites régulièrement.

Comment émergent les épidémies ?

Pour qu'un agent infectieux soit à l'origine d'une épidémie, il faut d'abord qu'il puisse se transmettre rapidement d'un individu à l'autre, ensuite qu'il rencontre à un moment donné un nombre suffisant de sujets non immuns et enfin, si possible, qu'il soit transmis par aérosol comme dans le cas de la rougeole, de la rubéole, des oreillons, de la grippe ou de la Covid-19. La peste est devenue une pandémie dès lors qu'est apparue la peste pulmonaire⁸.

La transmission d'un agent pathogène peut être directe ou indirecte. Elle est dite directe lorsque l'agent infectieux passe directement d'une personne à une autre par la parole, la toux, l'éternuement (rhinovirus, Covid-19), l'alimentation (choléra, agents entéro-pathogènes), le sang (VIH, hépatite C), le sperme (VIH) ou par contact cutané (herpès). À l'inverse, elle est dite indirecte quand elle a lieu par le biais d'un vecteur (insecte ou acarien) qui transporte l'agent pathogène

in the late 15th century: not only were they protected against many infections acquired in childhood (measles, smallpox, etc.), but they also brought germs that were unfamiliar to pre-Columbian populations, which contributed to their weakening or even demise.

Two hundred years ago, most people never moved more than 30 km away from their birthplace. This meant that diseases tended to move slowly and generally within a specific climatic zone. Today, however, now that globalisation has turned the Earth into a village and mass travel has developed, the patterns of disease migration have changed dramatically. Combined with climate change, pathogens have spread far from the areas where they were born, to the extent that new infectious diseases are being described on a regular basis.

How do epidemics emerge?

For an infectious agent to cause an epidemic, it must first be able to spread rapidly from one individual to another, then encounter a sufficient number of non-immune subjects at a given time and lastly, if possible, be transmitted by aerosol means, as is the case with measles, rubella, mumps, influenza and Covid-19. The plague became a pandemic as soon as pneumonic plague appeared⁸.

A pathogen can be transmitted both directly and indirectly. Direct transmission is where the infectious agent passes directly from one person to another

« Depuis que la mondialisation a fait de la Terre un village et que se sont développés les voyages de masse, les schémas de migration des maladies ont radicalement changé. »

"Now that globalisation has turned the Earth into a village and mass travel has developed, the patterns of disease migration have changed dramatically."

— 8. Jean-François Saluzzo, *Des hommes...*, op. cit.

— 8. Jean-François Saluzzo, *Des hommes...*, op. cit.

jusqu'à l'hôte, d'un véhicule inerte (aliments, eau, objets, linge), de particules contenues dans l'air, ou encore lorsque son site comporte un hôte intermédiaire.

L'adaptation d'un virus d'origine animale à l'homme est probablement un processus rare et tout à fait aléatoire. Pour qu'il puisse franchir la barrière d'espèce, il faut que le virus soit excrété massivement par l'animal, qu'il s'adapte à l'homme et finalement qu'il présente un tropisme tissulaire (cutané, pulmonaire) nécessaire à sa transmission interhumaine⁹. Cette étape requiert également un certain nombre d'adaptations permises par la plasticité des génomes viraux. Les virus se multiplient rapidement. Et comme c'est le cas pour tout être vivant, ces multiplications sont l'occasion de modifications aléatoires de leur matériel génétique, car la répllication n'est pas toujours parfaite. Or les virus ne possèdent pas les systèmes de réparation de leur génome comme c'est le cas pour l'ADN humain par exemple. Ces erreurs de répllication ont pour effet de donner des mutations qui font qu'un virus présent chez un animal devient de façon imprédictible adapté un jour à l'humain¹⁰. Une fois transmis à l'hôte, le virus continue d'évoluer à son avantage ou à son désavantage. Ainsi lors de l'épidémie de SRAS, le virus avait subi une mutation qui l'a rendu moins virulent. Mais le risque existe que le virus devienne plus adapté encore à l'humain et que sa virulence augmente.

À partir de son réservoir naturel – le plus souvent une espèce animale comme la chauve-souris –, le virus peut être transmis directement à l'homme (comme le virus de la rage) ou faire intervenir plusieurs espèces hôtes qui sont alors qualifiées d'espèces intermédiaires. Le SRAS a atteint les humains par l'intermédiaire de la civette de palmier asiatique présente sur les marchés humides de la

through speech, coughing, sneezing (rhinovirus, Covid-19), food (cholera, enteropathogens), blood (HIV, hepatitis C), semen (HIV) or skin contact (herpes). Conversely, indirect transmission is where a vector (an insect or mite), an inert vehicle (food, water, objects or linen), or particles in the air carry the pathogen to the host or when its site contains an intermediate host.

The adaptation of a virus of animal origin to humans is, arguably, a rare and totally random process. In order to cross the species barrier, the virus must be released in massive quantities by the animal, adapt to humans, and eventually display the tissue tropism (cutaneous, pulmonary) required for its human-to-human transmission⁹. This stage also requires certain adaptations allowed by the plasticity of viral genomes. Viruses multiply rapidly, and as is the case with every living being, this multiplication provides the opportunity for random changes in their genetic material because replication is not always perfect. Viruses, however, do not have genome-repair systems, as is the case for human DNA for example. These replication errors have the effect of producing mutations that at some point will make a virus present in an animal unpredictably adapt to humans¹⁰. Once transmitted to the host, the virus continues to evolve to its advantage or disadvantage. During the SARS outbreak, for example, the virus underwent a mutation that made it less virulent, but there is still a risk that the virus will become increasingly adapted to humans and that its virulence will increase.

From its natural reservoir – most often an animal species such as bats – the virus can be transmitted directly to humans (such as the rabies virus) or involve several host species that are then called intermediate species: SARS reached humans via the Asian palm civet found in

— 9. *Ibid.*

— 10. Les mutations sont d'autre part plus fréquentes quand le support génétique est de l'ARN plutôt que de l'ADN, ce qui est le cas pour les coronavirus.

— 9. *Ibid.*

— 10. Mutations are also more frequent when the genetic medium is RNA rather than DNA, which is the case for coronaviruses.

Chine du Sud, le MERS par les chameaux, le virus Ebola par les gorilles et les chimpanzés, le virus Nipah par les porcs, le virus Hendra par les chevaux, le virus Marburg par les singes verts africains et la Covid-19 peut-être par le pangolin.

Pour qu'un agent infectieux animal devienne un pathogène efficace chez l'homme, il doit être capable non seulement de l'infecter, mais aussi de maintenir une transmission interhumaine à long terme sans qu'il soit nécessaire de le réintroduire à partir de l'animal hôte d'origine. Des chercheurs¹¹ ont défini cinq stades dans la transformation d'un agent infectieux animal en un pathogène humain (voir Figure p. 28). Le stade 1 comporte des microbes animaux qui ne sont pas présents chez l'homme dans des conditions naturelles et qui, pour certains, ne se transmettront jamais à l'homme (fièvre aphteuse, peste bovine). Lorsqu'un agent pathogène évolue de telle sorte qu'il peut être transmis à l'homme dans des conditions naturelles, mais ne peut supporter une transmission interhumaine durable, il entre dans le stade 2. Parmi les exemples de tels agents pathogènes, on peut citer le virus de la rage et le virus du Nil occidental (West Nile). Le passage du stade 2 au stade 3 est défini par la transmission secondaire entre humains. Le stade 3 comprend les agents pathogènes qui ne subissent que quelques cycles de transmission secondaire entre les humains, tels que les virus Ebola et Marburg qui infectent périodiquement des hôtes humains, mais ne parviennent pas à s'établir dans les populations humaines. Le stade 4 comprend les maladies, comme la grippe A et le choléra, qui existent chez les animaux, mais subissent de longues séquences de transmission secondaire d'homme à homme sans l'intervention d'hôtes ani-

southern China's wet markets, MERS via camels, Ebola via gorillas and chimpanzees, Nipah via swine, the Hendra virus via horses, the Marburg virus via African green monkeys and Covid-19 perhaps via pangolins.

For an animal pathogen to become an effective pathogen in humans, it must be capable not only of infecting humans but also of maintaining long-term human-to-human transmission without the need for it to be reintroduced from the original host animal. Researchers¹¹ have identified five stages in the transformation of an animal pathogen into a human pathogen (Figure p.28). Stage 1 is characterised by animal microbes not present in humans under natural conditions, some of which will never be transmitted to humans (foot-and-mouth disease, rinderpest). When a pathogen evolves in such a way that it can be transmitted to humans under natural conditions but cannot sustain human-to-human transmission it enters Stage 2. Examples of such pathogens include the rabies virus and West Nile virus. The transition from Stage 2 to Stage 3 is defined by secondary transmission between humans. Stage 3 involves pathogens which undergo only a few cycles of secondary transmission between humans, such as the Ebola and Marburg viruses which periodically infect human hosts but fail to establish themselves in human populations. Stage 4 includes diseases such as influenza A and cholera which exist in animals but undergo long sequences of secondary transmission from human to human without the intervention of animal hosts. Stage 5, however, represents diseases that are exclusive to humans and includes pathogens such as human immunodeficiency virus (HIV), smallpox and tuberculosis¹².

— 11. Nathan D. Wolfe, Claire Panosian Dunavan, Jared Diamond, "Origins of Major Human Infectious Diseases", *Nature*, vol.447, 42, 2007, p.279-83, puis Brian L. Pike et al., "The Origin and Prevention of Pandemics", *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, vol.50, 12, 2010, p.1636-1640.

— 11. Nathan D. Wolfe, Claire Panosian Dunavan, Jared Diamond, "Origins of Major Human Infectious Diseases", *Nature*, vol.447, 42, 2007, p.279-83, then Brian L. Pike et al., "The Origin and Prevention of Pandemics", *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, vol.50, 12, 2010, p.1636-1640.

— 12. *Ibid.*

maux. Le stade 5, en revanche, représente les maladies qui sont exclusives à l'homme et comprennent des agents pathogènes tels que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la variole et la tuberculose¹².

La compréhension de l'émergence de virus humains repose sur l'étude des différents types de réservoirs et de leurs contacts avec l'homme, des mécanismes de variabilité des génomes viraux, ainsi que de nombreux facteurs écologiques, économiques et sociaux. La probabilité d'infection d'un individu augmente avec l'abondance de l'hôte existant et la fréquence des « rencontres » avec l'agent infectieux, ainsi qu'avec la probabilité de transmission. Cette dernière probabilité est également liée aux caractéristiques du microbe, comme sa capacité à surmonter les barrières moléculaires de l'hôte (par exemple les défenses humorales et cellulaires) ou l'absence de récepteurs de membrane cellulaire essentiels à l'entrée des microbes dans les cellules hôtes. Cela explique les raisons pour lesquelles une espèce animale donnée peut devenir la source d'infections chez l'homme. Par exemple, malgré la très faible abondance des chimpanzés et leurs rencontres peu fréquentes avec l'homme, ils ont engendré des maladies humaines établies telles que le sida, et peut-être l'hépatite B, en raison de leur étroite relation phylogénétique avec l'homme. Ainsi les primates, qui ne représentent pourtant que 0,5 % de toutes les espèces de vertébrés, ont-ils contribué à environ 20 % des principales maladies humaines¹³. À l'inverse, bien que la distance phylogénétique avec l'homme soit importante, les rongeurs – du fait de leur abondance et de leur proximité avec l'homme – lui ont transmis des infections majeures telles que la peste ou le typhus. Il en est de même avec le bétail domestique en raison de sa grande abondance et des contacts

Our understanding of the emergence of human viruses is based on studies of the different types of reservoir and their contact with humans, mechanisms of viral genome variability, and many ecological, economic and social factors. The probability of an individual's becoming infected increases with the abundance of the existing host and the frequency of "encounters" with the infectious agent, as well as the probability of transmission. This latter probability is also related to the characteristics of the microbe, such as its ability to overcome the host's molecular barriers (e.g. its humoral and cellular defences) or the absence of cell membrane receptors essential for the entry of microbes into host cells. This explains why a given animal species can become the source of infections in humans; for example, despite the very low abundance of chimpanzees and their infrequent encounters with humans, they have been the source of established human diseases such as AIDS and perhaps hepatitis B because of their close phylogenetic relationship with humans – it is for this reason that primates, which account for only 0.5% of all vertebrate species, have contributed to around 20% of the major human diseases¹³. Conversely, even though they are phylogenetically very distant from humans, rodents, because of their abundance and proximity to humans, have transmitted major infections such as plague and typhus to them. The same can be said of domestic livestock because of their great abundance and daily contact with humans. On the other hand, it is known that bats do not transmit zoonoses to humans because of their phylogenetic remoteness and the rarity of their contact with them. With regard to bats, which constitute the main reservoir of viruses such as rabies, SARS, Ebola, and now Covid-19, infections in humans are mainly acquired from intermediate hosts that frequently encounter humans, e.g. dogs or foxes in the case

— 12. *Ibid.*

— 13. Nathan D. Wolfe, Claire Panosian Dunavan, Jared Diamond, "Origins of Major Human Infectious Diseases...", art. cit.

— 13. Nathan D. Wolfe, Claire Panosian Dunavan, Jared Diamond, "Origins of Major Human Infectious Diseases...", art. cit.

quotidiens avec l'homme. En revanche, les chauves-souris sont connues pour ne pas donner de zoonoses chez l'homme du fait de leur éloignement phylogénique et de leur rareté de contact avec lui. Dans le cas des chauves-souris qui constituent le principal réservoir de virus tels que ceux de la rage, du SRAS, d'Ebola, et aujourd'hui de la Covid-19, les infections chez l'homme sont principalement acquises à partir d'hôtes intermédiaires qui rencontrent fréquemment l'homme, comme le chien ou le renard pour la rage ou des animaux sauvages vendus pour l'alimentation dans le cas du SRAS (la civette) ou de la Covid-19 (le pangolin, sans que l'on sache vraiment encore s'il est ici en cause). Les rares cas de rage transmis directement par des chauves-souris sont dus au fait que l'infection rabique modifie leur comportement, qu'elles peuvent dans ce cas mordre l'homme et lui transmettre le virus.

La capacité d'adaptation à l'homme a bien été démontrée lors de l'épidémie de grippe d'origine aviaire qui survint à Hong Kong en 1997 et se révéla redoutable parmi les élevages de volailles. Elle toucha également dix-huit personnes dont six (30 %) décédèrent. Pour endiguer le fléau, les autorités hongkongaises pratiquèrent la destruction de 1,2 million de poulets et de 400 000 oiseaux, ainsi que la fermeture des marchés. L'enquête épidémiologique révéla que les cas humains résultaient de contacts directs avec les volailles et démontra l'absence de transmission interhumaine. Le virus avait bien franchi la barrière d'espèce animal-homme à plusieurs reprises, mais n'avait pas été capable de s'adapter à l'homme pour permettre sa diffusion. L'abattage massif du réservoir du virus en mettant fin à la circulation du virus aviaire a certainement évité son évolution et peut-être son adaptation à l'homme, ce qui aurait pu être alors à l'origine d'une épidémie dramatique¹⁴.

of rabies, and wild animals sold as food in the case of SARS (civet) or Covid-19 (pangolin, although we do not yet know if it is involved). The rare cases of rabies transmitted directly by bats are due to the fact that the rabies infection alters bats' behaviour, which means that they may bite humans and transmit the virus to them.

The ability to adapt to human beings was demonstrated during the 1997 outbreak of avian influenza in Hong Kong, which proved to be a formidable disease on poultry farms; it also affected eighteen people, six of whom died (30%). To stem this scourge, the Hong Kong authorities slaughtered 1.2 million chickens and 400,000 other birds, and closed the markets. The epidemiological investigation revealed that the human cases were the result of direct contact with poultry and demonstrated the absence of human-to-human transmission. The virus had indeed crossed the animal-human barrier several times but proved unable to adapt to humans to allow it to spread. The wholesale destruction of the virus reservoir, thus stopping the circulation of the avian influenza virus, certainly prevented it from evolving and perhaps from adapting to humans, which could then have caused an epidemic of dramatic proportions¹⁴.

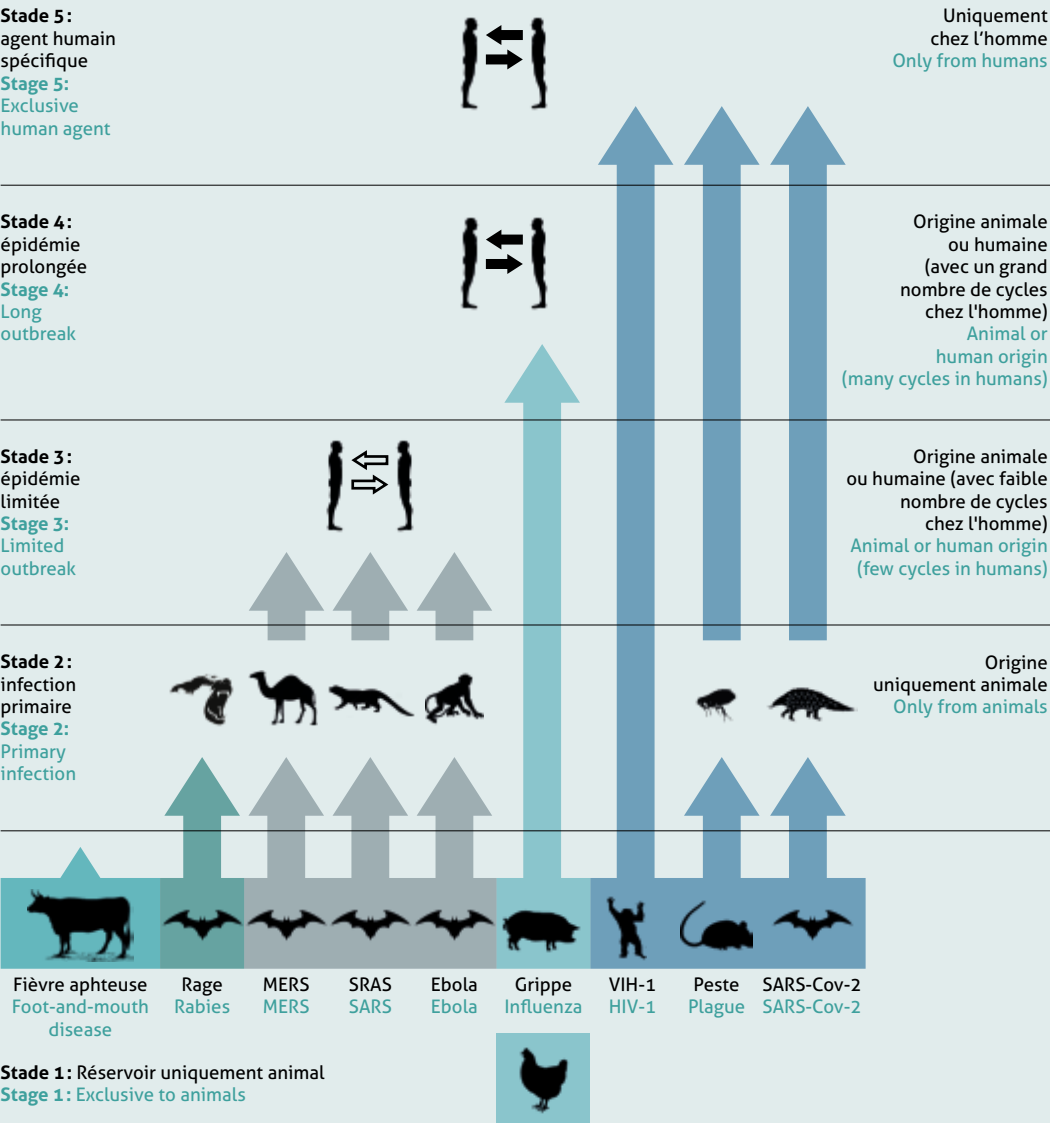
— 14. Jean-François Saluzzo, *Des hommes...*, op. cit.

— 14. Jean-François Saluzzo, *Des hommes...*, op. cit.

Figure -
Quelques exemples de transmission d'agents infectieux de l'animal-homme et de leur adaptation d'après Wolfe *et al.* et Pike *et al.*¹⁵

Figure -
Some examples of the transmission of infectious agents from animals to humans and their adaptation, based on Wolfe *et al.* and Pike *et al.*¹⁵

Stade - Stage



— 15. Nathan D. Wolfe, Claire Panosian Dunavan, Jared Diamond, "Origins of Major Human Infectious Diseases...", art. cit., puis Brian L. Pike *et al.*, "The Origin...", art. cit.

— 15. Nathan D. Wolfe, Claire Panosian Dunavan, Jared Diamond, "Origins of Major Human Infectious Diseases...", art. cit., then Brian L. Pike *et al.*, "The Origin...", art. cit.

Les critères d'évaluation d'une épidémie

L'épidémie prend en compte des critères spécifiques du micro-organisme, en particulier sa contagiosité et sa virulence, lesquelles influent sur la manière dont un agent infectieux interagit avec son hôte.

La contagiosité se définit comme la possibilité pour un agent de déterminer une infection chez un hôte sensible. Un des critères les plus importants pour mesurer l'efficacité d'une transmission est le taux de reproduction de base d'un virus ou R_0 qui correspond au nombre moyen de nouvelles infections générées par un individu infecté lorsque la population est entièrement réceptive à la maladie. R_0 dépend donc non seulement de l'agent infectieux, mais également des caractéristiques de la population hôte (nombre de contacts par exemple) dans une période de temps donnée. R_0 peut varier de 12 à 18 pour la rougeole ou la coqueluche, de 2 à 5 pour le VIH, de 2 à 4 pour le SRAS, de 2 à 3 pour la grippe saisonnière et la Covid-19, et de 1 à 2 pour Ebola. Selon la valeur du R_0 , les instituts de veille sanitaire pourront déterminer si une maladie est susceptible de se propager et de provoquer une épidémie :

- pour un $R_0 < 1$, une personne infectée infectera une personne au plus. Dans ce cas, le nombre de nouveaux cas diminuera rapidement et la présence de la maladie dans la population s'effacera ;
- pour un $R_0 = 1$, une personne infectée infectera une seule personne. Dans ce cas, le nombre de nouveaux cas augmentera de manière régulière sans causer d'épidémie ;
- pour un $R_0 > 1$, une personne infectée infectera plus d'une nouvelle personne. Dans ce cas, la maladie va se propager dans la population et pourra devenir épidémique.

La virulence est le premier déterminant de la gravité d'une épidémie que l'on mesure avec le nombre de cas graves ou de décès. Il est possible de classer les agents infectieux sur la base de leur contagiosité et de leur virulence. Par

Criteria for assessing an epidemic

An epidemic reflects specific criteria of the microorganism, in particular its contagiousness and virulence, which affect how an infectious agent interacts with its host.

Contagiousness means the ability of an agent to cause infection in a susceptible host. One of the most important criteria for measuring the effectiveness of transmission is the basic reproduction rate of a virus or "R" value, which is the average number of new infections generated by an infected individual when the population is fully susceptible to the disease. The R value therefore depends not only on the infectious agent but also on the characteristics of the host population (e.g. number of contacts) in a given time period. It can range from R12 to R18 for measles or whooping cough, R2 to R5 for HIV, R2 to R4 for SARS, R2 to R3 for seasonal influenza and Covid-19, and R1 to R2 for Ebola. Depending on the actual R value, health monitoring institutes can determine whether or not a disease is likely to spread and cause an epidemic:

- $R < 1$ means that an infected person will infect up to one person. In this case, the number of new cases will fall rapidly and the presence of the disease in the population will fade;
- $R = 1$ means that an infected person will infect just one person. In this case, the number of new cases will increase on a regular basis without causing an epidemic;
- $R > 1$ means that an infected person will infect more than one person. In this case, the disease will spread through the population and may become an epidemic.

« Un des critères les plus importants pour mesurer l'efficacité d'une transmission est le taux de reproduction de base d'un virus ou R_0 . »

"One of the most important criteria for measuring the effectiveness of transmission is the basic reproduction rate of a virus or 'R' value. "

exemple, le virus Ebola présente une virulence très élevée, mais une contagiosité faible, ce qui ne l'empêche pas d'être un redoutable prédateur.

La Covid-19

Les coronavirus appartiennent à la famille des *Coronaviridae* comprenant des virus à ARN habituellement bénins responsables de rhumes ou de syndromes grippaux, mais quelquefois d'infections beaucoup plus graves à tropisme pulmonaire comme le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Le virus comporte sur sa surface externe un ensemble de petites protéines pointues ou spicules qui lui donnent un aspect en couronne (*corona* en latin), d'où son nom. Ces spicules jouent un rôle fondamental, car elles permettent aux virus de « s'accrocher » aux cellules de l'hôte et d'y entrer pour y injecter leur matériel génétique.

Trois coronavirus responsables de SRAS ont été décrits : le SRAS-CoV-1 en 2002 dans le Guangdong en Chine, puis le MERS-CoV responsable du syndrome respiratoire du Moyen-Orient détecté en avril 2012 en Arabie saoudite et aujourd'hui le SRAS-CoV-2 également appelé Covid-19. Ce dernier apparaît hautement transmissible et pathogène. Il est apparu en novembre 2019 à Wuhan en Chine et s'est répandu dans le monde entier. L'analyse génomique a révélé que la Covid-19 était phylogénétiquement liée aux virus des chauves-souris. Il est donc fortement probable qu'elles en constituent le réservoir primaire. La source intermédiaire d'origine et de transfert à l'homme n'est pas connue même si le pangolin, une espèce de mammifère insectivore, est fortement suspecté. Il n'existe pas à l'heure actuelle (3 juin 2020) de médicaments ou de vaccin antiviral cliniquement approuvés pour être utilisés contre la Covid-19.

Virulence is the primary determinant of the severity of an epidemic and is measured by the number of serious cases or deaths. Infectious agents can be classified on the basis of their contagiousness and virulence: the Ebola virus, for example, has a very high virulence but low contagiousness which does not, however, prevent it from being a formidable predator.

Covid-19

Coronaviruses belong to the *Coronaviridae* family of RNA viruses which are usually benign causing colds or influenza-like syndromes, but sometimes causing much more serious pulmonary tropism infections such as severe acute respiratory syndrome (SARS). The outer surface of the virus has a series of small, sharp proteins or spikes that give it the appearance of a crown (from the Latin *corona*), hence its name. These spikes play a fundamental role as they allow the virus to "cling" to host cells and enter them to inject their genetic material.

Three coronaviruses responsible for SARS have been described: SARS-CoV-1 in 2002 in Guangdong, China; the Middle East Respiratory Syndrome MERS-CoV detected in Saudi Arabia in April 2012; and now SARS-CoV-2, also known as Covid-19. The latter seems to be highly transmissible and pathogenic. It appeared in November 2019 in Wuhan, China, and spread throughout the world. Genomic analysis has revealed that Covid-19 is phylogenetically linked to bat viruses. Bats are therefore highly likely to constitute the primary reservoir. The intermediate host and source of the transfer to humans is not known, although pangolins, a species of insectivorous mammal, are strongly suspected. Currently (3 June 2020), there are no clinically approved antiviral drugs or vaccines available for use against Covid-19.

Les facteurs favorisant les épidémies

Outre la capacité du micro-organisme, des facteurs externes peuvent intervenir pour déterminer une infection chez l'homme.

Surpopulation

La nécessité de nourrir durablement la population mondiale représente l'un des principaux défis écologiques et de santé publique du XXI^e siècle. Selon l'Organisation des Nations unies (ONU), le nombre d'habitants sur terre devrait passer de quelque 7,5 milliards aujourd'hui à 9,7 milliards en 2050, et pourrait atteindre près de 11 milliards de personnes en 2100. La population mondiale est devenue majoritairement urbaine en 2007.

Afin que tous les humains aient accès à la nourriture, il faudra accroître considérablement la production végétale et animale, ce qui devrait entraîner une augmentation de l'utilisation d'eau, de pesticides, d'engrais ou d'antibiotiques, ainsi que des taux de contact encore plus fréquents entre l'homme et les animaux tant sauvages que domestiques, le tout avec des conséquences sur l'émergence et la propagation des agents infectieux¹⁶. Les taux de mortalité dus aux infections respiratoires aiguës, à la diarrhée, au paludisme et à la rougeole – maladies qui tuent en moyenne plus d'un enfant toutes les trente secondes (un million par an)¹⁷ – sont beaucoup plus élevés chez les enfants qui souffrent de malnutrition¹⁸.

Déplacements

La mobilité des humains s'est accrue de 1 000 fois entre 1800 et 2000! L'émergence de nouveaux agents pathogènes est désormais facilitée par les déplacements.

— 16. Jason R. Rohr *et al.*, "Emerging Human Infectious Diseases and the Links to Global Food Production", *Nat Sustain.*, vol. 2, 6, 2019, p.445-456.

— 17. D. Webster, "Malaria Kills One Child Every 30 Seconds", *Journal of Public Health Policy*, vol.22, 1, 2001, p.23-33.

— 18. Pedro A. Sanchez, M.S. Swaminathan, "Hunger in Africa: The Link between Unhealthy People and Unhealthy Soils", *The Lancet*, vol.365, 9457, 2005, p.442-444.

Factors conducive to epidemics

In addition to the microorganism's own capabilities, various other factors may shape an infection in humans.

Overpopulation

The need to feed the world's population in a sustainable manner is one of the main ecological and public health challenges of the 21st century. According to the United Nations, the number of people living on the planet is expected to rise from some 7.5 billion today to 9.7 billion by 2050, and could reach nearly 11 billion by 2100. In 2007, the world's population became predominantly urban.

Plant and animal production will need to increase significantly to ensure that all humans have access to food, which will lead to increased use of water, pesticides, fertilisers and antibiotics, and even greater contact between humans and animals, both wild and domestic, all with consequences for the emergence and spread of infectious agents¹⁶. Mortality rates from acute respiratory infections, diarrhoea, malaria and measles – diseases that, on average, kill at least one child every 30 seconds (1 million per year)¹⁷ – are much higher among children who suffer from malnutrition¹⁸.

Displacement

Human mobility increased 1,000-fold between 1800 and 2000! The emergence of new pathogens is now facilitated by modern displacement, which increases the number of potential human victims. The Black Death of 1348, for example, took six months to reach Marseilles from its source in Kaffa [Feodosia], Crimea. In 2003, the SARS epidemic spread throughout the world in less than a week.

— 16. Jason R. Rohr *et al.*, "Emerging Human Infectious Diseases and the Links to Global Food Production", *Nat Sustain.*, vol. 2, 6, 2019, p.445-456.

— 17. D. Webster, "Malaria Kills One Child Every 30 Seconds", *Journal of Public Health Policy*, vol.22, 1, 2001, p.23-33.

— 18. Pedro A. Sanchez, M.S. Swaminathan, "Hunger in Africa: The Link between Unhealthy People and Unhealthy Soils", *The Lancet*, vol.365, 9457, 2005, p.442-444.

ments modernes qui exposent davantage de victimes humaines potentielles. Par exemple, la grande peste noire de 1348 a mis six mois pour arriver à Marseille depuis son foyer de Caffa en Crimée. En 2003, l'épidémie de SRAS a diffusé vers l'ensemble de la planète en moins d'une semaine.

Réchauffement climatique

De nombreuses études ont rapporté le rôle du changement climatique dans la survenue d'infections. La surface de la Terre étant constituée à 70 % d'eau, le réchauffement climatique entraîne beaucoup plus d'évaporation et, par voie de conséquence, des événements pluvieux beaucoup plus intenses, augmentant ainsi l'incidence des infections diarrhéiques dans le monde entier. D'ici 2030, on s'attend à une augmentation de 10 % des maladies diarrhéiques, qui toucheront principalement les jeunes enfants. D'autre part, les températures ambiantes élevées augmentent les cycles de réplication de la plupart des pathogènes d'origine alimentaire et hydrique.

Le phénomène El Niño (El Niño-Southern Oscillation; ENSO) est un événement climatique qui prend naissance dans l'océan Pacifique, mais qui a des conséquences de grande envergure sur le climat dans le monde entier. Au niveau mondial, il est lié à un impact accru des catastrophes naturelles et il est particulièrement associé aux sécheresses et aux inondations, ainsi qu'à la transmission de maladies infectieuses, de maladies hydriques et de maladies à transmission vectorielle. El Niño est responsable d'une augmentation des précipitations en Afrique de l'Est et à une diminution des précipitations en Afrique australe, en Afrique de l'Ouest et dans certaines parties du Sahel. En raison du rôle clé de l'approvisionnement en eau dans la transmission du choléra, une relation entre les manifestations d'El Niño et l'incidence du choléra a été démontrée¹⁹.

— 19. Sean M. Moore *et al.*, "El Niño and the Shifting Geography of Cholera in Africa", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol.114, 17, 2017, p.4436-4441.

Global warming

Numerous studies refer to the role of climate change in the onset of infections. With 70% of the earth's surface covered by water, global warming causes much more evaporation and, as a result, much more intense rainfall events, increasing the incidence of diarrhoeal infections worldwide. A 10% increase in diarrhoeal diseases is expected by 2030 and will mainly affect young children. Furthermore, high ambient temperatures accelerate the replication cycles of most food-borne and water-borne pathogens.

The El Niño phenomenon (the El Niño Southern Oscillation [ENSO]) is a climate event that originates in the Pacific Ocean, but it has far-reaching consequences for the world's climate. Globally, it is linked to the increased impact of natural disasters and is particularly associated with droughts and floods, as well as the transmission of infectious diseases, water-borne diseases and vector-borne diseases. El Niño is responsible for an increase in precipitation in East Africa and a decrease in precipitation in Southern Africa, West Africa and some parts of the Sahel. Due to the key role played by water supply in the transmission of cholera, a relationship between El Niño events and the incidence of cholera has been demonstrated¹⁹.

Global warming is helping to spread mosquito-borne infectious diseases – such as West Nile fever, dengue fever, chikungunya, Zika, and also malaria – beyond their tropical homes. A comparison of mosquito maturation in forest huts and in deforested areas, where there was a difference of a few degrees in temperature, gave estimates of the percentage of insects that moved from larval to adult form that increased from 65% to 82%, while the period required for development fell from nine to eight

— 19. Sean M. Moore *et al.*, "El Niño and the Shifting Geography of Cholera in Africa", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol.114, 17, 2017, p.4436-4441.

Le réchauffement climatique accentue la dissémination des maladies infectieuses transmises par les moustiques hors de leur foyer tropical telles que le West Nile, la dengue, le chikungunya, Zika et également le paludisme. La comparaison de la maturation des moustiques dans des huttes en zone forestière et dans des zones déboisées où il y avait une différence de quelques degrés a permis d'estimer le pourcentage d'insectes qui passaient de la forme larvaire à la forme adulte de 65 à 82 % et la réduction de la période nécessaire au développement de neuf à huit jours dans les zones plus chaudes²⁰. Par exemple, *Aedes albopictus*, le moustique tigre, devient une menace sérieuse de transmission de maladies virales comme le chikungunya ou la dengue en Italie et dans le Sud de la France.

L'augmentation de la température accélère le cycle de développement des tiques, leur production d'œufs, ainsi que leur densité et la distribution de leur population. On assiste à une augmentation des populations de tiques dont *Ixodes ricinus*, vecteur d'infections virales telles que l'encéphalite à tiques et bactériennes comme la maladie de Lyme en Europe²¹.

days in warmer areas²⁰. *Aedes albopictus*, the tiger mosquito, for example, is becoming a serious threat in terms of the transmission of viral diseases such as chikungunya and dengue fever in Italy and southern France.

An increase in temperature accelerates the development cycle of ticks, their egg production, density and population distribution. In Europe, we are witnessing an increase in tick populations including *Ixodes ricinus*, the vector of viral infections such as tick-borne encephalitis and bacterial infections such as Lyme disease²¹.

— 20. P. Reiter, "Climate change and mosquito-borne disease", *Environmental health perspectives*, vol.109, suppl. 1, 2001, p.141-161 ; Antonella Rossati, "Global Warming and Its Health Impact", *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2017, vol.8, 1, p.7-20.

— 21. Abdelghafar A. Alkische, A. Townsend Peterson, Abdallah M. Samy, "Climate Change Influences on the Potential Geographic Distribution of the Disease Vector Tick *Ixodes ricinus*", *PLoS One*, 5 December 2017.

— 20. P. Reiter, "Climate change and mosquito-borne disease", *Environmental health perspectives*, vol.109, suppl. 1, 2001, p.141-161; Antonella Rossati, "Global Warming and Its Health Impact", *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2017, vol.8, 1, p.7-20.

— 21. Abdelghafar A. Alkische, A. Townsend Peterson, Abdallah M. Samy, "Climate Change Influences on the Potential Geographic Distribution of the Disease Vector Tick *Ixodes ricinus*", *PLoS One*, 5 December 2017.

Tableau 2 - Relations entre réchauffement climatique et maladies infectieuses, d'après Cavicchioli *et al.*²²

Exemples de pathogènes et maladies	Facteurs environnementaux et climatiques	Paramètres de transmission
Transmission par des vecteurs		
Virus West Nile	Précipitations, humidité relative, température, El Niño	Abondance des vecteurs, longévité et taux de piqûre, taux de réplication du pathogène dans le vecteur
Paludisme		
Dengue		
Maladie de Lyme		
Transmission aquatique		
Choléra	Précipitations, humidité relative, salinité, température, El Niño	Survie du pathogène, réplication du pathogène dans l'environnement, transport du pathogène
Cryptosporidium spp		
Rotavirus		
Transmission aérienne		
Virus grippal	Humidité relative, température, vents	Survie des agents pathogènes, dispersion des agents pathogènes et/ou des hôtes
Hantavirus		
Coccidiomycose		
Intoxications alimentaires		
Salmonella spp	Température, précipitation	Réplication du pathogène, comportements humains
Campylobacter spp		

Table 2 - The relationship between global warming and infectious diseases, based on Cavicchioli *et al.*²²

Examples of pathogens and diseases	Environmental and climatic factors	Transmission parameters
Transmission by vectors		
West Nile virus	Precipitation, relative humidity, temperature, El Niño	Abundance of vectors, longevity and sting rate, replication rate of the pathogen in the vector
Malaria		
Dengue fever		
Lyme disease		
Aquatic transmission		
Cholera	Precipitation, relative humidity, salinity, temperature, El Niño	Survival of the pathogen, replication of the pathogen in the environment, transport of the pathogen
Cryptosporidium spp		
Rotavirus		
Air transmission		
Influenza virus	Relative humidity, temperature, wind	Survival of the pathogen, dispersal of the pathogen and/or host
Hantavirus		
Coccidioidomycosis		
Food poisoning		
Salmonella spp	Temperature, precipitation	Replication of the pathogen, human behaviour
Campylobacter spp		

— 22. Ricardo Cavicchioli *et al.*, "Scientists' Warning to Humanity: Microorganisms and Climate Change", *Nature reviews. Microbiology*, vol.17, 9, 2019, p.569-586.

— 22. Ricardo Cavicchioli *et al.*, "Scientists' Warning to Humanity: Microorganisms and Climate Change", *Nature reviews. Microbiology*, vol.17, 9, 2019, p.569-586.

Déforestation

Il est bien établi que le défrichement des forêts peut entraîner la transmission de zoonoses en augmentant le contact avec les animaux sauvages. Les contacts plus fréquents des populations humaines avec les agents pathogènes forestiers auxquels elles n'avaient jamais été exposées et l'adaptation de ces agents à l'homme ont été démontrés pour le VIH, la fièvre jaune, la dengue, le chikungunya, Ebola, Nipah, le SRAS, la rage, le paludisme, la leishmaniose ou la maladie de Lyme.

Épidémies de bactéries résistantes aux antibiotiques

Le recours massif aux antibiotiques par l'homme dans la deuxième moitié du XX^e siècle, leur mauvaise utilisation, les prescriptions abusives, la dégradation des antibiotiques soumis à la chaleur et à l'humidité lors du stockage et du transport ont engendré un phénomène extrêmement important de résistance des bactéries, en particulier dans les pays en développement où l'automédication est très courante. De plus, de nombreux médicaments, dont les antibiotiques, sont contrefaits dans ces pays. La Food and Drug Administration (FDA) estime que la contrefaçon représente 10 % du chiffre d'affaires mondial de l'industrie pharmaceutique. Estimée à plus de 55 milliards d'euros par an, l'ampleur du trafic de faux médicaments varie d'un pays à l'autre. Elle peut représenter jusqu'à 60 % des médicaments dans certains pays en développement contre 1 % dans les pays industrialisés dotés d'un circuit de distribution réglementé et contrôlé. La résistance des bactéries aux antimicrobiens qui en découle entraîne une morbidité importante dans le monde entier, et certaines estimations indiquent que la mortalité attribuable pourrait atteindre jusqu'à dix millions d'individus par an en 2050 et constituerait la première cause de mortalité sur la planète²³!

— 23. Carl Nathan, Otto Cars, "Antibiotic Resistance – Problems, Progress, and Prospects", *The New England Journal of Medicine* vol.371, 19, 2014, p.1761-1763 ; Jim O'Neill, "Tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations", UK: Government and Wellcome Trust, 2016.

Deforestation

It is a well-established fact that clearing forests can lead to the transmission of zoonoses by increasing contact with wild animals. Increasing contact between human populations and forest pathogens to which they had never been exposed and the adaptation of these agents to humans have been demonstrated for HIV, yellow fever, dengue fever, chikungunya, Ebola, Nipah, SARS, rabies, malaria, Leishmaniasis and Lyme disease.

Epidemics caused by antibiotic-resistant bacteria

The extensive use of antibiotics by humans in the second half of the 20th century, their misuse, abusive prescriptions, and the heat- and humidity-induced deterioration of antibiotics in storage and when being transported have led to the extremely important phenomenon of bacterial resistance, particularly in developing countries where self-medication is very common. Furthermore, many drugs, including antibiotics, are counterfeited in these countries. The US Food and Drug Administration estimates that counterfeiting accounts for 10% of the pharmaceutical industry's global turnover. Estimated at over €55 billion per year, the extent of the trafficking of counterfeit medicines varies from country to country. It can account for up to 60% of drugs in some developing countries, compared to 1% in industrialised countries with controlled, regulated distribution channels. The resulting antimicrobial resistance in bacteria is causing significant morbidity worldwide, with some estimates suggesting that attributable mortality could be as high as 10 million people per year by 2050 and become the leading cause of death worldwide²³.

— 23. Carl Nathan, Otto Cars, "Antibiotic Resistance – Problems, Progress, and Prospects", *The New England Journal of Medicine* vol.371, 19, 2014, p.1761-1763 ; Jim O'Neill, "Tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations", UK: Government and Wellcome Trust, 2016.

Le monde d'après ?

L'impact de l'homme sur les écosystèmes l'a progressivement mis en contact étroit avec la faune sauvage. En 2008, Kate Jones et ses collègues de l'University College de Londres ont montré que 335 maladies infectieuses nouvelles entre 1940 et 2004 avaient été caractérisées et que 60 % des maladies émergentes décrites entre 1980 et 2013 étaient d'origine animale et parmi elles 70 % avaient été transmises par des animaux sauvages²⁴. Depuis un peu plus d'un siècle, le monde a assisté à l'émergence de multiples infections, toutes des zoonoses: diverses gripes (espagnole, asiatique, russe, de Hong Kong, H5N1, grippe porcine H1N1...), sida, SRAS, MERS, fièvre de Lassa, Ebola, virus du Nil occidental, Zika, chikungunya ou Covid-19, sans compter le retour de la dengue, de la fièvre jaune, du paludisme et même de la peste.

« Il semble hautement prévisible que d'autres épidémies telles que celle qui frappe actuellement la planète surviendront dans un futur proche. »

"It seems highly predictable that other epidemics like the one currently affecting the planet will occur in the near future."

Du fait de l'accroissement vertigineux de la population humaine au niveau planétaire au cours des dernières décennies, de l'empreinte inexorable de l'homme sur la nature (déforestation, diminution de la biodiversité, élevage intensif, antibiothérapie non contrôlée, changement climatique...), de la fréquence des déplacements des hommes et des marchandises, il semble hautement prévisible que d'autres épidémies telles que celle qui frappe actuellement la planète surviendront dans un futur proche. Il faudra alors se souvenir de l'avertissement de la fameuse éthologue et anthropologue

What about the post-Covid-19 world?

Man's impact on ecosystems has gradually brought him into close contact with wild animals. In 2008, Kate Jones and her colleagues at University College London showed that 335 emerging infectious diseases were classified between 1940 and 2004, and that 60% of the emerging diseases described between 1980 and 2013 were of animal origin and of those, 70% had been transmitted by wild animals²⁴. For a little over a century, the world has witnessed the emergence of multiple infections, all of which are zoonoses: various strains of influenza (Spanish, Asian, Russian, Hong Kong, H5N1, H1N1 swine flu, etc.), AIDS, SARS, MERS, Lassa fever, Ebola, West Nile fever, Zika, chikungunya and Covid-19, not to mention the return of dengue fever, yellow fever, malaria, and even plague.

Given the staggering growth in the human population on the global level in recent decades, man's inexorable footprint on nature (deforestation, loss of biodiversity, intensive livestock farming, uncontrolled antibiotic therapy, climate change, etc.) and the frequency with which human beings and goods move around, it seems highly predictable that other epidemics like the one currently affecting the planet will occur in the near future. We should therefore remember what the famous English ethologist and anthropologist Jane Goodall said about Covid-19: "If we don't get that lesson from this pandemic, then maybe we never will".

The author would like to thank François Renaud, Bernard Duchêne and Robert Abraham for their invaluable help in the preparation of this article.

Translated from the French by Derek Scoins

— 24. Kate E. Jones et al., "Global Trends in Emerging Infectious Diseases", *Nature*, vol.451, 7181, p.990-993.

— 24. Kate E. Jones et al., "Global Trends in Emerging Infectious Diseases", *Nature*, vol.451, 7181, p.990-993.

anglaise Jane Goodall à propos de la Covid-19: « Si nous ne tirons pas cette leçon de cette pandémie, alors peut-être que nous ne le ferons jamais ».

L'auteur remercie François Renaud, Bernard Duchêne et Robert Abraham pour leur aide précieuse dans la préparation de cet article.

Biographie | Biography



JEAN FRENEY

Professeur émérite des universités, Jean Freney a accompli toute sa carrière professionnelle au sein de l'Université Claude Bernard Lyon I et des Hospices Civils de Lyon où il a exercé son activité dans le domaine de la bactériologie médicale. Ses principaux centres d'intérêt ont concerné l'identification et la description de nouvelles espèces bactériennes, l'étude d'agents antiseptiques et désinfectants, les textiles à propriétés anti-infectieuses et les biofilms bactériens. Il est l'auteur d'une vingtaine d'ouvrages techniques comme le *Précis de bactériologie médicale*, *Antiseptie et désinfection* ou *Legionella*, mais aussi d'ouvrages plus généraux consacrés à l'histoire des sciences (*Des bactéries et des hommes*, *Dictionnaire des bactériologistes*, *La Guerre des microbes*, etc.). Depuis quelques années, il consacre ses ouvrages à l'histoire des infections à Lyon (*Peste, choléra... et autres calamités*, *Une histoire des infections à Lyon* ou *Typhoïde, choléra, paludisme... Les infections liées à l'eau, ayant frappé Lyon et sa région*).

Professor Emeritus Jean Freney has spent his entire professional career at the Université Claude Bernard Lyon I and the Hospices Civils de Lyon, where he has worked in medical bacteriology. His primary fields of interest are the identification and description of new species of bacteria, the study of antiseptic and disinfectant agents, textiles with anti-infectious properties and bacterial biofilms. He is the author of some twenty technical books including *Précis de bactériologie médicale*, *Antiseptie et désinfection* and *Legionella*, and various more general works on the history of science (*Des bactéries et des hommes*, *Dictionnaire des bactériologistes*, *La guerre des microbes*, etc.). In recent years he has written on the history of infections in Lyon (*Peste, choléra et autres calamités*, *Une histoire des infections à Lyon* and *Typhoïde, choléra, paludisme... Les infections liées à l'eau, ayant frappé Lyon et sa région*).

Apprendre à la dure : comment l'expérience de la maladie à virus Ebola peut aider la Guinée à faire face à la Covid-19

Learning the hard way: how the Ebola virus experience can help Guinea deal with Covid-19

Stéphanie Maltais – Docteure en développement international et chargée de cours à l'Université Laval (Québec)

De la fragilité peut naître la résilience. C'est ce que Stéphanie Maltais a observé à la suite de ses recherches menées après la crise Ebola en Guinée survenue entre 2013 et 2016. Des enseignements qui montrent toute leur utilité dans la présente pandémie.

Resilience can emerge from fragility. This is what Stéphanie Maltais observed from her research conducted in the aftermath of the Ebola crisis in Guinea between 2013 and 2016. Lessons that can be applied to the current pandemic.

Health crises affect all countries around the world and the Covid-19 epidemic is the most patent example. There is always the fear that the impact of crises is more detrimental in fragile States because of the inefficiency of their institutions, the lack of resources, poor resiliency, and weak economies¹. In fact, from the on-



STÉPHANIE
MALTAIS

Les crises sanitaires touchent tous les pays du monde et la Covid-19 en est l'exemple le plus flagrant. On craint toujours un impact plus grand des crises dans les États fragiles en raison de l'inefficacité des institutions, du manque de ressources, des lacunes en termes de résilience ou encore des économies

— 1. OECD, "States of Fragility", OCDE Publishing, 2016; WHO, "The state of health in the WHO African Region: an analysis of the status of health, health services and health systems in the context of the Sustainable Development Goals", Regional Office for Africa, 2018.

précaires¹. D'ailleurs, depuis le début de la pandémie actuelle, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) redoute la catastrophe en Afrique. Au vu des faiblesses connues dans les systèmes de santé de plusieurs pays africains et des conditions socio-économiques dans lesquelles les populations vivent, cette préoccupation de l'OMS est fondée. Mais il ne faudrait pas passer sous silence l'expérience avérée de plusieurs pays africains dans la lutte contre les épidémies.

L'épidémie d'Ebola qui a sévi entre décembre 2013 et juin 2016 en Guinée a mis en exergue de nombreuses lacunes du système sanitaire qui ont mené à des difficultés dans la gestion de la crise. Cependant, *a posteriori*, la Guinée a été en mesure de reconnaître les échecs du passé, mais aussi les succès liés à l'expérience pour mieux diriger les futures actions. Le fait de tirer les leçons d'une épidémie comme Ebola nécessite beaucoup d'humilité, mais également une réelle capacité d'apprentissage pour permettre la transformation de ces connaissances à l'échelle institutionnelle et donc renforcer la gouvernance. C'est ainsi qu'un important processus de renforcement du système sanitaire a été fait depuis la période d'Ebola alors que l'on reconnaît trop peu l'expérience acquise servant actuellement à lutter contre la pandémie. Dans ce court article, nous discuterons des acquis post-Ebola et de la façon dont ces derniers peuvent nous reconforter quant à une meilleure gestion de la Covid-19. Nous présenterons tout de même quelques défis qui persistent en Guinée.

set of the current pandemic, the World Health Organization (WHO) has been dreading a catastrophe in Africa. Given the known weaknesses of the health systems of some African countries and the socio-economic conditions that the populations must endure, WHO's concerns are well-founded. However, the proven experience that several African countries have gained in the fight against epidemics must not be discounted.

The Ebola epidemic that broke out in Guinea between December 2013 and June 2016 exposed the many shortcomings in the country's health system that made the crisis difficult to control. However, with hindsight, Guinea has been able to recognise not only its past failures, but also the successes related to the experience that should lead the country to improve any future actions. Admitting that much has been learned from an epidemic like Ebola requires a good dose of humility, as well as a real capacity for gathering and transforming knowledge so as to generate stronger governance at the institutional level. Since the Ebola crisis, a major plan has been underway to strengthen the country's health system, however, the prior experience that could have been used to fight the current pandemic has been underutilised. In this short article, we will review the knowledge acquired from the Ebola epidemic and look at how it can help to improve the management of Covid-19. We will also present some of the challenges still remaining in Guinea.

Method

During our research in Guinea in 2017², we conducted 41 semi-structured personal interviews with more than 25 organisations involved in managing the Ebola epidemic and post-crisis recovery³.

— 1. OCDE, « États de fragilité 2015 », Éditions OCDE, 2016 ; OMS, « État de la santé dans la région africaine de l'OMS : analyse de la situation, des services et des systèmes de santé dans le contexte des objectifs de développement durable », Bureau régional de l'Afrique, 2018.

— 2. This research was funded by the International Development Research Centre of Canada. For further information on this research, see: Stéphanie Maltais, *La gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles : étude de la crise d'Ebola en Guinée*, thèse doctorale, université d'Ottawa, Canada, 2019, <http://dx.doi.org/10.20381/ruor-24094>

— 3. This research would not have been possible without the participation of Guinean and international

Méthode

Lors de nos recherches en Guinée en 2017², nous avons été en mesure de faire des entretiens semi-dirigés avec quarante et un acteurs distincts en provenance de plus de vingt-cinq organisations impliquées dans la gestion de l'épidémie d'Ebola et le relèvement post-crise³. Pour compléter la collecte de données, nous avons fait une analyse documentaire approfondie, ainsi que de l'observation directe non participante. Lors de notre passage, la Guinée était en épidémie de rougeole, donc les mécanismes de gestion des épidémies étaient en vigueur. Puis un grand travail de renforcement du système de gestion des crises sanitaires était en cours avec notamment la consolidation de la création de la nouvelle Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSS).

Structure opérationnelle bénéfique

Quand Ebola a frappé en Guinée, il n'existait pas de structure de coordination des crises sanitaires efficace et suffisamment dotée en ressources. Bien que Sidiki Diakité⁴ ait mentionné la présence d'un organe dédié à la gestion des crises sanitaires et catastrophes depuis 2007 en Guinée, les résultats de nos recherches ont montré que son implication n'a pas été un gage de réussite. Au début de l'épidémie d'Ebola, c'est un comité interministériel de crise qui a pris en charge la réponse. Il a d'ailleurs été vivement critiqué pour ne pas

Our data collection was complemented by in-depth document analyses and direct, non-participatory observations. During our stay in Guinea, a measles epidemic had broken out, and so epidemic control measures were already being implemented. In addition, the major work to strengthen the health crisis management system through the consolidation of the newly created National Health Security Agency (ANSS) was underway.

Beneficial operational structure

When the Ebola struck in Guinea, there was no effectively structured and adequately resourced coordination to handle health crises. Although Sidiki Diakité⁴ refers to the presence of a unit that had managed health crises and disasters in Guinea since 2007, the results of our research revealed that its work had not been successful. At the start of the Ebola epidemic, an inter-ministerial crisis committee was responsible for the response, but was later sharply criticised for having reacted poorly and for having been overly political. Subsequently, a completely new entity, the National Ebola Coordination and Control Unit, was set up to rectify the problems encountered during the early months of the crisis. This has proven to be more effective than the interministerial committee, and its personnel have acquired extremely valuable experience. Since epidemics spread without regard for administrative and political considerations, the value of maintaining an operational and ideally apolitical structure dedicated to the management of health crises had to be recognised. Lessons learned from the Ebola outbreak were therefore capitalised on, leading to the creation of the ANSS in its current form.

Although not apolitical, this self-governing agency, notably autonomous in the disbursement of funds, is supervised by the

— 2. Ces recherches ont été financées par le Centre de recherches pour le développement international du Canada. Pour en savoir davantage sur ces recherches, consultez : Stéphanie Maltais, *La gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles : étude de la crise d'Ebola en Guinée*, thèse doctorale, université d'Ottawa, Canada, 2019, <http://dx.doi.org/10.20381/ruor-24094>

— 3. Ces recherches n'auraient été possibles sans la participation des acteurs guinéens et internationaux qui ont accepté chaleureusement notre invitation à discuter de leur expérience dans la gestion de la crise d'Ebola et du relèvement post-crise. Nous les remercions sincèrement.

— 4. Sidiki Diakité, « Ebola en Guinée : un révélateur des forces et faiblesses », *Alternatives Humanitaires*, numéro inaugural, 2016, p. 57-65, <http://alternatives-humanitaires.org/fr/2016/01/13/ebola-en-guinee-un-revelateur-des-forces-et-faiblesses>

actors who warmly accepted our invitation to discuss their experience in managing the Ebola crisis and post-crisis recovery. We thank them sincerely.

— 4. Sidiki Diakité, "Ebola in Guinea: strengths and weaknesses brought to the fore", *Humanitarian Alternatives*, inaugural issue, 2016, p.57-65, <http://alternatives-humanitaires.org/en/2016/01/13/ebola-in-guinea-strengths-and-weaknesses-brought-to-the-fore>

avoir eu la réactivité nécessaire et pour son aspect trop politique. Par la suite, une toute nouvelle entité a été mise en place, la cellule nationale de coordination et de lutte contre Ebola, pour rectifier les problèmes rencontrés pendant les premiers mois de la crise. Elle s'est révélée plus efficace que le comité interministériel et son personnel a acquis une expérience inouïe. Parce que les épidémies n'attendent ni l'administration ni le politique, une fois la crise terminée, il fallait reconnaître l'importance de maintenir une structure dédiée à la gestion des crises sanitaires qui devrait être opérationnelle et idéalement apolitique. La capitalisation des leçons de la période d'Ebola a mené à la création de l'ANSS dans sa forme actuelle.

Sans être apolitique, sous tutelle du ministère de la Santé, mais détenant une autonomie de gestion notamment dans le décaissement de l'argent, l'agence représente donc une structure parallèle beaucoup plus opérationnelle et répondant aux exigences des partenaires internationaux. Ces derniers souhaitaient (pour ne pas dire qu'ils exigeaient) cette autonomie par rapport au pouvoir politique, lequel avait provoqué trop de dégâts auparavant. Sa création a mené à beaucoup de débats internes, mais son existence et son expérience sont aujourd'hui un atout dans la gestion de la Covid-19. Notons qu'elle comprend un centre d'opération d'urgence (COU) et qu'elle a permis la création de COU décentralisés à l'échelle du pays, facilitant ainsi la gestion de la crise. Lors de nos recherches, des acteurs guinéens affirmaient que l'ANSS était devenue « le bras de lutte » du ministère de la Santé. En dépit de ses atouts, on ne pourrait passer sous silence sa dépendance financière persistante aux bailleurs de fonds internationaux; le fait qu'elle a accaparé des responsabilités qui étaient auparavant assumées par d'autres départements du ministère de la Santé et qui devraient continuer de l'être; et qu'elle repose essentiellement sur une prise de décision et une gestion très hiérarchiques et centralisées.

Ministry of Health. Its structure fulfils the expectations of international partners in terms of operations and response. These partners wanted (i.e. demanded) that the agency work free from the political governance that had previously caused too much damage. The agency's creation led to many internal discussions, but today, its existence and experience are assets in the management of Covid-19. It should be noted that it comprises an Emergency Operations Centre (EOC), which has, in turn, created decentralised EOCs across the country, thus facilitating the management of the outbreak. During our research, Guinean professionals confirmed that the ANSS has become "the control arm" of the Ministry of Health. Despite its strengths, its continuing financial dependence on international donors cannot be overlooked; the fact that it has taken over responsibilities previously held by other departments of the Ministry of Health and will continue to do so, and that it basically runs under very hierarchical and centralised decision-making and management.

A more responsive model

Our research uncovered one significant point resulting from the Ebola outbreak in Guinea, namely, the transition from a traditional crisis management paradigm to a more responsive model. Until the outbreak, even during epidemics, work was carried out at a so-called "normal" pace without giving any real attention to emergency interventions. Since the Ebola epidemic, Guinea has increasingly incorporated crisis management into its operations. One Guinean actor interviewed commented that the country had moved to a culture of emergency response. Although other interviewees mentioned that this culture needs to be amplified, there are areas where long-term developments can be made. Furthermore, some respondents also said that other skills and attitudes had to be developed and strengthened, such as openness to change (especially among senior staff), attention to detail, quick and automatic responses and diligence.

Modèle plus réactif

Nos recherches ont permis de noter un point fort en Guinée depuis la période d'Ebola, à savoir le passage d'un paradigme classique de gestion des crises à un modèle plus réactif. Jusqu'alors, même en temps d'épidémie, le travail se faisait en situation dite « normale », sans réelle considération de l'urgence à intervenir. Depuis l'épidémie d'Ebola, la Guinée intègre de plus en plus, dans son fonctionnement, les aspects de gestion des crises. Un acteur guinéen rencontré a affirmé que le pays était désormais passé à une nouvelle culture de l'urgence. Même si d'autres acteurs interrogés ont mentionné que cette culture devait être renforcée, il en existe des bribes qui pourront se développer sur le long terme. Par ailleurs, des personnes nous ont également mentionné qu'il faudrait également développer ou renforcer d'autres compétences et comportements, dont l'ouverture au changement (surtout au sein de la vieille garde), la culture du détail, la promptitude, l'automatisme et la diligence.

Ressources à bonifier et leadership à élargir

Depuis Ebola, le renforcement des compétences des ressources humaines s'est fait à travers de nombreuses formations. Puis la surveillance épidémiologique a été facilitée par l'octroi de matériel informatique et des formations appropriées sur l'utilisation des différents logiciels. L'absence d'un système de surveillance informatisé avait d'ailleurs été critiquée par Diakité⁵ et a été confirmée par nos entretiens. Depuis la fin d'Ebola, en périodes d'accalmie, des simulations de crises ont même été organisées. En revanche, le maintien des acquis et les simulations demeurent fortement tributaires de contraintes financières. Certaines organisations nous ont mentionné vouloir en faire plus souvent, mais ne pas disposer des fonds nécessaires pour le réaliser en l'absence d'un appui extérieur. Qui plus est, le manque de financement national demeure un

Improved resources and broader leadership

Since the Ebola outbreak, the skills of human resources have been enhanced through various types of professional education. Epidemiological surveillance has also been improved by providing both computer equipment and appropriate training on the use of various software applications. The lack of a computerised monitoring system was criticised by Diakité⁵ and confirmed by our interviewees. Since the end of the Ebola outbreak, and during lulls in the epidemic, crisis simulations have been performed. However, keeping skills up to date and carrying out simulations remain highly dependent on financial constraints. Some organisations have stated that they want these activities to be more frequent, but without outside support, the required funds are lacking. In addition, the shortage of national funding is still a major challenge in strengthening the health care system. Even considering that the share of the national budget allocated to public health has grown in recent years from 1.5% of GDP in 2010 to 5.5% in 2016, according to information from Guinean Budget Unit⁶, this percentage is a far cry from the 15% recommended in the Abuja Declaration and also far behind that of countries with comparable income⁷. This lack of financial resources greatly disrupts the country's autonomous management approach since it always finds itself in need of support from international organisations.

Yet the Ebola epidemic led to the hiring of many young people in health care facilities and at the ANSS. The government has massively recruited health workers and deployed them to all reaches of the country with the help of the Assignment

— 5. *Ibid*

— 6. Some of the media in Guinea state it reached 8.8% in 2018, while the communication unit of the Ministry of Health stated on its social media in December 2019 that it was 8%.

— 7. M. Diop *et al.*, « Revue des dépenses publiques de santé – République de Guinée », République de Guinée, Banque mondiale, 2014.

— 5. *Ibid.*

enjeu important dans le renforcement du système de santé. Même si la part du budget national alloué à la santé est en croissance depuis plusieurs années passant de 1,5 % en 2010 à 5,5 % du PIB en 2016 selon les informations obtenues au ministère du Budget guinéen⁶, ce pourcentage demeure bien loin des 15 % recommandés par la Déclaration d'Abuja comme des pays ayant un revenu similaire⁷. Ce manque de ressources financières perturbe grandement l'autonomie de gestion puisque le pays se retrouve toujours à avoir besoin de l'appui des organisations internationales.

Pour autant, l'épidémie d'Ebola a mené à l'embauche de nombreux jeunes dans les structures de santé et au sein de l'ANSS. Le gouvernement a pris des mesures pour recruter massivement des agents de santé et les déployer à l'échelle du pays à travers la commission des affectations pour mieux couvrir le territoire⁸. Au sein de l'ANSS, on a reconnu la nécessité de former la relève. D'ailleurs, il ne faut pas passer sous silence le fait que le *leadership* national s'est grandement affirmé pendant la crise d'Ebola et qu'il s'est confirmé depuis. Les acteurs internationaux sont davantage en appui à l'ANSS plutôt que l'inverse. Cependant, le *leadership* repose sur les épaules de certaines personnes, ce qui fait que les partenaires peuvent manquer de confiance envers la relève et vouloir uniquement avoir à faire avec les personnes-clés de la prise de décision et de la gestion. Si toute la prise de décision passe par une seule personne, on risque d'être confronté à d'autres problématiques car, sans l'approbation de cette dernière, rien ne bouge.

Commission⁸. At the ANSS, the need to train successive generations of staff has been recognised. Moreover, it must be mentioned that the country's leadership greatly asserted itself during the Ebola crisis and has continued to do so since then. The ANSS receives greater international support than it gives. However, its leadership rests on the shoulders of specific individuals, which means that ANSS' partners will perhaps lack confidence in the upcoming generation of leaders and may only want to deal with key decision-makers and managers. When all decisions are made by a sole person, there is the risk of running into other problems, because without that person's approval, nothing happens.

« Le leadership national s'est grandement affirmé pendant la crise d'Ebola. »

"The country's leadership greatly asserted itself during the Ebola crisis."

Investing in preparation

The importance of preparation in managing health crises⁹ cannot be understated. Before the Ebola epidemic, such preparation was inadequate. In fact, International Health Regulations (IHR) set out the minimum capacities required to respond to health crises, but at the time Guinea did not have them. For example, there were gaps in terms of funding, coordination, monitoring, and communication about the risks, staffing, equipment, technical resources, etc. As for proce-

— 6. Certains médias guinéens avancent qu'il était passé à 8,8 % en 2018, tandis que la cellule de communication du ministère de la Santé mentionnait 8 % sur ses réseaux sociaux en décembre 2019.

— 7. M. Diop *et al.*, « Revue des dépenses publiques de santé – République de Guinée », République de Guinée, Banque mondiale, 2014.

— 8. Ministère de la Santé, « Affectations au ministère de la Santé : De nouvelles dispositions », cellule de communication du gouvernement, Guinée, 2018.

— 8. Ministère de la Santé, « Affectations au ministère de la Santé : De nouvelles dispositions », cellule de communication du gouvernement, Guinée, 2018.

— 9. Anne Fortin, Vroh Benie Bi et Abdelkrim Soulimane, « Les enseignements de l'épidémie d'Ebola pour une meilleure préparation aux urgences », *Santé Publique*, vol. 29 (4), 2017, p. 465-475; WHO, "Report of the Ebola Interim Assessment Panel – July 2015", 2015, <https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf?ua=1>; Système des Nations unies en Guinée, « Capacités nationales en matière de réduction des risques et de gestion des catastrophes en Guinée – Rapport d'évaluation », 2016.

Investir dans la préparation

On ne mentionnera jamais assez l'importance de la préparation dans la gestion des crises sanitaires⁹. Cette préparation était déficiente avant l'épidémie d'Ebola. En fait, des capacités minimales sont requises pour répondre aux crises selon le Règlement sanitaire international (RSI), mais la Guinée n'en disposait pas à ce moment. Par exemple, il existait des lacunes en termes de financement, de coordination, de surveillance, de communication sur les risques, de ressources humaines, matérielles et techniques, etc. Au sujet des procédures et mécanismes formels, il manquait énormément de cadres, de guides et de protocoles écrits pouvant soutenir la gestion des crises sur le territoire. Même si quelques-uns existaient, ils étaient incomplets, insuffisants ou tout simplement méconnus. Face à la Covid-19, les procédures et mécanismes développés depuis Ebola ont été testés en temps réel. L'alerte a été très rapide si on la compare à celle d'Ebola; la surveillance et le suivi des contacts se font de manière serrée; les agents de santé communautaires sont directement impliqués; des équipes ont été rapidement déployées aux points d'entrée du pays comme l'aéroport, tandis que la sensibilisation communautaire est adaptée au contexte local. Soulignons un accroissement des capacités du système de santé en général, et ce, dans toutes les sphères (technique, logistique, humaine, etc.). Ainsi, malgré les faiblesses notées dans l'évaluation externe du RSI¹⁰ en 2017, on observe une nette amélioration du temps de réponse comme de mise en place des interventions face à la pandémie actuelle.

— 9. Anne Fortin, Vroh Benie Bi et Abdelkrim Soulimane, « Les enseignements de l'épidémie d'Ebola pour une meilleure préparation aux urgences », *Santé Publique*, vol. 29 (4), 2017, p. 465-475 ; OMS, « Rapport du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola », 2015, <https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report-fr.pdf?ua=1> ; Système des Nations unies en Guinée, « Capacités nationales en matière de réduction des risques et de gestion des catastrophes en Guinée – Rapport d'évaluation », 2016.

— 10. OMS, « Évaluation externe conjointe des principales capacités RSI de la République de Guinée : rapport de mission », 23-28 avril 2017.

dures and formal processes, there was a huge lack of managers, instruction manuals, and written protocols to help manage the country's health crises. Even when some of these were available, they were incomplete, inadequate, or simply unknown. As for Covid-19, procedures and processes developed from the Ebola outbreak were tested in real time. The current epidemic alert has been very swift compared to that of Ebola. Monitoring and contact tracing have been tightly coordinated. Community health workers have been directly involved. Personnel have been quickly deployed at the country's entry points, such as at the airport while community awareness has been raised through locally adapted information. The health system in general has developed its capacities across all areas (technical, logistical, human, etc.). Therefore, despite the weaknesses noted in IHR's external evaluation¹⁰ in 2017, there has been a marked improvement in response times and the implementation of interventions during the current pandemic.

Facing a variety of challenges

Before the Ebola epidemic, Guinea was struggling to handle multiple health issues and everything seemed to focus on one disease at a time as a matter of priority. Nine respondents in our study commented on the inability to maintain regular health services in their organisations during the Ebola outbreak. It appeared that for these entities, attention was focused solely on Ebola at the expense of other pathologies and regular health activities. It is now recognised that it is important to prioritise the monitoring of a greater number of diseases. During the Ebola epidemic, Guineans largely abandoned health facilities for fear of contracting the disease. They returned a few years later with their children who, for example, had not been vaccinated against mea-

— 10. OMS, « Évaluation externe conjointe des principales capacités RSI de la République de Guinée : rapport de mission », 23-28 avril 2017.

Faire face à une variété de défis

Avant Ebola, la Guinée peinait à faire face à de multiples défis en santé et tout semblait se concentrer sur une maladie prioritaire à la fois. Neuf personnes interrogées lors de notre étude ont commenté l'incapacité à poursuivre les activités sanitaires régulières au sein de leur organisation pendant l'épidémie d'Ebola. Il est apparu que pour ces entités, toute l'attention a été concentrée sur Ebola aux dépens des autres pathologies et des activités sanitaires régulières. Désormais, on reconnaît l'importance d'un plus grand nombre de maladies à surveiller en priorité. Pendant l'épidémie d'Ebola, les Guinéens et Guinéennes ont grandement délaissé les structures sanitaires par crainte de contracter la maladie. On a pu se retrouver, quelques années plus tard, avec une génération d'enfants non vaccinés contre la rougeole par exemple. Aujourd'hui, cette problématique de la faible fréquentation des centres de santé et hôpitaux qui affecte les personnes ayant besoin de soins de santé non liés à la Covid-19 persiste¹¹.

Par ailleurs, la capacité d'hospitalisation de l'hôpital Donka (le principal centre de traitement pour les patients atteints par la Covid-19) est dépassée¹². Malgré les acquis en termes de ressources après Ebola et la construction de différentes structures comme les centres de traitement des maladies à potentiel épidémique (CTEPI), on se retrouve avec une centralisation de la prise en charge et un manque de structures adaptées pour l'hospitalisation. La capacité de *testing* des laboratoires est encore limitée, même si elle s'est grandement améliorée depuis Ebola.

sles. Nowadays, the problem that people who need health care not related to Covid-19 are staying away from health centres and hospitals persists¹¹.

In addition, Donka Hospital (the main treatment centre for Covid-19 patients) has exceeded its full capacity¹². Although there were more resources after Ebola and various structures, such as the Treatment Centre for Epidemic-prone Diseases (CTEPI), were built, the problem of centralised management and the lack of adequate hospital beds remains. Laboratory testing capacity, although improved after Ebola, is still limited.

« Face à la Covid-19, les procédures et mécanismes développés depuis Ebola ont été testés en temps réel. »

"As for Covid-19, procedures and processes developed from the Ebola outbreak were tested in real time."

Better communication about the risks

Poor real-time communication about the risks between experts, leaders, and the community that prevailed before Ebola has given way to improved processes for social and community mobilisation, mass awareness campaigns or use of traditional and social media. One of the best examples is ANSS' proactive use of social networks and its website that is frequently updated to inform, educate, and carry out protective and preventive action. In addition, information about the number of confirmed cases, deaths, and recoveries is openly reported¹³.

— 11. A. Sow et B. Criel, « Covid-19 en Guinée : mobilisation de la première ligne de soins au Sud et au Nord ! », Blog - *BMJ Global Health*, 12 mai 2020, <https://blogs.bmj.com/bmjgh/2020/05/12/covid-19-en-guinee-mobilisation-de-la-premiere-ligne-de-soins-au-sud-et-au-nord>

— 12. *Ibid.*

— 11. A. Sow et B. Criel, « Covid-19 en Guinée : mobilisation de la première ligne de soins au Sud et au Nord ! », Blog - *BMJ Global Health*, 12 mai 2020, <https://blogs.bmj.com/bmjgh/2020/05/12/covid-19-en-guinee-mobilisation-de-la-premiere-ligne-de-soins-au-sud-et-au-nord>

— 12. *Ibid.*

— 13. As of July 14, 2020, the National Health Security Agency (ANSS) of Guinea reported 4,426 confirmed cases of COVID-19, 24 deaths associated with the virus, and 3,106 recoveries (<https://anss-guinee.org>).

Meilleure communication sur les risques

La faible communication sur les risques en temps réel entre les experts, les dirigeants et la communauté qui prévalait avant Ebola a laissé place à un accroissement des mécanismes de mobilisation sociale et communautaire, des campagnes de sensibilisation de masse ou de l'usage des médias traditionnels et médias sociaux. L'un des meilleurs exemples est que l'ANSS est active sur les réseaux sociaux et qu'elle possède un site internet qu'elle met à jour fréquemment pour informer, sensibiliser et mettre en place des actions protectrices et préventives. De plus, les informations sur le nombre de cas confirmés, de décès et de guéris sont partagées ouvertement¹³.

D'un autre côté, les apprentissages de l'épidémie d'Ebola comme l'importance d'adapter les interventions au contexte et de bien gérer les réticences communautaires amènent de bonnes pratiques pour gérer la Covid-19. Par exemple, les messages de sensibilisation sont adaptés aux populations (messages radiophoniques dans la langue locale, porte-à-porte, etc.), les autorités locales et les *leaders* locaux sont impliqués, ce qui permet de réactiver les réflexes qui s'étaient endormis depuis la fin d'Ebola.

De la fragilité à la résilience

À la lumière de recherches effectuées en Guinée dans la période post-Ebola, nous avons pu brosser un portrait de la résilience face aux crises sanitaires sur le territoire. Après l'épidémie d'Ebola en Guinée, les acteurs étaient bien conscients des insuffisances et des besoins à combler afin de bénéficier d'un système résilient. Ils ont mis en place plusieurs projets qui permettent aujourd'hui d'éviter l'hécatombe face à la Covid-19. On est intervenu rapidement et des mesures d'isolement physique ont été mises en place pour éviter de surcharger les structures de soins, même si certaines sont actuellement débordées.

Furthermore, the lessons learned from the Ebola epidemic, such as the importance of adapting interventions to the local context and managing the community's reticence have brought about good practices for the management of Covid-19. For example, awareness messages are adapted to the target audiences (radio messages in the local language, door-to-door canvassing, etc.). Local leaders and other authorities are involved so as to reactivate the reflexes that have lain dormant since the end of the Ebola crisis.

From fragility to resilience

In light of the research carried out in the post-Ebola period in Guinea, we have been able to draw a picture of the country's resilience to health crises. After the Ebola epidemic in Guinea, there was an awareness of the shortcomings of and the need for a robust health system. Several projects were set up that have today made it possible to avoid massive deaths from Covid-19. Rapid interventions and physical distancing measures were set up to avoid overloading the health care facilities, even though some are now overwhelmed. Our research has demonstrated that, since the Ebola crisis, although the country still clearly depends on its bilateral/multilateral and technical/financial partners, it now has policies, procedures, and practices in place that can provide a better response to health crises. These include the massive recruitment of personnel into the health system (including more than 4,000 health workers) and the establishment of the ANSS, eight regional multi-tasking teams and 33 local community teams to alert and respond to epidemics. There is also the development of an epidemiological surveillance system, the creation and refinement of crisis scenarios and written procedures, the construction of 38 treatment centres for epidemic-prone diseases, the supply of equipment and technology, and the mapping of entry points into the country. Clearly, resilience, on an individual as well as

— 13. En date du 14 juillet 2020, l'Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSS) de Guinée rapportait 4 426 cas confirmés de Covid-19 ; 24 décès associés au virus et 3 106 personnes guéries (<https://anss-guinee.org>).

Depuis Ebola, nos recherches démontrent que même si le pays est encore clairement dépendant des partenaires techniques et financiers bilatéraux et multilatéraux, il possède désormais certaines politiques, procédures et pratiques qui permettent de mieux organiser la réponse face aux crises sanitaires. Parmi celles-ci, notons un recrutement massif de ressources humaines dans le système (dont plus de 4 000 agents de santé), la mise en place de l'ANSS, de huit équipes régionales polyvalentes d'alerte et de riposte aux épidémies, et de trente-trois équipes préfectorales, le développement du système de surveillance épidémiologique, l'élaboration et la mise au point de scénarios de crise et de procédures écrites, la construction de trente-huit centres de traitement des maladies à potentiel épidémique, la dotation en ressources matérielles et technologiques ou encore la cartographie des points d'entrée dans le pays. Force est de constater que de la fragilité a émergé la résilience qui se retrouve autant à l'échelle individuelle, que collective et systémique, ce qui ne peut qu'aider à mieux gérer la Covid-19.

on community and systemic levels, has emerged from fragility. This can only lead to the improved management of Covid-19.

Translated from the French by Alan Johnson

Biographie | Biography



STÉPHANIE MALTAIS

Titulaire d'un doctorat en développement international de l'École de développement international et mondialisation de l'Université d'Ottawa. Sa thèse portait sur la gestion des crises sanitaires dans les États fragiles avec une étude de cas sur l'épidémie d'Ebola en Guinée. Stéphanie est chargée de cours à la Faculté des sciences de l'administration de l'Université Laval où elle enseigne dans la maîtrise en gestion du développement international et de l'action humanitaire. Elle travaille également comme professionnelle de recherche à l'Université Laval, à l'École nationale d'administration publique et à l'Université d'Ottawa sur différents projets portant notamment sur la Covid-19, la carrière des femmes en développement international et action humanitaire, et les évaluations neutres au sein de la fonction publique fédérale canadienne. Elle est coordonnatrice éditoriale de la *Revue canadienne d'évaluation de programme*.

She has a Ph.D. in International Development from the School of International Development and Global Studies at the University of Ottawa. Her thesis focused on managing health crises in fragile States with a case study of the Ebola epidemic in Guinea. Stéphanie is a lecturer at the Faculty of Business Administration at Université Laval where she teaches the Management of International Development and Humanitarian Action in the Master's degree programme. She also works as a research professional at Université Laval, the National School of Public Administration and the University of Ottawa on various projects, notably on Covid-19, women's careers in international development and humanitarian action and neutral assessments in the Canadian federal public service. She is the Editorial Coordinator of the *Canadian Journal of Program Evaluation*.

Ce que la crise de la Covid-19 nous dit de nos capacités d'apprentissage

What the Covid-19 crisis tells us about our ability to learn

François Grünewald – Directeur
général et scientifique du Groupe URD

La capacité de tirer les leçons de crises précédentes et de les adapter à tout nouveau contexte est une des clés de la gestion des catastrophes, y compris sanitaires. L'article de François Grünewald cherche à mettre en perspective la gestion de la crise de la Covid-19 à la lumière des enseignements tirés des crises sanitaires passées.



FRANÇOIS
GRÜNEWALD

Si les épidémies font partie de notre mémoire collective¹ et si la transmission des pathogènes par les voyageurs est bien connue, on observe une accélération de ces processus avec l'augmentation de la mobilité. L'émergence de nouveaux pathogènes met au défi nos capacités de réponse. Cette nouvelle épidémie a rouvert les mêmes espaces d'incertitude que les précédentes : modalités de transmission, durée de la contagiosité, existence et durée des résistances acquises, symptômes asso-

The ability to learn from previous crises and adapt those lessons to any new context is one of the keys to disaster management, including health disasters. François Grünewald's article seeks to put the management of the Covid-19 crisis into perspective in light of the lessons learnt from previous health crises.

If epidemics are part of our collective memory¹ and the transmission of pathogens by travellers is well known, these processes accelerate as mobility increases. The emergence of new pathogens challenges our response capacity. This new epidemic has reopened the same areas of uncertainty as previous epidemics: means of transmission, period of contagiousness, existence and duration of acquired resistance, associated symptoms, etc. When pathogens are known or even endemic, experience mitigates the unknown: thus, the importance of the degree of cholera preparedness is well known, as are its epidemic curves when it is well managed. Kenya has a

— 1. Voir, dans ce numéro, l'article de Jean Freney, « Comprendre l'histoire, la dynamique et le fonctionnement des épidémies ».

— 1. See, in this issue, the article by Jean Freney, "Understanding the history, dynamics and workings of epidemics".

ciés, etc. Quand les pathogènes sont connus, voire endémiques, l'expérience permet de réduire l'inconnu : ainsi, on connaît l'importance du niveau de préparation pour le choléra, tout comme ses courbes d'évolution lorsqu'il est bien pris en charge. La préparation est forte au Kenya, parce que zone d'endémicité, mais elle est absente en Haïti où le choléra est tout récent et faible au Yémen malgré la récurrence des épidémies du fait du délabrement accéléré des systèmes d'eau et d'assainissement à la suite du conflit². Le virus Ebola était connu dans certaines zones de forêts tropicales, mais son arrivée dans les pays du golfe de Guinée a été une surprise, même s'il est resté cantonné à quelques pays. La Covid-19 s'est répandue à travers le monde en quelques semaines et a fait trembler les systèmes de santé réputés solides, conduisant à des mesures de confinement d'une ampleur inégalée. Elle a induit un séisme économique, des crises sociales et des tensions géopolitiques dans des proportions inédites. Sur la base des enseignements des crises sanitaires passées sur lesquelles nous avons travaillé³, il est possible de dégager cinq éléments clés de la gestion des grandes épidémies.

La crédibilité des alertes

Les épidémies et pandémies ont des profils assez variés : certaines infections se soignent facilement, pour d'autres il n'y a pas de traitement ; certaines sont très contagieuses, d'autres non. Face à ces risques, des systèmes de veille sanitaire doivent être réactifs et capables de faire remonter l'information vers les systèmes de veille (nationaux et internationaux). La politisation

high level of preparedness because it is an endemic area, but Haiti, where cholera is very recent, is completely unprepared and Yemen, despite the recurrence of epidemics due to the rapid deterioration of water and sanitation systems following the conflict, is poorly prepared². Ebola was known in some tropical forest areas but its arrival in the Gulf of Guinea was a surprise, even though it remained confined to a few countries. Covid-19 spread around the world in a matter of weeks, shaking up healthcare systems generally deemed to be robust, and leading to lockdown measures on an unprecedented scale. It has caused an economic earthquake, social crises and geopolitical tension of unparalleled proportions. Building on the lessons of previous health crises that we have worked on³, it is possible to identify five key elements for managing major epidemics.

The credibility of alerts

Epidemics and pandemics have quite different profiles: some infections are easily treated, while others have no treatment; some are highly contagious, and others are not. Health monitoring systems must be responsive to these risks and able to pass information on to national and international monitoring systems. The politicisation of alerts is a problem: concealing the epidemic, denying its seriousness, manipulating information and lying about what measures are being, or are about to be, implemented, are common occurrences in the health crisis management process until the seriousness of the situation makes silence and lies untenable. Whilst the chronology of the emergence of what is now called the Covid-19 pandemic re-

— 2. François Grünewald and Paula Farias, "Cholera in time of war: Evaluation of the MSF-OCBA cholera response in Yemen", June 2018, <https://www.urd.org/fr/publication/evaluation-de-la-reponse-de-msf-ocba-au-cholera-au-yemen-2018>

— 3. François Grünewald et Hugues Maury, « Épidémies, pandémies et enjeux humanitaires : leçons tirées de quelques crises sanitaires », Groupe URD, 29 mars 2020, https://www.urd.org/wp-content/uploads/2020/04/20200402_Crises-sanitaires_FINAL-2.pdf

— 2. François Grünewald and Paula Farias, "Cholera in time of war: evaluation of the MSF-OCBA cholera response in Yemen", June 2018, <https://www.urd.org/fr/publication/evaluation-de-la-reponse-de-msf-ocba-au-cholera-au-yemen-2018>

— 3. François Grünewald et Hugues Maury, « Épidémies, pandémies et enjeux humanitaires : leçons tirées de quelques crises sanitaires », Groupe URD, 29 mars 2020, https://www.urd.org/wp-content/uploads/2020/04/20200402_Crises-sanitaires_FINAL-2.pdf

des alertes représente un problème : masquer l'épidémie, nier sa gravité, manipuler l'information, mentir sur les mesures mises ou à mettre en place font partie des phénomènes fréquents dans la séquence de gestion des crises sanitaires. Jusqu'au moment où la gravité de la situation rend le silence et le mensonge intenable. Si la chronologie de l'émergence de ce qui est devenu la pandémie de la Covid-19 reste encore à écrire, il apparaît que les systèmes nationaux et internationaux d'alerte ont fait montre de dysfonctionnements et, très vite, d'une forte politisation : cela a entraîné une diversité de dates des alertes comme de prise des mesures dites « barrières » et des incohérences dans la mise à disposition des équipements individuels et collectifs. Les pays africains et asiatiques, si souvent confrontés aux épidémies, ont été plus réactifs que de nombreux pays occidentaux, largement impréparés. Bref, nous avons eu un front de réponse morcelé, alors qu'il fallait une coopération et une cohérence internationales fortes. Malgré ses efforts, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), garante des cohérences globales mais toujours en train de reconstruire une crédibilité entamée par la gestion d'Ebola en 2014, s'est sentie affaiblie par la confrontation entre la Chine et les États-Unis.

Protéger à tout prix le personnel de santé

Depuis l'épidémie de grippe espagnole de 1918, la vulnérabilité des personnels de santé du fait de leur exposition aux pathogènes est bien connue. Lors de la crise Ebola, le personnel médical a été très fortement touché : des centaines de médecins, de personnels infirmiers et d'ambulanciers y ont perdu la vie. On retrouve ce phénomène avec l'épisode de la Covid-19 actuel. Ce personnel et ceux qui l'appuient (logisticiens, personnel d'entretien, etc.) forment le cœur de la réponse : les perdre et les voir perdre confiance dans le système de santé comme dans la société réduit d'autant les chances de gérer correctement la crise.

mains to be written, it would seem that national and international alert systems have revealed certain failings and, very quickly, a strong sense of politicisation. This has resulted in different alert dates and so-called "barrier" measures and inconsistencies in the provision of individual and collective protective equipment. African and Asian countries, so frequently confronted with epidemics, have been more reactive than many, largely unprepared, Western countries. In short, our response was fragmented at a time when strong international cooperation and consistency were required. Despite its efforts, the World Health Organization (WHO), which guarantees global consistency but is still rebuilding its credibility following its management of the Ebola outbreak in 2014, has been weakened by the confrontation between China and the USA.

Protect health workers at all costs

Since the Spanish influenza epidemic of 1918, the vulnerability of health workers due to their exposure to pathogens has been well known. During the Ebola crisis, medical personnel were hit hard, with hundreds of doctors, nurses and ambulance personnel losing their lives. The current Covid-19 episode is no different. These health workers and those who support them (logistics staff, maintenance staff, etc.) are at the very heart of the response: losing them, and seeing them lose their confidence in the health system and in society, further reduces the chances of managing the crisis properly.

Manage logistics

Medical inputs aside, managing a health crisis is primarily a logistical exercise, as the Ebola and cholera crises have shown. Logistics have once again proved to be indispensable in the Covid-19 crisis. Despite the confinement measures, patients have had to be evacuated, medical staff supported, and the supply chain in affected regions assured. Logistics have also played an important part in boosting the capacity to treat patients in Europe and, given the lockdown situation, ensuring that foodstuffs are

Gérer la logistique

Au-delà des apports de la médecine, la gestion d'une crise sanitaire est avant tout logistique, comme l'ont montré celles d'Ebola et de choléra. Cette logistique s'est encore avérée indispensable dans la crise de la Covid-19: il fallait malgré le confinement évacuer des malades, soutenir le personnel médical et assurer les approvisionnements dans les zones impactées. Cela a été aussi important pour renforcer la capacité de prise en charge des patients dans des pays européens et, dans le contexte du confinement, pour assurer les approvisionnements alimentaires de pans entiers de la population à l'international. Pourtant, en Afrique, la fermeture des frontières empêche toujours la circulation d'experts et freine l'arrivée des intrants: médicaments, équipements de protection, concentrateurs d'oxygène, appareils de respiration mécanique. Certes, la dynamique de la pandémie sur ce continent semble prendre une autre trajectoire que celle escomptée. En s'appuyant sur une prévention *low cost* et communautaire, le continent africain a démontré son expérience des épidémies. Reste qu'il faut demeurer vigilant.

Renforcer la capacité des systèmes de santé à la gestion immédiate d'une épidémie

Triage: le mot fait peur, mais il a bel et bien été mis en œuvre durant cette crise. Trier, c'est choisir, dans un contexte de moyens limités et de temps contraint, qui sera pris en charge et selon quelles modalités⁴. L'efficacité du triage va dépendre de l'expérience des équipes, de l'existence de tests et de protocoles cliniques. Des systèmes pourtant sophistiqués et bien dotés, comme ceux existant en France, ont été confrontés dans la gestion de la crise à ces choix douloureux, du fait de l'encombrement des services d'urgence. Ces décisions difficiles, posant de nombreuses ques-

« Nous avons eu un front de réponse morcelé, alors qu'il fallait une coopération et une cohérence internationales fortes. »

"Our response was fragmented at a time when strong international cooperation and consistency were required."

supplied to large swathes of the international population. However, in Africa, border closures are still hindering the movement of experts and impeding the arrival of inputs such as drugs, protective equipment, oxygen concentrators and mechanical ventilators. Admittedly, the dynamics of the pandemic on this continent seem to be on a different track to that expected. By relying on low-cost and community-based prevention, Africa has demonstrated its experience of dealing with epidemics, but we must remain vigilant.

Strengthen the capacity of healthcare systems to respond immediately to an epidemic

Triage: a scary word, but it has certainly been implemented during this crisis. Triage means choosing, in a context of limited resources and limited time, who will be treated and how⁴. The effectiveness of triage depends on the teams' experience and the existence of tests and clinical protocols. Yet sophisticated and well-equipped systems, like those in France, were confronted with these painful crisis management choices because of overstretched emergency services. These difficult decisions, which raise many ethical issues, will leave deep psychological scars among the medical teams.

Furthermore, when managing these epidemics, transmission within the treatment facilities must be limited, "at risk"

— 4. Jean-Hervé Bradol, « En situation de catastrophe: s'orienter, trier et agir », Crash, 3 avril 2020, <https://www.msf-crash.org/fr/publications/catastrophes-naturelles/en-situation-de-catastrophe-sorienter-trier-et-agir>

— 4. Jean-Hervé Bradol, "In a disaster situation: get your bearings, triage and act", CRASH, 3 April 2020, <https://www.msf-crash.org/en/publications/natural-disasters/disaster-situation-get-your-bearings-triage-and-act>

tions éthiques, laisseront des traces psychologiques fortes parmi les équipes médicales.

Par ailleurs, dans la gestion de ces épidémies, il faut arriver à limiter la transmission dans les structures de prise en charge : identification des zones « à risques » et des zones « non contaminées », et définition des procédures de circulation. Les structures sanitaires existantes offrent souvent des options limitées, notamment dès qu'il s'agit de gérer une grande quantité de cas suspects et les personnes qui les accompagnent. Les services d'urgence de bien des pays riches ont vite été saturés. La gestion du confinement des cas contacts ou des cas testés positifs demande d'autres solutions : écoles, cours, stades ou hangars dans lesquels il faut bien marquer les zones et circuits « propre-sale ». Cette approche a été mise en place tardivement en France, avec des chaînes d'hôtels se transformant en centres de confinement, les expériences de centre de traitement Ebola ou choléra, basées sur des structures légères, n'ayant été que trop rarement envisagées.

Dans toutes les cultures, les rituels accompagnant l'agonie, la mort et la gestion des corps des personnes décédées sont fondamentaux. Pour Ebola, les populations ne comprenaient pas pourquoi on leur refusait de procéder aux rites funéraires et pourquoi on voulait brûler ce qui appartenait à la personne décédée. Cela a conduit à des épisodes de violences, jusqu'à ce que soient mis en place des processus de gestion sécurisés et dignes des personnes décédées. Le recours à des socio-anthropologues, mais aussi à des sociopsychologues, s'avère rapidement essentiel pour trouver des approches adaptées. Le confinement décrété dans de nombreux pays lors de la crise de la Covid-19 a rendu très difficile l'exercice de tels rites. Pour beaucoup, savoir que des proches sont morts seuls et qu'ils ont été inhumés sans cérémonie restera une douleur qu'il faudra gérer dans le temps.

and "non-contaminated" zones must be identified and procedures governing the movement of people defined. Existing healthcare facilities often have limited options, particularly when a large number of suspected cases and the people accompanying them have to be managed. The emergency services of many rich countries soon found themselves saturated. Contact tracing and the confinement of people testing positive for Covid-19 requires other solutions such as schools, stadia and warehouses where "clean" and "dirty" zones and routes must be clearly identified. France was late in adopting this approach, converting hotel chains into confinement centres, the experiences of Ebola or cholera treatment centres, based on light structures, having been all too rarely considered.

In all cultures, rituals related to death and dying and the disposal of the deceased are of paramount importance. With regard to Ebola, people could not understand why they were being prevented from observing their funeral rites and why the deceased's possessions had to be burnt. This led to outbreaks of violence until secure and dignified procedures were introduced for disposing of the dead. It very quickly became essential to consult socio-anthropologists and social psychologists in order to seek appropriate solutions. The confinement measures imposed in many countries during the Covid-19 crisis have made it very difficult to perform such rituals. For many people, knowing that their loved ones died alone and were buried without ceremony shall remain a source of grief that only time will heal.

Lastly, discharging patients that have recovered : seeing people leave care facilities is still one of the greatest experiences for teams deeply affected by the large number of patients and colleagues lost. However, so great is the fear of a second wave that care is required when discharging patients. Ongoing uncertainty about the contamination level of those who have recovered, the actual level of

La décharge des patients guéris enfin : voir des personnes sortir des unités de soins reste l'une des expériences les plus fortes pour des équipes très touchées par le nombre important de patients et de collègues perdus. Mais cette décharge demande des précautions, tant est forte la crainte de reprise de l'épidémie : les incertitudes encore existantes sur le niveau de contamination des personnes guéries, la réalité de l'immunité acquise, l'acceptation sociale de ces guéris et la pérennité des « mesures barrières » demanderont un travail de suivi et d'accompagnement de ces guéris comme des communautés dans lesquelles ils reviennent. Et ce même si des tests fiables et bon marché semblent en train d'arriver.

Mesures d'hygiène, mesures barrière et mises en quarantaine

En Afrique, l'expérience des épidémies a fait émerger une culture de la prévention : lavage des mains, gestion du contact physique, enjeux d'assainissement, mais aussi affichage des messages dans les marchés ou les écoles. En Asie, avec la récurrence des SRAS et d'autres maladies à coronavirus se transmettant par aérosol, l'habitude du masque s'est développée. L'expérience d'Ebola au Kivu (République démocratique du Congo, RDC) en 2018-2019 montre que ces mesures sont facilement acceptées si la présence d'eau, de savon et de récipients *ad hoc* est assurée, et qu'elles sont aisées à réactiver : alors que le premier cas de Covid-19 était détecté à Kinshasa, on a vu ressortir les seaux de lavage des mains dans les villages. Le passage de l'urgence au développement « Ebola » aurait pu servir de préparation aux risques pour la Covid-19. On a vu combien, dans de nombreux pays occidentaux, il était difficile de faire accepter ces gestes barrières, phénomène aggravé par les erreurs stratégiques dans la politique du masque. De même, au Sud comme au Nord, il est apparu que pour toute épidémie impliquant une réponse hospitalière, l'attention portée dans la prévention de la transmission nosocomiale est

immunity acquired, the social acceptance of those who have recovered and the sustainability of "barrier measures" will require such people and the communities to which they are returning to be monitored and supported... even if reliable and cheap tests now seem to be available.

Hygiène, barrier measures and quarantine

In Africa, experience of epidemics has given rise to a culture of prevention: washing hands, managing physical contact, sanitation issues and not least, posters displaying the message in markets and schools. In Asia, following the recurrence of SARS and other coronavirus diseases spread through aerosol transmission, wearing masks has become the norm. The experience of Ebola in Kivu (in the Democratic Republic of the Congo, DRC) in 2018-2019 shows that these measures are quickly accepted if the supply of water, soap and temporary receptacles is guaranteed and that they are easily re-introduced: when the first case of Covid-19 was detected in Kinshasa, hand-wash units were brought out again in the villages. The shift from "Ebola emergency" to "Ebola development" could have served as preparation for the risks of Covid-19. In many Western countries, we have seen how difficult it has been to get these barrier gestures accepted, an exercise compounded by strategic mistakes in the mask-wearing policy. Similarly, in both the south and the north, it has emerged that for any epidemic involving a hospital response, the attention given to the prevention of nosocomial transmission is more vital than in normal times; a new and essential category of key workers (maintenance and kitchen staff, ambulance drivers), essential links in the fight against the pandemic, have found themselves on the front line. Quietly working on the sidelines, they were recognised for the role they played in Guinea in the fight against Ebola in 2014. In France, it is thanks to Covid-19 that they must now be taken into consideration, even though there is nothing to suggest that such consideration will last...

plus fondamentale qu'en temps normal : une nouvelle catégorie essentielle d'acteurs-clés (les personnels d'entretien, de cuisine, les chauffeurs d'ambulance), maillons essentiels de la lutte contre la pandémie, s'est trouvée en première ligne. Acteurs de l'ombre, ils s'étaient vu reconnaître leur rôle en Guinée dans la lutte contre Ebola dès 2014. En France, c'est à la Covid-19 qu'ils doivent désormais d'être pris en compte, même si rien ne dit que cela durera...

**« Pour des populations
qui vivent avec 1 ou 2 dollars
par jour, ne pas travailler
veut dire ne rien avoir à manger. »**

***"For people who live
on \$1 or \$2 a day, not working
means not having anything to eat."***

Confinement et quarantaine se sont imposés dans de nombreux pays pour limiter la transmission et réduire la pression sur les structures hospitalières. Si leur mise en œuvre n'a pas été sans difficulté dans les pays riches, du fait de leurs impacts psychologiques et économiques, elle fut encore plus problématique dans des pays où les ménages n'ont que peu de réserves alimentaires. Pour des populations qui vivent avec 1 ou 2 dollars par jour, ne pas travailler veut dire ne rien avoir à manger. Le risque de violences politiques et de révoltes de la faim devient vite élevé et il a d'ailleurs commencé à prendre corps en Colombie ou au Liban. Les mesures barrières et comportementales sont des solutions efficaces, mais elles demandent des efforts de pédagogie et d'information, notamment au niveau communautaire. Alors que la communication en Afrique faisait preuve d'inventivité, on a vu combien, dans les pays européens, aux États-Unis et en Amérique latine, cette pédagogie s'est cantonnée à des discours officiels, plus ou moins mêlés de déclarations se voulant scientifiques, mais entachées d'une faiblesse majeure :

Lockdown and quarantine were introduced in many countries to limit transmission and ease the pressure on hospital facilities. Whilst their implementation has not been without difficulty in rich countries because of their psychological and economic effects, it has been even more problematic in countries where households have very little in the way of food reserves. For people who live on \$1 or \$2 a day, not working means not having anything to eat. The risk of political violence and food riots is rising rapidly and has begun to take hold in Colombia and Lebanon. Barrier and behavioural measures are effective solutions, but they require education and information, particularly at community level. Whilst communication in Africa has been inventive, such education in Europe, the United States and Latin America has been confined to official speeches, more or less mixed with statements that purport to be based on scientific fact but are tarnished by a major weakness: the multitude of contradictions accumulated over time. When faced with the unknown and the uncertain, it is best to admit that we do not know...

Other challenges

When dealing with epidemics, the discovery of a vaccine remains the most promising option, but it takes time: two years for Ebola, and no doubt more than a year for Covid-19. Ring vaccination, which involves vaccinating the close contacts of a diagnosed person, thus allowing the greatest number of people who may have been in contact with them to be vaccinated, or broad immunisation coverage in at-risk areas is an option. The response to a major epidemic, however, cannot be based on vaccination alone; a combination of "vaccination, patient care, preventive measures, widespread communication about the risks, social mobilisation, and community engagement" is needed to manage it.

If there is one lesson to be learnt from this pandemic and others before it, it is without doubt that monitoring the de-

la multitude de contradictions accumulées au fil du temps. Face à l'inconnu et à l'incertain, mieux vaut savoir dire qu'on ne sait pas...

Autres enjeux

Face aux épidémies, la découverte de vaccins reste l'option la plus prometteuse, mais elle prend du temps : deux ans pour Ebola, sans doute plus d'un an pour la Covid-19. La vaccination « en anneau » – qui consiste à vacciner l'entourage des cas identifiés et permet ainsi de toucher le plus grand nombre de gens ayant pu être en contact avec un cas identifié – ou la couverture vaccinale large de zones à risques sont envisageables. Mais la réponse à une épidémie majeure ne peut dépendre de la seule vaccination : c'est le paquet « vaccination, prise en charge des patients, mesures préventives, communication large sur les risques, mobilisation sociale et engagement communautaire » qui permettra de la gérer.

S'il est un enseignement de cette pandémie comme d'autres, c'est sans nul doute que suivre l'évolution d'une crise sanitaire dans le temps et dans l'espace est une des conditions de sa gestion. Mais les systèmes de collecte et d'analyse des informations épidémiologiques doivent être mis en place au plus vite, avec l'aide d'épidémiologistes, de cartographes et de spécialistes de systèmes d'information géographique (SIG). Cela doit permettre de suivre l'évolution de la crise au plus près du terrain. Il faut donc s'assurer qu'on ne se trompe ni d'échelle ni d'indicateurs. Ainsi le fameux R_0 , taux de reproduction de base d'un virus, à la bouche de tous les politiques et de tous les chroniqueurs durant la crise, n'a en fait guère de sens au niveau national : campagnes et villes, zones traversées par des flux de mobilité et régions isolées auront des taux de reproduction très différents qui indiqueront des dynamiques tout aussi différentes. Cela renvoie sans doute à un sous-développement de la culture de santé publique dans de trop nombreux pays, à commencer par la France.

Development of a health crisis in time and space is one way to manage it. However, systems for gathering and analysing epidemiological data must be set up as soon as possible with the help of epidemiologists, cartographers and specialists in geographic information systems (GIS). This should allow the development of the crisis to be monitored as close to the field as possible. We must therefore ensure that we do not misunderstand scale or indicators. Take the so-called 'R' number for example, the basic reproduction rate of a virus, which has been hanging on the lips of all politicians and journalists throughout the crisis. It is largely meaningless at national level because rural and urban areas, areas crossed by mobility flows, and isolated regions will all have very different reproduction rates, which in turn will require equally different action plans. This doubtless harks back to the underdevelopment of the public health culture in too many countries, starting with France.

Already mentioned in relation to Ebola, the social sciences are still all too rarely called upon, yet they are an essential component of epidemic management. A lack of understanding of what people think and the beliefs that surround death can quickly become a major constraint and even lead to significant safety risks. Mobilised too late in Guinea but quickly brought in as reinforcements in the DRC, social scientists have proved to be almost as indispensable as doctors; when managing epidemics, they help to explain the fears and behaviour of societies when faced with pain, death and contamination, and to develop strategies that allow dialogue and acceptance.

« Les sciences sociales sont encore trop rarement sollicitées, alors qu'elles représentent un élément essentiel de la gestion des épidémies. »

"The social sciences are still all too rarely called upon, yet they are an essential component of epidemic management."

Déjà évoquées dans le cas d'Ebola, les sciences sociales sont encore trop rarement sollicitées, alors qu'elles représentent un élément essentiel de la gestion des épidémies. Le manque de compréhension de ce que pensent les gens et des croyances qui accompagnent la mort peut vite devenir une contrainte majeure, voire entraîner des risques sécuritaires importants. Mobilisés trop tard en Guinée, mais rapidement appelés en renfort en RDC, les spécialistes en sciences sociales se sont avérés presque aussi indispensables que les médecins : dans la gestion des épidémies, ils permettent de comprendre les peurs, les comportements des sociétés face à la douleur, à la mort et à la contamination et de développer des stratégies qui permettront dialogue et acceptation.

Dans un monde de plus en plus connecté, l'information circule rapidement et les fausses rumeurs se répandent plus vite que les messages sanitaires. Il est indispensable de communiquer pour donner les impulsions politiques nécessaires afin de lutter contre l'épidémie, contrer les *fake news*, sources importantes d'insécurité et de rejet des interventions. En Guinée, les fausses rumeurs ne venaient pas des sorciers et des chamans de la forêt, mais de Conakry, exposée à la circulation de fausses rumeurs sur l'« Ebola business », entre agences internationales suspectées de s'enrichir avec Ebola, quand elles ne l'avaient pas introduit elles-mêmes, et manipulation des services secrets américains. La crise de la Covid-19 n'a pas été en mal d'emballements médiatiques : sur la « fuite » du virus du laboratoire P4 de Wuhan, la chloroquine, la nécessité des masques. Et à voir comment l'OMS a été prise en otage de la lutte entre grandes puissances, on mesure combien la communication fait maintenant partie intégrante des nouvelles « armes de guerre ».

Face à de telles crises sanitaires, un certain nombre de facteurs aggravants ont démontré leur importance : état sanitaire des populations, densité et promiscuité, conflits et difficultés d'accès aux soins.

In an increasingly connected world, information circulates rapidly and false rumours spread faster than hygiene messages. It is vital to communicate in order to provide the political impetus needed to fight epidemics and counter fake news – a major source of insecurity and the reason why interventions are rejected. In Guinea, the false rumours did not emanate from sorcerers and forest-dwelling shamans but from Conakry, where false rumours were rife about the "Ebola business", international agencies enriching themselves from Ebola if not introducing it themselves, and about manipulation by US intelligence agencies. The Covid-19 crisis has been no stranger to media hype about the "leak" of the virus from Wuhan's P4 laboratory, chloroquine, and the need for masks. And to see how the WHO has been held hostage to the struggle between the great powers, just look at the extent to which communication is now an integral part of the new "weapons of war".

In the face of such health crises, a number of aggravating factors have demonstrated their importance: population health, population density and overcrowding, conflict and access to healthcare. Many diseases, including malaria, HIV and malnutrition, weaken a population, making it less resistant to health risks. The slow pace of the current pandemic in Africa, however, questions our assumptions: is it the result of a climate lag effect or a demographic effect, or better resistance brought by frequent exposure to many pathogens? This remains to be seen, even though this respite – be it temporary or permanent – is unlikely to prevent the early demise of populations weakened by comorbidities and high infant mortality caused by food crises.

Finally, let us not forget that in high density contexts (slums, refugee camps and camps for displaced people), the management of epidemics is very difficult: speed of transmission, difficulty accessing certain areas, inability to enforce physical distancing rules, difficulty evacuating the sick and dead and lack of

De nombreuses pathologies contribuent à affaiblir les populations, les rendant moins résistantes aux risques sanitaires : paludisme, VIH, malnutrition, etc. La faible dynamique de la pandémie actuelle en Afrique questionne néanmoins nos hypothèses : est-ce un effet retard dû au climat ou un effet démographique, ou une meilleure résistance du fait de l'exposition fréquente à de nombreux pathogènes ? On l'ignore encore, même si ce répit – qu'il soit temporaire ou durable – n'empêchera sans doute pas la disparition précoce de populations fragilisées par des comorbidités ni une forte mortalité infantile du fait de crises alimentaires.

Enfin, n'oublions pas qu'en contexte de forte densité (bidonvilles, camps de réfugiés et de déplacés), la gestion des épidémies est très difficile : rapidité de transmission, difficulté d'accès à certaines zones, impossibilité de faire appliquer les règles de distanciation physique, difficiles évacuations des malades et des morts, manque de place dans les cimetières. Pour autant, cette prévention cède pour le moment devant les faits : il n'y a pas d'explosion de la mortalité dans ces lieux surpeuplés à forte pauvreté, ni dans les bidonvilles d'Inde ou d'Afrique, ni dans les camps de réfugiés. L'interrogation pour les zones de conflit, où la gestion des crises sanitaires est en général difficile (réduction de la mobilité et des approvisionnements, attaques sur les structures de santé) et demande des approches spécifiques est identique. Pour l'instant, on ne déplore pas d'explosion de mortalité, mais les interrogations demeurent sur les flux d'information, forcément contraints, si bien que la vigilance doit rester à son plus haut niveau. Cela est d'autant plus indissensable que la pandémie a conduit à l'évacuation de nombreux humanitaires et au confinement de nombreux acteurs locaux, rendant beaucoup plus difficile le travail dans de nombreuses régions

space in cemeteries. Yet this prevention is now crumbling in the face of the facts; there is no explosion of mortality in these overcrowded, high-poverty places, or in the slums of India or Africa, or in refugee camps. The issue for conflict zones where health crisis management is generally difficult (reduced mobility and supplies, attacks on healthcare facilities) and requires specific approaches, is the same. For the time being there are no reports of an explosion of mortality, but questions remain about the flow of information, which is inevitably constrained, so vigilance must remain at its highest level. This is all the more vital as the pandemic has led to the evacuation of many humanitarian workers and the confinement of many local actors, making it much more difficult to work in many parts of the world affected by conflicts and disasters related to extreme natural events⁵.

Perspectives

Large-scale epidemics such as Covid-19 are now an integral part of the crises affecting the entire planet⁶. In the face of this now-permanent risk, it is important to take a fresh look at health policies and tools for managing pandemic crises.

This pandemic, which has brought rich and poor countries together in the same fight, has generated a certain level of international collaboration, but new competition has also emerged. The secret economic struggle being waged by leading pharmaceutical companies in pursuit of patents on tests, treatment products and vaccines is reflected in a new international "Great Game" of health crisis management.

— 5. B. Ramalingam, N.S. Singh, A. Mahieu and K. Blanchet, "Responding to COVID-19: Guidance for humanitarian agencies", ALNAP, London, <https://www.alnap.org/help-library/responding-to-covid-19-guidance-for-humanitarian-agencies>

— 6. François Grünewald *et al.*, « Cartographie des risques non intentionnels futurs. Occurrence des risques et vulnérabilité des populations », DAS, MINDEF, septembre 2010, <https://www.defense.gouv.fr/dgris/recherche-et-prospective/etudes-prospectives-et-strategiques/articles-etudes/cartographie-des-risques-non-intentionnels-futurs>

du monde affectées par les conflits et les désastres liés à des phénomènes naturels extrêmes⁵.

Perspectives

Avec la Covid-19, les épidémies de grande ampleur font maintenant partie intégrante des crises qui affectent la planète entière⁶. Face à ce risque que l'on sait désormais permanent, il importe de revisiter politiques sanitaires et outils de gestion des crises pandémiques.

À la faveur de cette pandémie qui a réuni pays riches comme pays pauvres dans un même combat, une certaine collaboration internationale s'est mise en place, mais de nouvelles compétitions ont vu le jour. À la lutte économique secrète que se livrent les grands laboratoires pharmaceutiques pour les brevets des tests, produits de traitement et vaccins, fait écho un nouveau « Grand jeu » international de la gestion des crises sanitaires.

Gérer ces épidémies implique des décisions d'autant plus difficiles que les États ne s'y intéressent réellement que quand elles deviennent des risques pour leur sécurité et celles de leurs citoyens. L'épidémie de la Covid-19 a frappé des pays qui pensaient avoir des systèmes de santé forts, les obligeant à revoir nombre de leurs paradigmes. Face à l'incertitude et à l'inconnu, la science ne remplace pas la décision politique : au mieux elle offre aux décideurs des options, des scénarios. Malgré les controverses qui émergent et leur pouvoir de nuisance, c'est de l'intelligence et du courage de ces derniers dont dépendra l'efficacité de la gestion de la crise.

Managing these epidemics requires decisions that are all the more difficult to make because States are only really interested when these epidemics become a risk to their own security and that of their citizens. The Covid-19 epidemic has hit countries that thought they had robust healthcare systems, forcing them to rethink many of their paradigms. When faced with uncertainty and the unknown, science cannot replace political decisions – at best it can provide decision-makers with options and scenarios. Despite the emerging controversies and their power to cause harm, it is the intelligence and courage of those decision-makers which will determine the effectiveness of crisis management.

Translated from the French by Derek Scoins

— 5. B. Ramalingam, N.S. Singh, A. Mahieu and K. Blanchet, "Responding to COVID-19: Guidance for humanitarian agencies", ALNAP, London, <https://www.alnap.org/help-library/responding-to-covid-19-guidance-for-humanitarian-agencies>

— 6. François Grünewald *et al.*, « Cartographie des risques non intentionnels futurs. Occurrence des risques et vulnérabilité des populations », DAS, MINDEF, septembre 2010, <https://www.defense.gouv.fr/dgris/recherche-et-prospective/etudes-prospectives-et-strategiques/articles-etudes/cartographie-des-risques-non-intentionnels-futurs>

Biographie | Biography



FRANÇOIS GRÜNEWALD

Il travaille depuis plus de trente-cinq ans dans le secteur de la solidarité internationale et est actuellement directeur général et scientifique du Groupe URD où il anime notamment les travaux sur la gestion des catastrophes et la résilience. Auteur de nombreux articles, François a dirigé plusieurs ouvrages, dont *Entre urgence et développement*, *Villes en guerre et guerres en ville* et *Bénéficiaires ou partenaires. Quels rôles pour les populations dans l'action humanitaire ?*, tous trois aux éditions Karthala (voir <https://www.urd.org/fr>).

He has worked in the international aid sector for more than thirty-five years and is currently Executive and Scientific Director of Groupe URD where he oversees work on disaster management and resilience.

The author of numerous articles, François Grünewald has co-written several works including *Entre urgence et développement*, *Villes en guerre et guerres en ville* and *Bénéficiaires ou partenaires: quels rôles pour les populations dans l'action humanitaire ?*, all available from Karthala (see <https://www.urd.org/en>).

Le rôle central de la santé communautaire dans la lutte contre la pandémie de la Covid-19 : l'expérience de Médecins du Monde Canada

The central role of community health in the fight against the Covid-19 pandemic: the experience of *Médecins du Monde Canada*

Chloé Cébron, Shelley-Rose Hyppolite et
Nadja Pollaert – Médecins du Monde Canada

L'

approche communautaire serait-elle une des solutions à la distanciation sociale qui, à la faveur de la pandémie actuelle, a montré toute son étendue ? C'est toute l'argumentation que développent ici les trois auteurs, membres de Médecins du Monde Canada.

Unanimentement relevé, le défaut de préparation des pays occidentaux se fait sentir encore plus fortement lorsqu'on observe l'impact de la pandémie de la Covid-19 sur les populations en situation de pauvreté et les plus marginalisées de nos sociétés. Il en va notamment des personnes migrantes, de celles en situation de précarité économique, d'itinérance, consommatrices de drogues,

Might a community approach be one of the solutions for social distancing, the scope of which has been revealed by the current pandemic? This is the argument put forward by the three authors, members of *Médecins du Monde Canada*.

The lack of preparation in Western countries, which has been universally acknowledged, has been even more strongly felt in the impact of the Covid-19 pandemic on the poorest, most marginalised people in our societies. These include migrants, economically precarious populations, homeless people, drug users, and sex workers. The measures and practices adopted in response to the disease have exacerbated financial insecurity, domestic violence, stigmatisation, and pre-existing psychological problems amongst these groups. Moreover, in this context of mandatory "distancing", they have become even more inaccessible.

ou bien des travailleuses et travailleurs du sexe. Les dispositions et pratiques adoptées pour faire face à la maladie aggravent ainsi l'insécurité financière, la violence domestique, la stigmatisation et les problèmes psychologiques pré-existants chez ces personnes. De plus, dans ce contexte de « distanciation » obligatoire, elles deviennent encore plus inaccessibles.

Ces facteurs de précarisation sont évidemment très prégnants dans une situation où il est impératif de faire appel à l'aide internationale, d'autant que la suspicion et le manque de confiance des communautés envers les ONG étrangères et leurs travailleurs internationaux ont tendance à se généraliser. Les projets sont mis à rude épreuve en raison des barrières d'accès et d'une réalité changeante, tant d'un point de vue social que politique et économique, dans les pays d'intervention.

Médecins du Monde s'est vu ainsi dans l'obligation d'adapter ses programmes non seulement dans des contextes internationaux, mais aussi dans ses contextes locaux. Le point commun entre ces différentes situations est l'approche de santé communautaire, si chère à Médecins du Monde, qui s'avère absolument essentielle en cette période, autant pour la prévention et la lutte contre la maladie elle-même que dans la volonté de permettre aux communautés et aux systèmes de santé de surmonter cette crise. Mais au-delà des organisations humanitaires, ces leçons pourraient sans doute aussi s'appliquer aux orientations des programmes multilatéraux de développement en santé et aux systèmes de santé d'ici et d'ailleurs.

La Covid-19 comme agent révélateur des inégalités et comme facteur aggravant

Les populations reconnues comme étant les plus susceptibles de contracter la Covid-19 sont les personnes âgées, celles souffrant d'une maladie chronique, les personnes immunodéprimées et celles en situation de pauvreté

« Les mesures sanitaires et sécuritaires adoptées afin de lutter contre la Covid-19 aggravent également les exclusions et la précarité. »

“The health and safety measures adopted to fight against Covid-19 also exacerbate exclusion and instability.”

These factors of insecurity are clearly significant in a situation where it is imperative to appeal to international aid, especially since there has been a general trend of community suspicion and lack of confidence towards foreign NGOs and their international staff. Projects face obstacles in the countries of intervention relating to reduced access and changing realities, as much from a social point of view as from a political and economic one.

Médecins du Monde therefore found itself compelled to adapt its programmes, not only in international contexts but also in local ones. The common point between these different situations is the community health approach, so dear to *Médecins du Monde*, which is proving to be absolutely essential at this time, both in preventing and fighting against the disease itself as in enabling communities and health systems to overcome this crisis. Beyond humanitarian organisations, these lessons could undoubtedly also be applied to the orientation of multilateral health development programmes, and to health systems here and abroad.

Covid-19 as revelatory of inequalities, and as an aggravating factor

The people most at risk of contracting Covid-19 have been identified as the elderly, those suffering from chronic illnesses, the immunocompromised,



CHLOÉ
CÉBRON



SHELLEY-ROSE
HYPPOLITE



NADJA
POLLAERT

ou marginalisées¹. Or nos systèmes de santé, notamment au Canada, ont privilégié les actions en faveur des trois premiers groupes, laissant de côté les personnes relevant de la dernière catégorie. Pourtant, nous constatons combien l'actuelle pandémie a aggravé leur situation et les inégalités auxquelles elles sont confrontées.

En effet, que ce soit dans les pays à revenus élevés, moyens ou faibles, ce virus affecte tout particulièrement les personnes vivant dans la précarité et dont l'état de santé est fragilisé en raison de leurs faibles ressources et de leur manque d'accès aux services de santé. Ainsi, les personnes itinérantes, les personnes résidant dans des locaux surpeuplés ou travaillant dans des conditions où la distanciation physique n'est pas possible (parce qu'il n'est pas envisageable pour elles de se procurer des équipements de protection) sont plus à même de contracter la Covid-19². De plus, leur état de santé est souvent initialement moins bon que celui de la population générale, et la présence de comorbidités constitue un facteur de risque supplémentaire, qui les rend plus vulnérables devant la maladie.

Les mesures sanitaires et sécuritaires adoptées afin de lutter contre la Covid-19 aggravent également les exclusions et la précarité. De fait, dans de nombreuses situations, les exigences en matière de santé publique ont entraîné un arrêt ou une réduction des activités et services des organismes communautaires ou humanitaires qui répondent habituellement à des besoins de base essentiels

and poor or marginalised people¹. Our health systems, and especially in Canada, have focused on actions in favour of the first three groups, leaving those from the last category behind. And yet we can see the extent to which the current pandemic has exacerbated their situation and the inequalities with which they are faced.

Indeed, across high-, middle- and low-income countries, this virus particularly affects people living in poverty and whose state of health is compromised due to their lack of resources and access to health services. Hence, homeless people, those living in overcrowded accommodation or working in conditions where physical distancing is impossible (because they do not have access to protective equipment) are more likely to contract Covid-19². Moreover, their state of health is often initially worse than the general population, and the presence of comorbidities represents an added risk, making them more vulnerable to the disease.

The health and safety measures adopted to fight against Covid-19 also exacerbate exclusion and instability. In many situations, the public health requirements have actually led to a reduction or cessation of the activities and services of community and humanitarian organisations that ordinarily meet these populations' essential basic needs. Moreover, beyond losses of jobs and income, tightened security at the borders and in the public sphere, as well as repressive regulations on social conduct, represent a double penalty for people in marginalised situations. The pandemic has exposed a society with dif-

— 1. Agence de la santé publique du Canada, « Les populations vulnérables et la Covid-19 », 25 mai 2020 [En ligne], <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/coronavirus/covid-19-vulnerable-populations/update-covid-19-vulnerable-populations-fra.pdf>

— 2. P. Tircher et N. Zorn, « Inégaux face au coronavirus. Constats et recommandations », Observatoire québécois des inégalités, Montréal, 2020, p. 8 [En ligne], [https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYMZxfbWTbVKVvSt3IBECIc/asset/files/OQI%20-%20Ine%CC%81gaux%20face%20au%20coronavirus\(3\).pdf](https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYMZxfbWTbVKVvSt3IBECIc/asset/files/OQI%20-%20Ine%CC%81gaux%20face%20au%20coronavirus(3).pdf)

— 1. Public Health Agency of Canada, "Vulnerable populations and COVID-19", 25 May 2020, available online: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/coronavirus/covid-19-vulnerable-populations/update-covid-19-vulnerable-populations-eng.pdf>

— 2. P. Tircher et N. Zorn, « Inégaux face au coronavirus. Constats et recommandations », Observatoire québécois des inégalités, Montréal, 2020, p. 8, available online: [https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYMZxfbWTbVKVvSt3IBECIc/asset/files/OQI%20-%20Ine%CC%81gaux%20face%20au%20coronavirus\(3\).pdf](https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYMZxfbWTbVKVvSt3IBECIc/asset/files/OQI%20-%20Ine%CC%81gaux%20face%20au%20coronavirus(3).pdf)

pour ces personnes. De plus, au-delà des pertes d'emploi et de revenu, la sécurisation accrue des frontières et de l'espace public, ainsi que la réglementation répressive du comportement social font peser une double peine sur les personnes en situation de marginalité. Se révèle ainsi une société à plusieurs vitesses, dans laquelle certains ont les moyens de se protéger et de se conformer aux réglementations, tandis que d'autres sont pénalisés pour leur incapacité à le faire.

La Covid-19 comme agent révélateur des faiblesses de nos systèmes de santé

La pandémie n'affecte pas que la santé des individus. Elle est venue déséquilibrer les cadres institutionnels, révélant les failles créées par des politiques qui ont finalement affaibli les systèmes de santé et les communautés, les rendant plus vulnérables face à la Covid-19 et à ses conséquences. On pourrait prendre l'exemple des frais d'usagers en santé, qui ont longtemps été au cœur des politiques de développement des systèmes de santé de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international, mais qui, sans une gestion communautaire forte, se révèlent extrêmement dommageables dans un contexte de crise³. De la même façon, les interventions menant à une institutionnalisation accrue des services créent de nombreux obstacles entre la population et le système de santé.

Les politiques de centralisation et d'homogénéisation des systèmes de santé se sont aussi montrées très préjudiciables dans ce contexte de pandémie. L'exemple du Québec est, à ce titre, très révélateur. Les années de réforme visant à centraliser le système, à alléger l'administration et à encourager la mobilité du personnel pour en réduire les coûts asso-

ferent "lanes", where some people have the means to protect themselves and to comply with regulations, whilst others are penalised for their inability to do so.

Covid-19 as revelatory of the weaknesses of our health systems

The pandemic does not only affect individuals' health. It has also destabilised institutional frameworks, revealing the gaps created by policies which have ultimately weakened health systems and communities, making them more vulnerable to Covid-19 and its consequences. We could take the example of user fees in healthcare, which have long been a mainstay of the World Bank and the International Monetary Fund's development policies for health systems, but which, without strong community management, have proven to be extremely damaging in crisis contexts³. In the same way, interventions leading to the increased institutionalisation of services create numerous obstacles between the population and the health system.

Policies aiming to centralise and homogenise health systems have also turned out to be highly detrimental in this pandemic context. The example of Quebec is very revealing on this point. Years of reforms to centralise the system, streamline the administration and encourage mobility amongst personnel in order to reduce associated costs⁴ have placed its metropolis, Montreal, at the top of the list of global mortality rates associated with Covid-19⁵. Caught in a "streamlined"

— 3. Robert Yates, "In the Covid-19 Era, Healthcare Should be Universal and Free", Chatham House, 11 May 2020, <https://www.chathamhouse.org/expert/comment/covid-19-era-healthcare-should-be-universal-and-free>

— 3. Robert Yates, "In the Covid-19 Era, Healthcare Should be Universal and Free", Chatham House, 11 May 2020, <https://www.chathamhouse.org/expert/comment/covid-19-era-healthcare-should-be-universal-and-free>

— 4. Institut national de santé publique du Québec, « Évaluation de la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 – Analyse de l'impact des nouveaux mécanismes de gouvernance », mars 2019, https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2552_evaluation_gouvernance_programme_national_sante_publique_2015_2025.pdf.

— 5. Comparaisons santé : Québec/Canada/OCDE, « Mortalité par Covid-19 au Québec : comparaisons nord-américaines et internationales. Mise à jour du 15 juin », <https://comparaisons-sante-quebec.ca/mortalite-par-covid-19-quebec-et-comparaisons-internationales/#international>

ciés⁴ ont placé sa métropole, Montréal, en tête des taux mondiaux de mortalité liée à la Covid-19⁵. Ainsi, face à la pandémie, au sein d'un système « allégé » et organisé autour de mégastructures, les institutions de santé et de soins ont eu des difficultés à réagir promptement et adéquatement. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a finalement dû embaucher de très nombreux bénévoles non formés et parfois peu supervisés afin de combler le manque de personnel dans les résidences pour personnes âgées, puis demander l'aide de l'armée canadienne et de la Croix-Rouge pour lutter sur ce même front. De même, plus de deux mois après la déclaration d'urgence sanitaire, la mobilité du personnel entre zone non Covid-19 et zone Covid-19, reconnue comme extrêmement propice à la propagation du virus, était toujours de mise.

La santé communautaire comme une des pistes de solution

Face à la pandémie, à ce qu'elle révèle de nos sociétés et à son impact sur les populations les plus vulnérables, une approche communautaire en santé nous apparaît plus pertinente que jamais, ici au Canada comme ailleurs. De fait, cette approche permet de combler une importante lacune dans les actions entreprises pour lutter contre l'épidémie : la dimension sociale et anthropologique est en effet trop souvent négligée, alors qu'elle nécessite une approche circonstanciée, dans le respect du contexte culturel⁶.

— 4. Institut national de santé publique du Québec, « Évaluation de la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 – Analyse de l'impact des nouveaux mécanismes de gouvernance », mars 2019, https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2552_evaluation_gouvernance_programme_national_sante_publique_2015_2025.pdf

— 5. Comparaisons santé : Québec/Canada/OCDE, « Mortalité par Covid-19 au Québec : comparaisons nord-américaines et internationales. Mise à jour du 15 juin », <https://comparaisons-sante-quebec.ca/mortalite-par-covid-19-quebec-et-comparaisons-internationales/#international>

— 6. Jean-François Delfraissy et Benoît Miribel, « Les leçons d'Ebola », *Alternatives Humanitaires*, numéro inaugural, 2016, p. 22-27, <http://alternatives-humanitaires.org/fr/2016/01/17/les-lecons-ebola/#more-108>

system structured around mega-organizations, health and care institutions found it difficult to react promptly and adequately in the face of the pandemic. The Ministry of Health and Social Services in Quebec was eventually forced to hire a significant number of volunteers, who were untrained and sometimes under-supervised, in order to make up for the lack of personnel in old people's homes, and then to ask for the help of the Canadian Army and the Red Cross to fight on this same front. Likewise, more than two months after the declaration of a health emergency, health personnel were continuing to move between non-Covid-19 and Covid-19 areas, even though this mobility was acknowledged to be extremely conducive to the spread of the virus.

Community health as one of the possible solutions

Faced with this pandemic, what it reveals about our societies and its impact on the most vulnerable populations, a community approach to healthcare seems to us to be more relevant than ever, here in Canada and elsewhere. Indeed, this approach provides a corrective to an important shortcoming in the actions undertaken in the fight against the epidemic: the social and anthropological dimension is too often ignored, whereas it requires a comprehensive approach, in accordance with the cultural context⁶.

Whilst it is not possible to draw a complete parallel between the two health crises, the measures which enabled us to check the spread of the Ebola epidemic, which ravaged West Africa from 2013 to 2016, can guide how we respond in the face of the crisis that we are currently experiencing⁷. Secure and accessible treatment centres, monitor-

— 6. Jean-François Delfraissy, Benoît Miribel, "Lessons from Ebola", *Humanitarian Alternatives*, inaugural issue, p.22-27, <http://alternatives-humanitaires.org/en/2016/01/17/lessons-from-ebola>

— 7. For more detail on the lessons drawn from the management of the Ebola virus, see also the article in this issue by Stéphanie Maltais, "Learning the hard way: how the Ebola virus experience can help Guinea deal with Covid-19".

S'il n'est pas possible d'établir un parallèle complet entre ces deux crises sanitaires, les mesures ayant permis de juguler l'épidémie d'Ebola qui a sévi en Afrique de l'Ouest de 2013 à 2016 permettent de guider nos choix d'interventions face à la crise que nous traversons actuellement⁷. En effet, des centres de traitement accessibles et sécuritaires, la surveillance et le suivi des contacts, la gestion des décès de manière digne et sécuritaire, ainsi que la mobilisation et la sensibilisation de la population alors mis en place se sont révélés déterminants pour mettre fin à l'épidémie qui sévissait à l'époque.

Au Liberia, il a été démontré que la mise sur pied de centres communautaires de soins décentralisés a été un élément-clé ayant permis de limiter la transmission communautaire du virus. De même, le déploiement rapide d'une intervention à l'échelle communautaire contre le virus Ebola s'est révélé à la fois possible et efficace⁸. Toujours au Liberia, il est apparu que les stratégies formelles et informelles des communautés locales dans certaines zones urbaines ont permis de maîtriser l'épidémie malgré les défaillances systémiques des États et de la communauté internationale. En l'absence de soutien sanitaire, infrastructurel et matériel, les communautés se sont ainsi engagées dans l'autosuffisance afin de contenir l'épidémie à un niveau local⁹.

Ces leçons confirment la pertinence d'une approche communautaire dans le domaine de la santé, déjà promue

ing and contact tracing, the safe and dignified management of deaths, as well as awareness-raising amongst and involvement of the populations, which were put in place at the time, all proved to be determining factors in bringing the then-raging epidemic to an end.

In Liberia, it was shown that the setting-up of decentralised community healthcare centres was a key factor in limiting community transmission of the virus. In the same way, the rapid deployment of a response to the Ebola virus at the community level was shown to be both possible and effective⁸. Also in Liberia, it turned out that the formal and informal strategies of local communities in certain urban areas succeeded in bringing the epidemic under control, in spite of systemic failures on the part of States and the international community. In the absence of health support, infrastructures and equipment, communities therefore became self-sufficient in order to contain the epidemic at a local level⁹.

These lessons confirm the relevance of a community approach in the health sector, which has long been promoted by *Médecins du Monde*. The organisation notably favours awareness-raising and the involvement of the community, investment in community health agents and primary care providers, empowerment and the fight against stigmatisation, and finally, a refusal of the hierarchisation of knowledge. This approach is at the heart of our mission, especially when we are working alongside marginalised populations. Linking individuals and communities where they are and when they need it remains a central aspect of these programmes. Mobile clinics, com-

— 7. Pour de plus amples développements sur les leçons tirées de la gestion d'Ebola, voir aussi dans ce numéro l'article de Stéphanie Maltais, « Apprendre à la dure: comment l'expérience de la maladie à virus Ebola peut aider la Guinée à faire face à la Covid-19 ».

— 8. Paul Pronyk *et al.*, "The Effect of Community-Based Prevention and Care on Ebola Transmission in Sierra Leone", *American Journal of Public Health*, 106(4), April 2016, p.727-732, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4816080>

— 9. Sharon Alane Abramowitz *et al.*, "Community-Centered Responses to Ebola in Urban Liberia: The View from Below", *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 9(4), 9 April 2015, <https://journals.plos.org/plosntds/article/file?type=printable&id=10.1371/journal.pntd.0003706>

— 8. Paul Pronyk *et al.*, "The Effect of Community-Based Prevention and Care on Ebola Transmission in Sierra Leone", *American Journal of Public Health*, 106(4), April 2016, p.727-732, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4816080>

— 9. Sharon Alane Abramowitz *et al.*, "Community-Centered Responses to Ebola in Urban Liberia: The View from Below", *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 9(4), 9 April 2015, <https://journals.plos.org/plosntds/article/file?type=printable&id=10.1371/journal.pntd.0003706>

par Médecins du Monde. Celle-ci favorise notamment la sensibilisation et la mobilisation de la communauté, l'investissement dans les agentes et agents de santé communautaire et les prestataires de soins primaires, l'*empowerment* et la lutte contre la stigmatisation et enfin le refus de la hiérarchisation des savoirs. Cette approche se trouve au cœur de notre travail, notamment lorsque nous œuvrons auprès des populations marginalisées. Dans ces programmes, le fait de rejoindre les individus et les communautés là où ils se trouvent et quand ils en ont besoin demeure un aspect central. Cliniques mobiles, maraudes, accompagnement global : c'est donc bien le service qui se déplace et s'adapte à la personne ainsi qu'à son environnement, et non l'inverse. Si nous sommes conscients qu'il est parfois difficile de transposer ces modèles faits sur mesure à l'échelle d'une province canadienne, le lien de confiance et l'ancrage profond avec les communautés qu'ils permettent de créer devraient nous aiguiller sur les orientations à adopter dans nos systèmes de santé et nos interventions à l'échelle internationale.

Les résistances devant un changement de paradigme à long terme

Une véritable approche de santé communautaire nécessite l'implication de citoyennes et de citoyens ordinaires pour la conception de l'intervention, la prise de décision à toutes les étapes du processus (notamment pour ajuster les interventions tout au long de la mise en œuvre) et l'évaluation dudit processus. Susciter cette implication demande forcément une proximité avec les personnes concernées. Or les ONG internationales, garantes de ressources financières importantes, redevables auprès des bailleurs et investies dans la promotion des savoirs et des bonnes pratiques mises en action dans d'autres contextes, se voient souvent prises au piège entre leur propre rigidité bureaucratique et la nécessité d'opérer en faisant preuve d'une certaine flexibilité.

community rounds, general support: it is the service that travels and adapts itself to the person and their environment, and not the other way around. Although we are aware that it is sometimes difficult to transpose these models, tailored to the scale of a Canadian province, it is our belief that the confidence and deep ties to the communities which they create should guide us with regard to which dispositions to adopt in our health services and in our interventions on an international scale.

Resistance in the face of long-term, paradigmatic change

A true community health approach requires the involvement of ordinary citizens for the development of the intervention, decision-making at all stages of the process (especially to adjust interventions throughout the implementation) and the evaluation of said process. Encouraging this involvement necessarily requires proximity to the people concerned. Yet international NGOs, which are responsible for significant financial resources, indebted to their sponsors and invested in the promotion of knowledge and best practices implemented in other contexts, often find themselves caught between their own bureaucratic rigidity and the need to operate with a certain flexibility.

The debate on the localisation of humanitarian action took off during the World Humanitarian Summit in 2016. This acknowledgement of local actors' skills is not only morally and ethically sound, but it is also the right direction to take because localisation increases the impact of interventions and improves their efficacy. Nevertheless, it is estimated that less than 2% of humanitarian aid is allocated to local NGOs, and a paradigm shift must involve a better power balance and better distribution of resources¹⁰.

— 10. For more detail on localisation and the potential impacts of Covid-19 on its effective implementation, see the article in this issue by Martin Viélajus and Jean-Martial Bonis-Charancle, "Aid localisation: current state of the debate and potential impact of the Covid-19 crisis".

Ainsi, le débat sur la « localisation » de l'action humanitaire a-t-il pris son essor lors du Sommet mondial humanitaire en 2016. Cette reconnaissance des compétences des acteurs locaux est non seulement moralement et éthiquement juste, mais c'est aussi la bonne direction à prendre parce que la localisation augmente l'impact des interventions et améliore leur efficacité. Cependant, on estime que moins de 2 % de l'aide humanitaire est octroyée aux ONG locales et un changement de paradigme devra se traduire par un meilleur équilibre des pouvoirs et une meilleure répartition des ressources¹⁰.

La pleine acceptation d'une approche de santé communautaire participative soulève une autre forme de résistance : il s'agit de la hiérarchisation des savoirs. À titre d'exemple, s'agissant des interventions de soins primaires en santé, ceci se manifeste notamment dans les programmes de santé materno-infantile. Ainsi, en Haïti où MdM Canada est présent, le système de santé institutionnel a tendance à adopter une vision utilitaire des accoucheuses et des accoucheurs traditionnels. Ceux-ci sont considérés comme de simples courroies de transmission vers les institutions, leurs connaissances et leur apport n'étant pas valorisés. Cette attitude traduit une méconnaissance de leur rôle auprès des femmes et de la considération dont ils jouissent. Les tenir à l'écart des actions de réduction du taux de mortalité revient à ne pas être en mesure de comprendre les barrières d'accès et les résistances à l'accouchement en milieu hospitalier.

Pour donner un autre exemple de l'importance de la prise en compte de l'expérience de terrain, mentionnons la question de l'intégration des pairs dans la construction de trajectoires de

The full acceptance of a participative approach to community health gives rise to another form of resistance: the hierarchisation of knowledge. By way of example, with regard to interventions for basic health needs, this is especially noticeable in programmes for maternal and infant health. In Haiti, where MdM Canada is present, the institutional health system tends to adopt a utilitarian view of traditional midwives. They are considered as mere go-betweens for institutions, and their knowledge and input are not valued. This attitude betrays an ignorance of their role for women and the esteem in which they are held. Sidelining them from actions aiming to reduce the mortality rate amounts to being unable to understand barriers to access and resistance to giving birth in hospital environments.

To give another example of the importance of taking field experience into account, we might mention the issue of peer integration in the development of care pathways. This approach is part of an intervention dynamic based on the proximity between the individual leading the intervention and the person benefiting from it. This has proven to be particularly relevant in "harm reduction"¹¹ projects aimed at users of injectable or inhalable drugs – the aim being to create conducive conditions to anchor frontline services in the needs and realities of the people they are treating. Indeed, a lack of understanding on the part of health professionals can lead certain people to refuse to use the services available, and ultimately, to the deterioration of these people's state of health.

— 10. Pour de plus amples développements sur la localisation et les impacts possibles de la Covid-19 sur sa mise en place effective, voir l'article dans ce numéro de Martin Vielajus et Jean-Martial Bonis-Charancle, « Localisation de l'aide : situation actuelle du débat et possibles impacts de la crise de la Covid-19 ».

— 11. Harm (risk) reduction stems from efforts in the 1980s to try to limit HIV transmission amongst users of psychoactive substances. It involves the implementation of measures such as programmes for needle exchange, the distribution of kits to disinfect syringes, the distribution of condoms and lubricant, etc. Nevertheless, since harm reduction remains relatively recent in the Canadian context, it is not always fully integrated, either by the project leaders themselves or by public health policies.

soins. Cette approche s'inscrit dans une dynamique d'intervention reposant sur la proximité entre l'individu menant l'intervention et celui qui en bénéficie. Ceci s'est avéré particulièrement pertinent dans les projets de « réduction des méfaits¹¹ » destinés aux personnes consommant de la drogue injectable et inhalable – l'objectif étant alors de créer des conditions propices pour bien ancrer les services de première ligne dans les besoins et les réalités des personnes. En effet, un manque de compréhension de la part des professionnels de santé pourrait mener au refus de certaines personnes de recourir aux services offerts et, ultimement, à une détérioration de l'état de santé de ces personnes.

Ainsi, une approche inclusive et participative se heurte souvent à la difficulté d'avoir une représentativité des communautés visées. Il s'avère que les participantes et les participants ne représentent pas toujours l'ensemble de la communauté en termes de position sociale et d'accès aux ressources (on note l'influence plus importante de certains groupes). De plus, on constate les divergences de points de vue entre les professionnels de la santé et la perception selon laquelle les participants non médicaux n'ont ni la capacité ni les connaissances requises pour se prononcer et discuter de certains sujets. Enfin, une approche de santé communautaire participative déséquilibre les relations de pouvoir et de décision qui ont cours.

Vers un changement social

Dans l'écosystème humanitaire international, Médecins du Monde Canada apparaît certainement comme un acteur modeste, si l'on considère ses budgets,

Inclusive and participative approaches therefore often struggle with problems of representativeness in the target communities. It turns out that participants do not always represent the entire community in terms of social position and access to resources (certain groups have a stronger influence). Moreover, we can see that there are differing points of view between health professionals, and a perception that non-medical participants have neither the ability nor the required knowledge to discuss or opine on certain subjects. Finally, a participative approach to community health destabilises existing power and decision-making relationships.

Towards social change

In the international humanitarian ecosystem, *Médecins du Monde Canada* is undoubtedly a modest actor, given its budgets, and the scale of the projects that it runs. This is far from being a disadvantage since this agility within our organisation and the proximity of our actions enable us to be present where no one else is. This way of doing things has proven fruitful, not only at the international level, but also at the level of our local actions. Committed to defending the rights of vulnerable people in our own societies, we draw our legitimacy from our primary health and mental health programmes and advocate in favour of changes to our health systems, which are often fossilised and technocratic.

In these different contexts, the Covid-19 pandemic has reminded us that community acceptance and grassroots principles should be the fundamental basis of all our operations. As a humanitarian organisation working in the sector of health, we rely on people from "target communities", who hold influence and legitimacy in the eyes of their communities and who have the necessary experience to adapt our interventions according to the realities on the ground. This proximity, which also requires an openness to the participation of the people involved, has seemed self-evident to us now for a number of years. The current

— 11. La réduction des méfaits (risques) provient des efforts déployés dans les années 1980 pour tenter de limiter la transmission du VIH chez les usagers de substances psychoactives. Elle se traduit par la mise en place de mesures telles que les programmes d'échange de seringues, la distribution de kits pour la désinfection de seringues, la distribution de préservatifs et lubrifiant, etc. Toutefois, puisque la réduction des méfaits demeure relativement récente en contexte canadien, elle n'est pas toujours complètement intégrée, ni par les intervenants eux-mêmes ni par les politiques de santé publique.

mais aussi l'échelle des projets déployés. Cette situation est loin d'être un inconvénient puisque cette agilité dans nos structures et la proximité de nos actions nous permettent d'être présents là où personne ne va. Cette façon de faire s'avère fructueuse non seulement au niveau international, mais aussi de nos actions locales. Engagés pour la défense des droits des personnes vulnérables dans nos propres sociétés, nous tirons notre légitimité de nos programmes de santé primaire et de santé mentale et plaidons en faveur de changements dans nos systèmes de santé, souvent sclérosés et technocratiques.

Dans ces différents contextes, la pandémie de Covid-19 nous rappelle que l'acceptation et l'ancrage communautaire doivent constituer le fondement de toutes nos opérations. En tant qu'organisation humanitaire œuvrant dans le domaine de la santé, nous nous appuyons sur les personnes issues des « communautés cibles », qui détiennent un pouvoir d'influence, une légitimité auprès de leur communauté et l'expérience requise pour adapter nos interventions en fonction de la réalité du terrain. Cette proximité, qui requiert aussi une ouverture à la participation des personnes concernées, nous est devenue évidente depuis maintenant plusieurs années. La pandémie mondiale actuelle démontre à quel point une approche communautaire en santé doit être au cœur de l'intervention nationale et internationale.

« La pandémie de Covid-19 nous rappelle que l'acceptation et l'ancrage communautaire doivent constituer le fondement de toutes nos opérations. »

"The Covid-19 pandemic has reminded us that community acceptance and grassroots principles should be the fundamental basis of all our operations."

global pandemic shows the extent to which a community approach to health must be at the centre of national and international responses.

Translated from the French by Juliet Powys

Biographies



CHLOÉ CÉBRON

Juriste, spécialisée en droit international humanitaire et droits humains. Depuis dix ans, Chloé travaille pour des organisations humanitaires de santé en tant que conseillère en droit, en politique et en plaidoyer, dans les sièges et sur le terrain. Depuis 2017, elle travaille pour Médecins du Monde Canada à Montréal en tant que conseillère en analyse et en plaidoyer. Son travail porte principalement sur l'accès et le droit à la santé des populations précarisées et marginalisées, tant au Canada qu'à l'international.

A legal practitioner, specialised in international humanitarian law and human rights. For ten years, Chloé has worked for health-based humanitarian organisations as an advisor in law, policy and advocacy, both at headquarters and in the field. Since 2017, she has worked for Médecins du Monde Canada in Montreal as Analysis and Advocacy Advisor. Her work focuses on the right to health and access to care amongst precarious and marginalised populations, both in Canada and abroad.

SHELLEY-ROSE HYPOLITE

Médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive. Shelley-Rose travaille en tant que médecin conseil à la Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. Elle mène des interventions et des recherches portant sur les inégalités sociales en matière de santé et les approches participatives et axées sur l'*empowerment* des personnes marginalisées. Elle est professeure adjointe à la Faculté de médecine de l'Université Laval où elle donne les cours de santé internationale et sur les inégalités sociales en matière de santé. Elle participe à des projets de partenariat sur la sécurité alimentaire et la révision du programme de formation médicale avec la Faculté de médecine de l'université d'État d'Haïti. Elle est membre du conseil d'administration de Médecins du Monde Canada depuis 2007 et a effectué plusieurs missions de développement et d'urgence à l'étranger.

A doctor, specialised in public health and preventive medicine. Shelley-Rose works as a medical advisor at the Directorate of Public Health at the Integrated Health and Social Services Centre (Capitale-Nationale). She leads interventions and research on social inequalities in matters of health, and on participative approaches based on the empowerment of marginalised people. She is an associate professor at the Faculty of Medicine at Laval University, where she gives classes on international health and social inequalities in matters of health. She participates in partnership projects on food security and the revision of the medical training programme with the Faculty of Medicine of the State University of Haiti. She has been a member of the board of directors at Médecins du Monde Canada since 2007 and has carried out several development and emergency missions abroad.

NADJA POLLAERT

Directrice générale de Médecins du Monde Canada depuis 2014, Nadja a aussi dirigé le Bureau international des droits des enfants, une organisation internationale non gouvernementale ayant un statut consultatif auprès du Conseil économique et social des Nations unies. Qualifiée en matière de droits et de protection de l'enfant, elle a initié et mené des projets avec de multiples donateurs et partenaires dans plus d'une quinzaine de pays en Afrique, au Moyen-Orient et en Amérique centrale. Depuis 2019, Nadja a été nommée au Conseil d'orientation du Centre d'études et de recherches internationales (CÉRIUM). Elle était coprésidente du Réseau d'intervention humanitaire du Canada (HRN) entre 2018 et 2020.

Executive Director of Médecins du Monde Canada since 2014, Nadja was also director of the International Bureau for Children's Rights, an international non-governmental organisation with consultative status to the United Nations Economic and Social Council. Qualified in children's rights and protection, she has set up and led projects with numerous donors and partners in more than fifteen countries in Africa, the Middle East and Central America. Since 2019, Nadja has been a member of the Advisory board of the Montréal Centre for International Studies (CÉRIUM). She was the co-chair of the Humanitarian Response Network of Canada (HRN) from 2018 to 2020.

Des choix difficiles : les défis moraux rencontrés par les travailleurs humanitaires durant la pandémie de la Covid-19

Tough choices: moral challenges experienced by aid workers during the Covid-19 pandemic

Miriam Kasztura and
Françoise Duroch – Research Unit
on Humanitarian Stakes and Practices
(UREPH), MSF's Operational Centre
in Geneva (Switzerland)

L

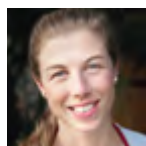
e caractère proprement inédit de la pandémie a autant mobilisé que déconcerté les ONG humanitaires et leurs personnels. L'inaction forcée mêlée à la mise en place de programmes dans un contexte très incertain a engendré des expériences

morales fortes, parfois douloureuses. Le projet de recherche initié au sein de Médecins Sans Frontières Suisse a déjà permis de recueillir des données utiles aussi bien pour la présente crise que pour d'autres à venir.

Les questions morales liées à la pratique médicale et aux choix opérationnels ont été soulevées au sein de Médecins Sans Frontières (MSF) dès la création de l'organisation. La gestion des programmes humanitaires implique souvent des décisions complexes, par exemple lorsque des compromis doivent être trouvés avec les belligérants afin d'obtenir un

The truly unprecedented nature of the pandemic has mobilised and confused humanitarian NGOs and their staff as much. Forced inaction mixed with setting up programmes within a context of high uncertainty has resulted in strong, sometimes painful, moral experiences. The research project initiated within *Médecins Sans Frontières* Switzerland has already made it possible to collect useful data both for the present crisis and for others to come.

Moral questions linked to medical practice and operational choices have been raised within *Médecins Sans Frontières* (MSF) since the organisation's creation. Managing humanitarian programmes often involves complex decisions, for example, when compromises have to be made with belligerents in order to gain access to populations¹, or decisions on



MIRIAM
KASZTURA



FRANÇOISE
DUROCH

— 1. Chiara Lepora, Robert E. Goodin, *On complicity and compromise*, Oxford University Press, 2013.

accès aux populations¹, ou que des décisions concernant les principes de collecte de fonds ou le positionnement politique et public doivent être prises. Les difficultés sont également fréquentes lorsque les équipes humanitaires doivent décider de l'allocation de ressources médicales limitées dans des contextes où de nombreuses personnes en ont besoin, comme ce fut le cas pour des collègues lors de la pandémie de VIH².

Les expériences morales sont des questions qui reflètent ce qui est en jeu sur le plan éthique pour les individus et les communautés; elles « englobent le sentiment d'une personne que les valeurs qu'elle juge importantes sont réalisées ou contrecarrées dans la vie quotidienne. Cela inclut les interprétations qu'une personne a d'une rencontre vécue, qui évoluent sur un continuum bien-mal, bon-mauvais ou juste-injuste³ ». Les expériences morales ne se limitent pas aux dilemmes éthiques classiques ou à l'argumentation savante, mais s'exercent dans la vie quotidienne.

Ce que ces événements ont en commun réside dans la tension entre les priorités et les valeurs, le fait que la personne qui vit la situation y est impliquée et ne peut agir selon ses propres valeurs. Cela peut conduire à une détresse morale, qui est définie comme se produisant lorsque l'on « sait ce qu'il faut faire, mais les contraintes institutionnelles, contextuelles ou culturelles font qu'il est quasi impossible de suivre la bonne façon de procéder⁴ ».

fundraising principles or political and public positioning. Difficulties are also common when humanitarian teams must decide on how to allocate limited medical resources in settings where there are many people in need, as was experienced by colleagues during the HIV pandemic².

Moral experiences are issues that reflect what is at stake ethically for individuals and communities, "encompassing a person's sense that values that he or she deems important are being realised or thwarted in everyday life. This includes a person's interpretations of a lived encounter, that fall on spectrums of right-wrong, good-bad or just-unjust"³. Moral experiences are not limited to conventional ethical dilemmas or scholarly arguments but take place in everyday life.

What these events have in common is the tension between priorities and values, that the person experiencing the situation is involved in it and cannot act according to their own values. This can lead to moral distress, which is defined as arising when one "knows the right thing to do, but institutional, contextual or cultural constraints make it nearly impossible to pursue the right course of action"⁴.

It has recently been recognised that moral distress affects aid workers⁵. There is

— 1. Chiara Lepora, Robert E. Goodin, *On complicity and compromise*, Oxford University Press, 2013.

— 2. Ruth Macklin, *Ethics in Global Health: Research, Policy and Practice*, Oxford University Press, 2012.

— 3. Matthew R. Hunt, Franco A. Carnevale, "Moral experience: a framework for bioethics research", *J Med Ethics*, vol.37 (11), November 2011, p.658-662.

— 4. Andrew Jameton, "Dilemmas of Moral Distress: Moral Responsibility and Nursing Practice", *AWHONN's clinical issues in perinatal and women's health nursing*, vol.4 (4), 1993, p.542-551.

— 2. Ruth Macklin, *Ethics in Global Health: Research, Policy and Practice*, Oxford University Press, 2012.

— 3. Matthew R. Hunt, Franco A. Carnevale, "Moral experience: a framework for bioethics research", *J Med Ethics*, vol.37 (11), November 2011, p.658-662.

— 4. Andrew Jameton, "Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice", *AWHONN's clinical issues in perinatal and women's health nursing*, vol. 4 (4), 1993, p.542-51.

— 5. Sarah Gotowiec, Elizabeth Cantor-Graae, "The burden of choice: a qualitative study of healthcare professionals' reactions to ethical challenges in humanitarian crises", *Journal of International Humanitarian Action*, vol.2, December 2017; Sofia Nilsson et al., "Moral Stress in International Humanitarian Aid and Rescue Operations: A Grounded Theory Study", *Ethics & Behavior*, vol. 21:1, February 2011, p.49-68; Liza Schwartz et al., "Western clinical health ethics: How well do they travel to humanitarian contexts?", in Caroline Abu-Sada (ed.), *Dilemmas, Challenges, and Ethics of Humanitarian Action: Reflections on Médecins Sans Frontières' Perception Project*, McGill-Queens University Press, 2012, pp.73-88.

Récemment, il a été reconnu que la détresse morale affectait les travailleurs humanitaires⁵. Il existe des preuves suggérant que, faute d'être traitée, elle contribue à la démoralisation, à la désensibilisation et au *burn-out* du personnel et, en définitive, à une baisse des normes relatives à la sécurité des patients et à la qualité des soins⁶. Ainsi, il est nécessaire de trouver un moyen de gérer les sentiments d'insuffisance, d'impuissance, de non-sens et de frustration afin d'éviter des conséquences néfastes pour les individus et la qualité du travail humanitaire⁷. Les stratégies d'adaptation et la façon dont les individus surmontent les défis moraux sont susceptibles d'être affectées par la qualité du soutien qu'elles reçoivent avant, pendant et après la confrontation à une situation difficile.

L'analyse des expériences morales pouvant conduire à une détresse morale dans le travail humanitaire est, depuis 2018, au cœur des recherches menées au centre opérationnel de MSF à Genève. Le projet sur les « expériences morales » en cours sert à reconnaître l'importance de celles-ci dans la conduite de l'action humanitaire et entend fournir au personnel un espace pour partager des expériences et des stratégies afin de prévenir ou d'atténuer la détresse morale. L'ob-

« L'analyse des expériences morales pouvant conduire à une détresse morale dans le travail humanitaire est, depuis 2018, au cœur des recherches menées au centre opérationnel de MSF à Genève. »

"The analysis of moral experiences that may lead to moral distress in humanitarian work has been a focus of research at MSF's Operational Centre in Geneva since 2018."

evidence to suggest that, if unaddressed, it contributes to staff demoralisation, desensitisation and burnout and ultimately, to lower standards of patient safety and quality of care⁶. Thus, there is a need to find a way of managing feelings of insufficiency, powerlessness, meaninglessness and frustration so as to avoid harmful consequences for individuals and the quality of humanitarian work⁷. Coping strategies and how individuals overcome moral challenges are likely to be affected by how well they are supported before, during and after a difficult situation.

The analysis of moral experiences that may lead to moral distress in humanitarian work has been a focus of research at MSF's Operational Centre in Geneva since 2018. The ongoing "moral experiences" project acknowledges the importance of these ones in the conduct of humanitarian action and is designed to provide staff with a space to share experiences and strategies to prevent or alleviate moral distress. The objective is to gain a better understanding of the moral experiences likely to cause moral distress and ultimately, to offer staff

— 5. Sarah Gotowiec, Elizabeth Cantor-Graae, "The burden of choice: a qualitative study of healthcare professionals' reactions to ethical challenges in humanitarian crises", *Journal of International Humanitarian Action*, vol.2, December 2017; Sofia Nilsson et al., "Moral Stress in International Humanitarian Aid and Rescue Operations: A Grounded Theory Study", *Ethics & Behavior*, vol.21:1, February 2011, p.49-68; Liza Schwartz et al., "Western clinical health ethics: How well do they travel to humanitarian contexts?", in Caroline Abu-Sada (ed.), *Dilemmas, Challenges, and Ethics of Humanitarian Action: Reflections on Médecins Sans Frontières' Perception Project*, McGill-Queens University Press, 2012, pp.73-88.

— 6. Michiyo Ando, Masashi Kawano, "Relationships among moral distress, sense of coherence, and job satisfaction", *Nursing Ethics*, vol.25(5), August 2018, p.571-579; Ann B. Hamric, Elizabeth G. Epstein, "A health system-wide moral distress consultation service: development and evaluation", *HEC Forum*, vol.29(2), 2017, p.127-143; Settimio Monteverde, *Handbuch Pflegeethik Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege*, Verlag W. Kohlhammer, 2020, p.27-31.

— 7. Sofia Nilsson et al., "Moral Stress...", art. cit.

— 6. Michiyo Ando, Masashi Kawano, "Relationships among moral distress, sense of coherence, and job satisfaction", *Nursing Ethics*, vol. 25 (5), August 2018, p.571-579; Ann B. Hamric, Elizabeth G. Epstein, "A health system-wide moral distress consultation service: development and evaluation", *HEC Forum*, vol. 29(2), 2017, p.127-143; Settimio Monteverde, *Handbuch Pflegeethik Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege*, Verlag W. Kohlhammer, 2020, p.27-31.

— 7. Sofia Nilsson et al., "Moral Stress...", art. cit.

jectif est d'avoir une meilleure compréhension des expériences morales susceptibles d'entraîner une détresse morale et, en fin de compte, de mieux soutenir le personnel dans ces situations en développant du matériel d'intégration et de formation, des stratégies de soutien par les pairs et des lignes directrices éthiques plus générales.

L'impact de la pandémie de la Covid-19

Comme toutes les organisations humanitaires, MSF a été considérablement affectée par les conséquences de la pandémie de la Covid-19. Pour une organisation humanitaire médicale, il est particulièrement difficile de soutenir la réponse à la Covid-19 tout en maintenant des programmes médicaux réguliers auprès de dizaines de milliers de patients. Nous sommes confrontés à d'énormes obstacles pratiques, notamment concernant les mouvements de personnels à travers les frontières et les défis découlant de la pénurie de fournitures médicales disponibles. La situation actuelle augmente potentiellement la détresse morale. La prise de décision est difficile sur le plan éthique, en raison de la crise qui évolue rapidement et de l'incertitude dans laquelle les décisions doivent être prises.

Les entretiens du projet « expériences morales » réalisés pendant la pandémie ont été considérés comme cruciaux pour mieux comprendre la façon dont la situation a affecté les travailleurs humanitaires et nourrir une réflexion sur la manière de prévenir et d'atténuer la détresse morale potentielle dans ce contexte. Nous avons effectué une analyse préliminaire des expériences morales du personnel liées à la pandémie de la Covid-19, en utilisant une approche qualitative pour identifier les thèmes récurrents et extrait des exemples représentatifs des entretiens. Il est important de noter que l'échantillonnage n'était pas censé être représentatif et que les entretiens portaient sur les expériences morales en général, non limitées à la Covid-19.

greater support in these situations by developing induction and training material, peer-based support strategies and more general ethical guidelines.

The impact of the Covid-19 pandemic

Like all aid organisations, MSF has been dramatically affected by the consequences of the Covid-19 pandemic. For a medical humanitarian organisation, it is particularly difficult to support the response to Covid-19, while at the same time keeping regular medical programmes running for tens of thousands of patients. We face huge practical obstacles, including the movement of staff across borders and challenges arising from the shortage of available medical supplies. The current situation potentially increases moral distress. Decision-making is ethically challenging because of the rapidly evolving crisis and the uncertainty in which decisions need to be made.

The "moral experiences" project interviews carried out during the pandemic were considered as essential for gaining a better understanding of how the situation was affecting aid workers and contributing to the discussion on how to prevent and alleviate potential moral distress in this context. We conducted a preliminary analysis of the moral experiences of staff linked to the Covid-19 pandemic using a qualitative approach to identify recurring themes and extracted representative examples from the interviews. It is important to note that the sampling was not intended to be representative and that the interviews focused on moral experiences in general, not just Covid-19.

A total of 12 interviews took place during the pandemic (April and May 2020), including operations and support staff at headquarters (6), country and project coordinators on and between assignments (4), other international staff on and between assignments (1) and national staff (1). Half of them (6) had a medical or health-related background. Since the

Au total, douze entretiens ont été menés pendant la pandémie (avril et mai 2020) : auprès de personnels des opérations et des fonctions support des sièges (six), de coordinateurs pays et projet, en mission ou entre deux missions (quatre), d'un personnel international en mission ou entre deux missions et d'un personnel national. La moitié d'entre eux (six) bénéficiait d'une formation médicale ou liée à la santé. Le projet étant en cours, d'autres entretiens sont prévus, avec le personnel sur le terrain et le personnel national. Les entretiens semi-directifs ont été menés via Zoom en français ou en anglais et ont duré entre quarante-cinq et soixante minutes. Un effort particulier a été fait pour joindre les collègues nationaux, cependant sans succès principalement en raison de problèmes techniques. Cet article présente donc une vision partielle des expériences morales des travailleurs humanitaires, qui sera complétée par de nouvelles recherches.

Défis moraux pendant la pandémie

Nous avons identifié trois grandes catégories de circonstances moralement difficiles vécues par les personnes interrogées en raison de la pandémie de la Covid-19. Tout d'abord, étant donné que la pandémie a touché les pays à revenu élevé où la plupart de nos sièges sont situés, et d'où proviennent la plupart de nos employés internationaux, le personnel devait trouver un équilibre entre la loyauté envers son travail à l'étranger et celle envers sa famille et ses amis laissés derrière lui. En outre, cela a mis en évidence les défis des interventions humanitaires dans les pays riches. Deuxièmement, les contraintes en matière de ressources et de mobilité internationale ont servi de catalyseur à la détresse morale du personnel au cours de projets dans des contextes déjà complexes. Troisièmement, lorsque le personnel a été condamné à l'inaction, ce qui a pu se produire en raison du confinement, de la priorité donnée à d'autres projets, de restrictions relatives aux voyages internationaux, ou parce que des membres du personnel ont été évacués de façon préventive en vue de les protéger s'ils

project is ongoing, further interviews with field and national staff are scheduled. The semi-structured interviews were conducted via Zoom, in French or English, and lasted between 45 and 60 minutes. A particular effort was made to reach national colleagues; however, this was unsuccessful, mainly due to technical issues. This article therefore presents a partial view of the moral experiences of aid workers, which will be complemented by further research.

Moral challenges during the pandemic

We have identified three main categories of morally challenging circumstances experienced by interviewees due to the Covid-19 pandemic. Firstly, given that the pandemic has affected the high-income countries where most of our headquarters are based, and from where most of our international staff originate, staff have had to balance loyalty to their work abroad with that to family and friends left behind. Furthermore, this has highlighted the challenges of humanitarian interventions in wealthy countries. Secondly, the constraints on resources and international mobility have acted as a catalyst for moral distress in staff and projects in already complex situations. Thirdly, when staff were condemned to inaction, which may have happened due to lockdown, prioritisation of other projects, restrictions on international travel, or because they were evacuated for their own protection if they belonged to an at-risk group, the feeling of doing something morally wrong was strong.

A crisis affecting everyone, everywhere

For the first time on this scale, our staff were running emergency interventions providing aid in high-income countries. These interventions raised many questions for those involved, ranging from the feeling of a never-ending "job" as a result of family and friends experiencing the same crisis to moral issues related to the appropriateness of allocating resources in a wealthy country.

appartenaient à un groupe à risque, le sentiment de faire quelque chose de « mal », moralement, était fort.

Une crise touchant tout le monde et partout

Pour la première fois à cette échelle, notre personnel a mené des interventions d'urgence fournissant de l'aide dans les pays à revenu élevé. Ces interventions ont soulevé de nombreuses questions pour les personnes concernées, allant du sentiment d'un « travail » ne s'arrêtant jamais, découlant du fait d'avoir de la famille et des amis vivant la même crise, aux questions morales liées à la pertinence d'allouer des ressources dans un pays riche.

Personnel des opérations, siège :

« Lorsque nous cherchions à aider ici, je n'arrêtais pas de penser : est-il juste que nous utilisions les ressources ici ? Si les ressources venaient à se raréfier, qui devrait avoir la priorité, les terrains ou notre nouveau projet Covid-19 ici ? En fin de compte, dans notre projet, nous avons fourni une expertise technique aux organisations soutenant les groupes les plus marginalisés, ce qui a été très apprécié, et aucune ressource n'a été détournée. Cela a été résolu d'une manière très satisfaisante. »

L'espace de travail humanitaire, la famille et les amis au domicile ont soudainement été exposés à une grave menace pour la santé, en même temps que les déplacements internationaux étaient quasi interrompus. Cela a exposé le personnel au sentiment d'être déchiré entre les exigences du travail et la famille, mais aussi à l'accumulation des défis dans leurs vies professionnelle et privée.

Personnel des services support, siège :

« Lorsque nous commençons ce travail, nous allons sur le terrain en acceptant un certain niveau de risque, prêts à faire face à des situations difficiles, mais nous avons cette assurance et cette confiance que l'organisation s'assure de la gestion de la sécurité, et que

Operations staff, HQ: "When we were looking into helping here, I just kept thinking – is it right that we are using resources here? If resources become very scarce, who should get priority, the fields or our new Covid-19 project here? In the end, in our project, we provided technical expertise to organisations supporting the most marginalised groups, which was greatly appreciated, and no resources were diverted. This was a very satisfactory resolution."

Both the humanitarian workplace and family and friends at home were suddenly exposed to an acute health threat. At the same time, international travel was partially interrupted which exposed staff to feelings of being torn between the demands of work and family. It also led to a cumulation of challenges in their professional and private lives.

Support staff, HQ: "When we start this work, we're going into the field accepting a level of risk, prepared to face tough situations, but we have this confidence and trust that the organisation is managing our safety and that we can go home at any time if something happens to our families... But this option is not easily available anymore, and the organisation can't do anything about it."

Head of Mission (HoM), international staff: "When international travel started to shut down, I spoke to every one of the team to inform them that if they wanted to leave, they had to go now. Later on, there would be no guarantee that they could go back to their families if something happened to them. [...] As the situation developed, besides working very long days, these staff spoke to their families every evening, comforting and supporting them, but this just added extra worry about the family back home."

nous pouvons rentrer chez nous à n'importe quel moment si quelque chose arrive à nos familles... Mais cette possibilité n'est plus facilement accessible, et l'organisation ne peut rien y faire. »

Chef de mission (CdM), personnel international: « Lorsque les voyages internationaux ont commencé à être interrompus, j'ai parlé avec chaque membre de l'équipe pour les informer que, s'ils voulaient partir, c'était maintenant. Plus tard, il n'y avait aucune garantie qu'ils puissent rejoindre leurs familles si quelque chose leur arrivait. [...] Avec l'évolution de la situation, en plus de travailler de très longues journées, ces employés parlaient à leurs familles tous les soirs, les réconfortant et les soutenant et cela ne faisait qu'ajouter de l'inquiétude supplémentaire au sujet de la famille à la maison. »

La pandémie de la Covid-19 comme catalyseur

Dans les contextes déjà complexes, tels que les environnements où l'insécurité est importante ou les projets transfrontaliers, la pandémie de la Covid-19 et ses conséquences ont ajouté une difficulté supplémentaire pour le personnel. La réduction ou la suppression des possibilités de déplacement et d'évacuation, combinées à la détérioration des contextes de sécurité et au confinement, sont devenues trop lourdes pour certains.

Infirmière, personnel international: « J'ai fini par avoir le sentiment que je devais décider de quitter le projet. Avec la détérioration de la situation sécuritaire, l'inefficacité du travail à distance, les difficultés croissantes pour se déplacer à l'intérieur du pays, et la potentielle insuffisance d'équipement de protection individuelle (EPI)... Je me sentais tellement impuissante dans cette situation [...]. J'ai l'impression que cela revenait à abandonner le projet. Et les gens. »

The Covid-19 pandemic as a catalyst

In contexts which are already complex, such as highly insecure environments or cross-border projects, the Covid-19 pandemic and its consequences have added a layer of difficulty for staff. Reduced or zero travel and evacuation options combined with deteriorating security contexts and lockdown, have become too much for some.

Nurse, international staff: "I ended up feeling like I had to decide to leave the project. With the deterioration in the security situation, the inefficiencies of remote working, increasing difficulties in travelling within the country and the potential lack of personal protective equipment (PPE)... I felt so powerless in this situation [...]. I feel like I was giving up on the project. And the people."

Medical staff have witnessed increased constraints such as limited options for referring patients to much needed specialised care.

Nurse, international staff: "For our cross-border project, we used to refer patients from an internally displaced persons camp to a surgical facility. But now the border was closed it was a daily struggle to negotiate with the authorities. If they said no, the woman who needed an urgent Caesarean would not be able to receive it. It just didn't make sense to me [...] as far as we knew, there were no Covid-19 cases in the region... It was really hard for me to accept, that we couldn't just open this border up to transfer patients."

Inaction imposed upon aid workers

A strong sense of a loss of purpose was particularly prominent when staff, committed to the values and actions of MSF, found themselves prevented from or unable to act where they had been assigned due to Covid-19 related lockdowns, quarantines or travel restrictions.

Le personnel médical a été témoin de contraintes accrues telles que des possibilités limitées d'orientation des patients vers des soins spécialisés indispensables.

Infirmière, personnel international :

« Pour notre projet transfrontalier, nous avions l'habitude de diriger les patients d'un camp de personnes déplacées à l'intérieur du pays vers un établissement chirurgical. Mais désormais, la frontière était fermée. C'était une lutte quotidienne pour négocier avec les autorités. Si elles disaient non, la femme qui avait besoin d'une césarienne en urgence ne serait pas en mesure de la recevoir. Cela n'avait tout simplement aucun sens pour moi [...] puisque, à notre connaissance, il n'y avait pas de cas de Covid-19 dans la région... Il m'était vraiment difficile d'accepter que nous ne puissions pas simplement ouvrir cette frontière pour transférer des patients. »

L'inaction imposée aux travailleurs humanitaires

Un fort sentiment de perte d'objectif a été particulièrement important lorsque le personnel, attaché aux valeurs de MSF et impliqué dans ses actions, s'est vu empêcher ou incapable d'agir là où il avait été affecté en raison des confinements, des quarantaines ou des restrictions de voyage liés à la Covid-19.

CdM, personnel international : « Un projet était sur le point de se terminer et un autre n'avait pas encore commencé. Puis le confinement est arrivé. Donc, essentiellement, nous devons simplement rester à la maison et attendre la fin du confinement. L'équipe a été perturbée. Ils devaient faire quelque chose, sinon ils ne voyaient pas de raison d'être ici. Quelle est ma fonction ici si nous ne faisons rien ? Nous n'avons pas un seul patient. »

Les participants ont fait part de leur frustration lorsque les autorités locales ont demandé le soutien de MSF pour lutter contre la pandémie : ils ont voulu proposer des interventions, avaient parfois

HoM, international staff : "One project was about to finish and another had not yet started. Then the lockdown began. So essentially, we just had to stay at home and wait until the lockdown was over. The team was unsettled. They had to do something, otherwise they did not see a reason in being here. What's my job here if we're not doing anything, we don't have a single patient?"

Participants expressed their frustration when local authorities asked MSF for support in managing the Covid-19 pandemic: field teams wanted to propose interventions and sometimes even had the resources and equipment, but they feel that their situation was not immediately prioritised by the managers at headquarters.

HoM, international staff : "We didn't ask for anything, no human resources, no PPE, no money, we managed to make these resources available from our other projects in the country, but headquarters still said no to our Covid-19 intervention proposal at first. And this was really hard for the doctors and nurses dealing with patients."

Even when the teams understood the decisions, there was another difficulty in explaining the reasoning to local communities and staff.

Medical Coordinator, national staff : "Putting a project on hold is definitely a tough decision to make. But it's even more difficult to explain this to local staff and the community. They know that MSF is there for emergencies and Covid-19 is currently an emergency, and we can explain the limited resources – people don't understand why MSF is leaving now."

Pragmatic solutions from participants

Participants described a range of strategies which have helped or may have helped them when they are in these difficult situations. Access to regular and comprehensive information was

même les moyens et le matériel, mais leur sentiment est que leur situation n'a pas été immédiatement priorisée par les responsables au niveau des sièges.

CdM, personnel international: « Nous n'avons rien demandé, pas de ressources humaines, pas d'EPI, pas d'argent, nous avons réussi à obtenir ces ressources à partir d'autres projets dans le pays, mais le siège a quand même d'abord dit non à notre proposition d'intervention relative à la Covid-19. Et cela a été très difficile pour les médecins et les infirmières face aux patients. »

Même lorsque les équipes ont compris les décisions, une autre difficulté a été d'en expliquer la raison aux communautés et au personnel locaux.

Coordinateur médical, personnel national: « Mettre un projet en *standby* est vraiment une décision difficile à prendre. Mais il est encore plus difficile d'expliquer cela au personnel local et à la communauté. Ils savent que MSF est là pour les urgences, et aujourd'hui la Covid-19 est une urgence, et nous avons beau expliquer les ressources limitées – les gens ne comprennent pas pourquoi MSF part maintenant. »

Les solutions pragmatiques des participants

Les participants ont décrit une gamme de stratégies qui les ont aidés ou peuvent les avoir aidés lorsqu'ils se sont retrouvés dans ces situations difficiles. L'accès à des informations régulières et complètes était le plus important, augmentant le sentiment de pouvoir agir, d'avoir un contrôle sur une situation. Le fait d'être inclus dans la prise de décision, de partager les responsabilités et les expériences a également été mentionné.

Infirmière, personnel international: « En attendant un vol de retour, le CdM m'appelait presque tous les jours pour m'informer de ce qui était fait, même pour dire "pas de nouvelles", c'était vraiment utile. J'étais sûre que les gens travaillaient là-dessus et que je n'étais pas oubliée. »

the most important one, increasing the feeling of being able to act and have control over a situation as well as being included in decision-making and sharing responsibilities and experiences.

Nurse, international staff: "While I was waiting for a flight home, the HoM calling me almost every day to let me know what was being done, even if it was "no news", was really helpful. I was assured that people were working on it and I hadn't been forgotten."

Most of the information was seen as being lost at all management levels. Therefore direct contact and open information sharing were considered necessary. In addition, participants highlighted that information is often shared by email or on institutional platforms, although not all staff have equal access to institutional connections, computers and the internet and consequently, the information. A more inclusive approach was suggested. A space for discussion was proposed, where staff could express disagreement, criticise, debate and ask questions in situations where the decisions are morally difficult. For staff having to make decisions, it was useful to have the support of the team and management, to dispel doubts, but also to create collective coherence.

HoM, international staff: "We were a really good coordination team, so I was able to share my concerns and we could discuss the decisions made, this reduced my doubts about what had to be done."

Sharing experiences with peers who are in the same situation and therefore able to understand was mentioned as the main tool in alleviating distress. Often, friends and family at home could not fulfil this role because it seemed important to have a shared experience of the situation.

La plupart des informations étaient perçues comme se perdant à tous les niveaux de la hiérarchie. Par conséquent, un contact direct et un partage ouvert des informations étaient considérés comme nécessaires. De plus, les participants ont souligné que les informations sont souvent partagées par courriel ou sur des plateformes institutionnelles, alors que toutes les personnes n'ont pas un accès égal aux connexions institutionnelles, aux ordinateurs et à Internet – et donc aux informations. Une approche plus inclusive a été suggérée. Un espace de discussion, pour exprimer les désaccords, critiquer, débattre et poser des questions, dans des situations où les décisions sont moralement difficiles, a été proposé. Pour le personnel devant prendre des décisions, il a été utile d'avoir le soutien de l'équipe et de la hiérarchie, pour lever les doutes, mais aussi pour créer une cohérence collective.

CdM, personnel international: « Nous étions une très bonne équipe de coordination, j'ai donc pu partager mes inquiétudes et nous pouvions discuter dans la prise de décision, cela a réduit mes doutes sur ce qu'il fallait faire. »

Partager des expériences avec des pairs se trouvant dans la même situation et donc capables de comprendre a été mentionné comme le principal outil pour soulager la détresse. Souvent, les amis et la famille à la maison ne pouvaient remplir ce rôle, car il semblait important d'avoir une expérience partagée de la situation.

Enseignements et pistes d'action

Les expériences morales découlant de la Covid-19 présentent des similitudes avec d'autres expériences morales dans des contextes humanitaires, mais les contraintes imposées par la pandémie accentuent les défis moraux. Cela implique des difficultés d'orientation, pouvant coûter la vie d'un patient, des fermetures rapides de projets et des questions sur leur priorisation. Cependant, cela a également créé des situations assez uniques, touchant les sièges

Lessons and courses of action

Moral experiences arising from Covid-19 have similarities with other moral experiences in humanitarian contexts, but the constraints imposed by the pandemic intensify the moral challenges. This includes referral difficulties that may cost a patient's life, rapid project closures and questions about prioritisation. However, it has also created quite unique situations, affecting headquarters as much as the field, due to the inaction imposed by the shutdown of international travel, or the challenges of intervening in high-income countries. This has caused moral distress in some participants, while others have found effective coping mechanisms.

We expect the nature of morally difficult situations to evolve for our staff during the Covid-19 pandemic. The questions currently raised in Europe and the USA regarding health professionals' duty to care for patients with limited protective equipment, risking infection and transmission to their families; the allocation of limited treatment resources (ventilators, oxygen), and the dilemmas related to non-pharmacological public health measures (lockdown, quarantine)⁸, have not yet been raised by interviewees, probably due to the still relatively low numbers of severely ill patients in most of our intervention countries.

Although many causes of moral challenges cannot be avoided in the context of humanitarian work, especially given that experiences are subjective, supportive interventions may help people experiencing these situations. The helpful tools and strategies sug-

— 8. Sofia Nilsson *et al.*, "Moral Stress...", art. cit.; Lisa Schwartz *et al.*, "Ethics in humanitarian aid work: learning from the narratives of humanitarian health workers", *Ajob Primary Research*, vol.1, September 2010, p.45-54; Christina Sinding *et al.*, "Playing God Because you Have to: Health Professionals' Narratives of Rationing Care in Humanitarian and Development Work", *Public Health Ethics*, vol.3(2), July 2010, p.147-156.

tout autant que les terrains, en raison de l'inaction imposée par l'impossibilité des déplacements internationaux, ou les enjeux liés à l'intervention dans les pays à revenu élevé. Cela a provoqué une détresse morale chez certains participants, tandis que d'autres ont trouvé des mécanismes d'adaptation efficaces.

Nous nous attendons à ce que la nature des situations moralement difficiles évolue pour notre personnel pendant la pandémie de la Covid-19. Les questions actuellement soulevées en Europe et aux États-Unis quant à l'obligation des professionnels de la santé de prendre en charge des patients avec un matériel de protection limité, risquant de contracter l'infection et de la transmettre à leurs familles; l'allocation limitée de ressources de traitement (ventilateurs, oxygène) ou les dilemmes relatifs aux mesures de santé publique non pharmacologiques (confinement, quarantaine)⁸ n'ont pas encore été soulevés par les personnes interrogées, probablement en raison du nombre encore relativement faible de patients gravement malades dans la plupart de nos pays d'intervention.

Bien que de nombreuses causes de défis moraux ne puissent être évitées dans le contexte du travail humanitaire, d'autant plus que les expériences sont subjectives, des interventions de soutien peuvent aider les personnes confrontées à ces situations. Les outils et stratégies utiles suggérés ci-dessus par les participants résonnent avec la littérature existant sur l'atténuation de la détresse morale⁹.

— 8. Sofia Nilsson *et al.*, "Moral Stress...", art. cit.; Lisa Schwartz *et al.*, "Ethics in Humanitarian Aid Work: Learning From the Narratives of Humanitarian Health Workers", *Ajob Primary Research*, vol.1, September 2010, p.45-54; Christina Sinding *et al.*, "Playing God Because you Have to: Health Professionals' Narratives of Rationing Care in Humanitarian and Development Work", *Public Health Ethics*, vol.3(2), July 2010, p.147-156.

— 9. Ann B. Hamric, Elizabeth G. Epstein, "A health system-wide...", art. cit.; Settimo Monteverde, *Handbuch Pflegeethik...*, op. cit.; Colleen Varcoe *et al.*, "Moral Distress: Tensions as Springboards for Action", *HEC Forum*, vol.24(1), 2012, p.51-62.

gested above by participants resonate with the existing literature on alleviating moral distress⁹.

On an individual level, a better understanding of moral stressors can reduce perceived moral distress and can support the search for suitable coping strategies and encourage moral resilience ("the capacity of an individual to sustain or restore integrity in response to moral complexity, confusion, distress or setbacks"¹⁰) through access to information and ongoing education to develop and sustain ethical competence.

« Les contraintes imposées par la pandémie accentuent les défis moraux. »

"The constraints imposed by the pandemic intensify the moral challenges."

On an organisational level, mechanisms for addressing ethical concerns, protecting moral integrity and organisational priorities for ethical practice help to decrease the occurrence of moral distress. Through shared dialogue structures, staff can ensure their voice is included in decisions and policies should encourage staff to express their concerns. Supervisors at all levels can inquire on a daily basis about any moral concerns. This, combined with the presence of well-prepared ethics resources can provide an opportunity for early intervention and perhaps reduce the degree of distress experienced by staff at all levels¹¹.

— 9. Ann B. Hamric, Elizabeth G. Epstein, "A health system-wide...", art. cit.; Settimo Monteverde, *Handbuch Pflegeethik...*, op. cit.; Colleen Varcoe *et al.*, "Moral Distress: Tensions as Springboards for Action", *HEC Forum*, vol.24(1), 2012, p.51-62.

— 10. Cynda Hylton Rushton, "Moral Resilience: A Capacity for Navigating Moral Distress in Critical Care", *AACN advanced critical care*, vol.27(1), 2016, p.111-119.

— 11. Ann B. Hamric, Elizabeth G. Epstein, "A health system-wide...", art. cit.; Adam S. Burston, Anthony G. Tuckett, "Moral distress in nursing: Contributing factors, outcomes and interventions", *Nursing Ethics*, vol. 20(3), 2013, p. 312-324; Neil Greenberg *et al.*, "Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic", *BMJ*, 2020.

Au niveau individuel, une meilleure compréhension des facteurs de stress moral peut réduire la détresse morale perçue et soutenir la recherche de moyens d'adaptation adéquats, ainsi qu'encourager la résilience morale (« la capacité d'un individu à maintenir ou à restaurer l'intégrité en réponse à la complexité morale, à la confusion, à la détresse ou au revers¹⁰ »), grâce à l'accès à l'information et à la formation continue pour développer et maintenir la compétence éthique.

Au niveau organisationnel, les mécanismes permettant de répondre aux considérations éthiques, à la protection de l'intégrité morale et aux priorités organisationnelles en vue d'une pratique éthique contribuent à réduire la survenue de la détresse morale. Grâce à des structures de dialogue partagées, le personnel peut s'assurer que sa voix est prise en compte dans les décisions, et les stratégies devraient faire en sorte de l'encourager à exprimer ses préoccupations. Les superviseurs à tous les niveaux peuvent s'enquérir quotidiennement des potentielles préoccupations morales. Cela, conjugué à la présence de ressources éthiques bien préparées, peut offrir une opportunité d'intervention précoce et potentiellement diminuer le degré de détresse ressentie par le personnel à tous les niveaux¹¹.

Il est déjà évident que la pandémie de la Covid-19 contribue à un environnement susceptible de déclencher une détresse morale : incapacité d'agir, confrontation à des choix insatisfaisants, travail dans des conditions dégradées et manque de matériel et de ressources. Il peut être intéressant de mettre cela en perspective en explorant davantage les effets

It is already obvious that the Covid-19 pandemic is contributing to an environment that is likely to trigger moral distress: an inability to act, being confronted with unsatisfactory choices, working in degraded conditions and a lack of equipment and resources. It may be worth putting this in perspective by further exploring the positive effects of this new environment on moral experiences, such as feelings of solidarity, more equal access to information as all home workers were on an equal footing, or greater autonomy in decision-making in the field.

Interventions to support staff and prevent or alleviate moral distress are needed and require a commitment at all levels of the organisation. This project is an important first step, but we need to find ways to improve our understanding of the moral experiences of our national colleagues who make up the majority of our global workforce, to ensure that their views are taken into account.

The authors would like to thank Duncan McLean, Monica Rull, Kate de Rivero, Christine Jamet, Kenneth Lavelle and Philippe Calain for their valuable comments on earlier drafts of this article and we thank Amy Mavor for editing this article.

— 10. Cynda Hylton Rushton, "Moral Resilience: A Capacity for Navigating Moral Distress in Critical Care", *AACN advanced critical care*, vol.27(1), 2016, p.111-119.

— 11. Ann B. Hamric, Elizabeth G. Epstein, "A health system-wide...", art. cit.; Adam S. Burston, Anthony G. Tuckett, "Moral distress in nursing: Contributing factors, outcomes and interventions", *Nursing Ethics*, vol.20(3), 2013, p.312-324 ; Neil Greenberg *et al.*, "Managing mental health challenges faced by health-care workers during covid-19 pandemic", *BMJ*, 2020.

positifs de ce nouvel environnement sur les expériences morales, tels que le sentiment de solidarité, un accès plus égal à l'information étant donné que tous les travailleurs à domicile étaient sur un pied d'égalité, ou une plus grande autonomie dans la prise de décision sur le terrain.

Des interventions pour soutenir le personnel et prévenir ou atténuer la détresse morale sont nécessaires et demandent un engagement à tous les niveaux de l'organisation, dont ce projet constitue un premier pas important. Mais nous devons trouver des moyens d'améliorer notre compréhension des expériences morales de nos collègues nationaux, qui représentent la majorité de notre personnel au niveau mondial, afin de nous assurer que leur point de vue est pris en compte.

Les auteurs tiennent à remercier Duncan McLean, Monica Rull, Kate de Rivero, Christine Jamet, Kenneth Lavelle et Philippe Calain pour leurs précieux commentaires sur les versions antérieures de cet article, et Amy Mavor pour la révision de cet article.

Biographies



MIRIAM KASZTURA

Titulaire d'un master en santé publique et d'un master en sciences infirmières. Elle a rejoint MSF en 2011 et a participé à des projets d'urgence au Soudan du Sud, en République démocratique du Congo et en Syrie, entre autres. Récemment, elle a participé à des programmes de recherche en Suisse, mettant en œuvre de nouveaux modèles de soins pour les populations vulnérables. Elle dirige actuellement le projet « expériences morales » à l'Unité de Recherche sur les Enjeux et Pratiques Humanitaires (UREPH), basée au centre opérationnel de MSF à Genève.

She holds a Master's in Public Health and a Master's in Nursing Science. She joined MSF in 2011 and was involved in emergency projects in South Sudan, the Democratic Republic of the Congo and Syria, amongst others. She has recently taken part in research programs in Switzerland, implementing new care models for vulnerable populations. She is currently running the "moral experiences" project at the Research Unit on Humanitarian Stakes and Practices (UREPH), based at MSF's Operational Centre in Geneva.

FRANÇOISE DUROCH

Françoise Duroch est responsable de l'Unité de Recherche sur les Enjeux et Pratiques Humanitaires (UREPH) basée au centre opérationnel de MSF à Genève. Titulaire d'un doctorat en Sciences de l'éducation de l'Université Lyon 2, ainsi que d'un master 2 en Histoire, Droit et Droits de l'homme de l'Université Grenoble 2, elle a d'abord travaillé avec Handicap International en 1994 puis avec MSF à différents postes, notamment en Bosnie, au Kenya, au Nigeria et en Guinée. Elle est également spécialiste des questions de violences basées sur le genre.

She's the head of the Research Unit on Humanitarian Stakes and Practices (UREPH), based at MSF's Operational Centre in Geneva. She holds a PhD in Education Sciences from the University Lyon 2 and a Master's degree in History, Law and Human Rights from the University Grenoble 2. She first worked with Handicap International in 1994 and then with MSF in various positions, notably in Bosnia, Kenya, Nigeria and Guinea. She also specialises in gender-based violence issues.

Covid-19 en situation de conflit : une réponse difficile, mais nécessaire

Responding to Covid-19 in conflicts: difficult but necessary

Michiel Hofman – Médecins
Sans Frontières



MICHEL
HOFMAN

Dans cet article, Michiel Hofman évoque la difficulté de mettre en œuvre une réponse sanitaire dans les zones de guerre, en particulier dans des contextes où les États inspirent la défiance, où les groupes armés non étatiques appellent à une intensification des hostilités et où les acteurs humanitaires doivent faire face à des restrictions de déplacement, des pénuries d'approvisionnement et des lacunes dans la collecte de fonds.

La Covid-19 et les situations de conflit ne font pas bon ménage. Dans celles-ci, les systèmes de santé sont fragiles, les mesures de santé publique difficiles à mettre en œuvre, et les populations vulnérables : autant de conditions pouvant amplifier la pandémie. Malgré les tentatives de l'Organisation des Nations unies (ONU) visant à établir un cessez-le-feu mondial, les hostilités n'ont pas diminué depuis le début de la crise sanitaire. Au contraire, dans certains

In this article, Michiel Hofman reflects on the difficulty of implementing a health response in war zones especially in a context where States are mistrusted, where non-state armed groups call on increasing hostilities and where humanitarian actors must deal with travel restrictions, supply shortages and fundraising gaps.

Covid-19 and conflicts do not mix well. In these, health care systems are weak, public health measures are difficult to implement and populations are vulnerable, conditions that can act as an amplifier for the pandemic. Hostilities, despite attempts from the United Nations to establish a global ceasefire, have not reduced since the outbreak started and, in some cases, have even increased. Publications from Islamic State (IS) and Al Qaeda (AQ) have called on their followers to "seize the opportunity" of a weakened enemy to increase attacks. From their perspective the pandemic is a factor for intensifying the conflict. States, at the forefront of the public health response to the pandemic, are mistrusted or sometimes completely

cas, elles ont même augmenté. Les communiqués de l'État islamique (Daech) et d'Al-Qaïda (AQ) ont invité leurs partisans à « profiter de l'occasion » pour mener davantage d'attaques ciblant l'ennemi affaibli. De leur point de vue, la pandémie est un facteur amplificateur des conflits. Se trouvant en première ligne des interventions de santé publique visant à lutter contre la pandémie, les États font face à la méfiance des populations, quand ils ne sont pas totalement absents des zones de conflit. Si les organisations humanitaires peuvent suppléer certaines fonctions de l'État, elles subissent l'impact des mesures de restriction des déplacements, des ruptures d'approvisionnement et du manque de financements en cette période de sollicitations accrues. Pour autant, il est capital que ces ressources limitées soient acheminées dans les zones de conflit. Cela est nécessaire afin de contenir la maladie : en effet, le contrôle d'une pandémie doit se faire partout, y compris dans les zones de guerre. Mais cela ne devrait pas être le seul argument. En fin de compte, une société se définit par la manière dont elle protège ses populations les plus vulnérables, et les populations prises au piège dans une situation de conflit font partie des groupes les plus vulnérables au monde.

Beaucoup de conflits éclatent sur des territoires pauvres en ressources, où les systèmes de santé fragiles sont déjà saturés face aux besoins de santé préexistants. Les équipes médicales de ces systèmes sont en sous-effectif. Les soins sont rarement gratuits. Le personnel soignant manque de matériel. Et les infrastructures ont parfois été endommagées ou détruites. Nombre de personnes vivant en situation de conflit résident dans des endroits surpeuplés, en condition d'insécurité. C'est notamment le cas de celles vivant dans des camps de fortune destinés aux réfugiés ou aux personnes déplacées, dans lesquels il est impossible de mettre en place des mesures de distanciation sociale ou de se laver les mains régulièrement. Vu le faible taux de vaccination, il est fréquent que d'autres maladies se propagent, comme la rougeole en Afrique centrale, au Tchad et en Répu-

absent in conflict zones. Humanitarian organisations can replace some of these State functions, yet these same organisations are feeling the impact of travel restrictions, supply shortages and fundraising gaps in these times of increased demand. Yet, it is crucial that the deployment of these limited resources continues in conflict zones. This is necessary to contain the disease, since controlling a pandemic requires it to be controlled everywhere, including in war zones, but that should not be the only reason. Ultimately, a society is defined by how it protects the most vulnerable and people trapped in conflicts are some of the most vulnerable in the world.

« Le contrôle d'une pandémie doit se faire partout, y compris dans les zones de guerre. »

"A pandemic requires it to be controlled everywhere, including in war zones."

Many conflicts take place in resource poor environments, with weak health systems already overwhelmed by existing health needs. These health systems are understaffed, rarely free of charge, undersupplied and sometimes damaged or destroyed. Many people living in conflict zones live in unsafe, overcrowded conditions, especially those in makeshift displaced persons and refugee settlements, where any notion of social distancing or regular handwashing is impossible. Low vaccination coverage means outbreaks of other diseases are common, such as measles in Central Africa, Chad and the Democratic Republic of the Congo (DRC). Due to such insecurities, populations in conflict areas suffer more than usual from underlying health issues such as malnutrition, infections or unmanaged non-communicable diseases. When an epidemic strikes, and Covid-19 is no exception, this typically diverts already sparse health resources to outbreak response and leads to people avoiding

blique démocratique du Congo (RDC). En raison de ces conditions d'insécurité, les populations des zones de conflit ont plus de problèmes de santé annexes que d'habitude, comme la malnutrition, les infections ou les maladies non contagieuses qui ne sont pas prises en charge. En cas d'épidémie – et la Covid-19 n'échappe pas à la règle –, la maladie a pour effet de détourner des ressources médicales déjà limitées afin de les réattribuer aux interventions visant à faire face à la crise ainsi qu'aux personnes qui évitent les établissements de santé par peur des infections. En général, ces répercussions entraînent la mort d'un plus grand nombre de personnes pour des raisons de santé qui n'ont rien à voir avec l'épidémie¹.

Un État en déficit de confiance auprès des populations ou complètement absent

Dans le meilleur des cas, la réponse à une crise sanitaire dans une zone de guerre est dangereuse et coûteuse. Mais une épidémie induit une complexité accrue qui la rend encore plus difficile. L'État et les autorités de santé publique, comme les ministères de la Santé, se retrouvent en première ligne des interventions visant à gérer la crise sanitaire. De nombreux aspects capitaux de la réponse à la crise de la Covid-19 (comme les tests, la fourniture de produits essentiels et les centres de soins) sont contrôlés par une autorité centrale. Pourtant, les ministères de la Santé n'opèrent pas dans un flou politique total : ils font partie du gouvernement et représentent l'État qui, dans toutes les guerres du monde contemporain, n'est que l'une des nombreuses parties aux guerres civiles. Dès lors il inspire rarement confiance, ou il est trop lointain, voire totalement absent de certaines zones hors de son contrôle. Au mieux, tout cela engendre des problèmes pratiques. Par exemple, un cas suspect localisé sur les territoires

health facilities for fear of infection. This ripple effect typically generates higher death rates from other health issues than from the epidemic itself¹.

A State in which population lacks confidence or which is completely absent

Implementing a health response in a war zone is dangerous and expensive at the best of times, but epidemics introduce additional complexities that make this even harder. Controlling outbreaks firmly puts the State and its public health authorities (Health Ministries) at the forefront of the response. Many of the crucial aspects for the Covid-19 response such as testing, supply of critical items and treatment centres are controlled by one central authority, but health ministries do not operate in a political vacuum. They are part of a government, representing a State that, in all modern-day wars, is just one belligerent in what are effectively civil wars. As a result, the State is often not trusted, or far removed and completely absent in areas it does not control. In the best-case scenarios this causes practical inconveniences. For instance, a suspected case in the Kurdish areas in Syria can only be tested by sending a sample across frontlines to Damascus, causing a two-week delay. Crucially, this also means that populations living outside government control have no access to treatment at all. For example, a Covid-19 treatment centre in Maiduguri, the government-controlled capital of Borno State, is unlikely to receive any patients from "Boko Haram" controlled areas and a treatment centre in Mogadishu, Somalia, is unlikely to get patients from Al Shebab controlled territory. This State monopoly on tests and protective equipment is especially problematic in conflicts where the opposition forces run a civilian administration including a parallel Ministry of

— 1. Mit Philips, "Dying of the Mundane in the Time of Ebola: The Effect of the Epidemic on Health and Disease in West Africa", in Michiel Hofman and Sokhieng Au (eds.), *The Politics of Fear*, Oxford University Press, 2017, p.101-119.

— 1. Mit Philips, "Dying of the Mundane in the Time of Ebola: The Effect of the Epidemic on Health and Disease in West Africa", in Michiel Hofman and Sokhieng Au (eds.), *The Politics of Fear*, Oxford University Press, 2017, p.101-119.

kurdes de Syrie ne peut être testé que si un prélèvement est envoyé à Damas, ce qui implique une traversée des zones de combat et un délai de deux semaines. Pire, cela signifie que les populations qui résident dans les zones échappant au contrôle du gouvernement n'ont finalement aucun accès aux traitements. Autre exemple : un centre de soins Covid-19 situé à Maiduguri (la capitale de l'État de Borno au Nigéria) dans une zone contrôlée par le gouvernement a peu de chances d'accueillir des patients issus des zones contrôlées par Boko Haram. De même, un centre de traitement situé à Mogadiscio en Somalie a peu de chances d'accueillir des patients provenant des territoires contrôlés par le groupe al-Shabab. Ce monopole d'État sur les tests et équipements de protection est particulièrement problématique dans les situations de conflit où les forces de l'opposition ont mis en place une gestion citoyenne reposant sur un ministère de la Santé parallèle, comme c'est le cas en Afghanistan ou dans le nord-ouest de la Syrie. Étant donné que ces autorités de santé ne sont pas reconnues, et que l'État sur le territoire duquel elles opèrent s'oppose à elles, il arrive bien souvent que l'aide Covid-19 n'atteigne jamais ces zones, ou alors seulement en quantité limitée par le biais des couloirs humanitaires d'approvisionnement.

Cette méfiance à l'égard des autorités étatiques observée dans les zones de conflit devient encore plus problématique lorsque la police et l'armée interviennent dans le cadre de la réponse à la crise sanitaire actuelle. En général, le confinement implique des mesures de restriction (mise en quarantaine et isolement) et des mesures envahissant la sphère privée (traçage des contacts et tests). Par défaut, beaucoup de gouvernements ont fait face à la crise en jouant la carte de la sécurité : ils ont imposé, lorsqu'ils l'ont jugé nécessaire d'un point de vue sanitaire, le confinement, la fermeture des frontières et la mise en quarantaine des cas et des groupes suspects. Le recours aux forces armées pour imposer ces mesures (autrement dit, la santé sous

Health such as Afghanistan and North-West Syria. Since these health authorities are not recognised, opposed by the State in which they operate, in many cases, Covid-19 supplies do not reach these areas at all, or in limited numbers through humanitarian supply lines.

This mistrust of State authority in conflicts becomes even more problematic when the police and army are involved in the actual health response. The containment component of disease control typically includes restrictive measures (quarantine and isolation) as well as measures that invade personal privacy (contact tracing and testing). The default response of most governments is to use their security assets to impose lockdowns, border closures and the quarantine of suspected cases or groups, where it is considered necessary from a public health perspective. The use of the armed forces to enforce such measures – healthcare at gunpoint – is always a sensitive matter. For this reason, there is an internationally-agreed ethical guideline for the use of force during epidemics, "The Siracusa principles on the limitation and derogation provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights"². This was drafted in 1984 and became an official document of the forty-first session of the United Nations Commission on Human Rights, as the guiding framework

« Il existe des recommandations éthiques ayant fait l'objet d'un consensus international concernant le recours à la force en cas d'épidémie. »

"There is an internationally-agreed ethical guideline for the use of force during epidemics."

— 2. UN Commission on Human Rights, "The Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights", 28 September 1984, E/CN.4/1985/4, <https://www.refworld.org/docid/4672bc122.html>

la menace) reste un sujet sensible. C'est pourquoi il existe des recommandations éthiques ayant fait l'objet d'un consensus international concernant le recours à la force en cas d'épidémie : « Les Principes de Syracuse concernant les dispositions du Pacte international relatif aux droits civils et politiques qui autorisent des restrictions ou des dérogations² ». Rédigé en 1984 et officialisé lors de la quarante et unième session de la Commission des droits de l'Homme, ce document sert de cadre d'orientation afin de justifier les restrictions imposées dans le cas d'une crise publique. Il présente en détail la manière dont les restrictions imposées doivent être conformes à la loi, dans l'intérêt général, nécessaires, proportionnelles et non discriminatoires.

Cependant, en situation de guerre civile, les forces de sécurité de l'État sont également des forces combattantes considérées comme une cible légitime par l'opposition armée. Dans beaucoup d'endroits, elles sont perçues comme un ennemi par la population. Par conséquent, même si un État a adhéré aux Principes de Syracuse au moment de mobiliser l'armée ou la police pour des raisons de santé publique, la méfiance des populations et les attaques de l'opposition armée peuvent mener à une aggravation de la situation sanitaire. Ce problème a été clairement mis en lumière pendant l'épidémie d'Ebola qui a eu lieu dans l'est de la RDC entre 2018 et 2019. L'épicentre de la crise était localisé dans une région où la population est traditionnellement une alliée de l'opposition politique au gouvernement de Kinshasa, et où de nombreux groupes armés de l'opposition combattent les forces de sécurité de l'État depuis des décennies. Toutefois, la réponse coordonnée par le ministère central de la Santé a fait appel à la police, à l'armée et aux renseignements généraux pour faire appliquer certaines mesures de santé

for the justification of limitations during a public emergency. This document describes in detail how any restrictions imposed need to be legal, in the general interest, necessary, proportional and non-discriminatory.

However, in civil war situations, State security forces are also combatants, considered as a legitimate target by the armed opposition and in many places, perceived as the enemy by the population. So, even if the State adheres to the Siracusa principles when deploying the army or police for public health reasons, public mistrust and targeting by armed opposition can lead to worsening of the health situation. This problem was clearly revealed during the Ebola outbreak in the eastern DRC in 2018/2019. The epicentre of the outbreak was in a region where the population was traditionally aligned with the political opposition to the government in Kinshasa and a region with a multitude of armed opposition groups that have been fighting against the State security forces for decades. Yet the response, coordinated by the central Ministry of Health, called upon the police, army and intelligence service to enforce public health measures, such as safe burials, contact tracing, forced admissions and vaccination campaigns. From a public health perspective this was counterproductive, as people would hide symptoms, avoid detection and refuse to participate in contact tracing and safe burial practices, thus prolonging the outbreak rather than curtailing it. The mistrust created by this coercive approach also contributed to a general hostility towards health care providers leading to the burning down of numerous health facilities, including two MSF run treatment centres and the death of several health professionals³. Mosul in

— 2. UN Commission on Human Rights, "The Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights", 28 September 1984, E/CN.4/1985/4. <https://www.refworld.org/docid/4672bc122.html>

— 3. Karlina Kleijer, "How the Ebola response failed the people of DRC", MSF, 24 March 2020, <https://www.msf.org/how-ebola-response-failed-people-drc>; Heather Pagano and Emmanuel Lampaert, "Ebola Healthcare at Gunpoint – the New Normal?", MSF-Analysis, 26 December 2020, <http://msf-analysis.org/ebola-healthcare-gunpoint-new-normal>

publique, comme les enterrements répondant aux normes de sécurité, le traçage des contacts, les admissions forcées et les campagnes de vaccination. D'un point de vue sanitaire, cela a été contre-productif. Les malades cachaient leurs symptômes, évitaient de se faire tester, et refusaient de participer au traçage des contacts ou d'enterrer leurs morts en respectant les normes de sécurité. Cela n'a fait que prolonger la crise, au lieu de la circonscire. La méfiance résultant de cette approche coercitive a également favorisé l'hostilité générale à l'égard des services de santé, ce qui a entraîné la destruction de nombreux établissements de santé (y compris deux centres de soins gérés par MSF) et la mort de plusieurs professionnels de santé³. Par exemple, la ville de Mossoul en Irak est un lieu où des tensions de ce genre sont apparues pendant la pandémie de Covid-19. Le ministère de la Santé irakien a voulu imposer la présence de policiers armés afin de surveiller les cas suspects, ce qui a suscité des violences de la part des patients dans certains endroits.

Pour éviter ce genre de situations, il est capital d'établir que les mesures de santé publique ne suspendent pas l'exécution des obligations relevant du droit international humanitaire. Les parties en conflit sont notamment obligées d'autoriser les professionnels de santé indépendants à dispenser des soins en toute neutralité et impartialité. La neutralité dans les zones de conflit implique que les belligérants, y compris l'État, ne peuvent pas intervenir aux côtés des personnels soignants neutres, car cela impliquerait que les services de santé puissent être pris pour cible⁴. En somme,

Iraq is an example where such tensions have surfaced during the Covid-19 pandemic. The Ministry of Health was keen to use armed police to guard suspected cases, which led to violence by patients in some places.

In order to avoid such instances, it is crucial to establish that public health measures do not suspend obligations under International Humanitarian Law. This includes the obligation of warring parties to allow independent health actors to provide neutral and impartial medical care. Neutrality in conflict zones means that warring parties, including the State, cannot be deployed alongside neutral health providers, as this will make these health facilities a target⁴. In short, the "no guns" policy in hospitals still applies, even during a pandemic.

The impact of the pandemic on conflict dynamics

Antonio Guterres, the United Nations Secretary General, is acutely aware of the difficulty of responding to a pandemic in war zones. Consequently, he made a public call for a global ceasefire on the 23rd of March because "Our world faces a common enemy: Covid-19", asking all warring parties to "Silence the guns; stop the artillery; end the airstrikes" in order "To help create corridors for life-saving aid⁵".

So far, this call has had limited results. The only update published by the United Nations on the 2 April boasts that some 70 nations worldwide have signed up to this ceasefire, many of which are nations involved in conflict⁶. The report also

— 3. Karlene Kleijer, "How the Ebola response failed the people of DRC", MSF, 24 March 2020, <https://www.msf.org/how-ebola-response-failed-people-drc>; Heather Pagano and Emmanuel Lampaert, "Ebola Healthcare at Gunpoint – the New Normal?", MSF-Analysis, 26 December 2020, <http://msf-analysis.org/ebola-healthcare-gunpoint-new-normal>

— 4. ICRC, "COVID-19: How IHL provides crucial safeguards during pandemics", 30 March 2020, <https://www.icrc.org/en/document/covid-19-how-ihl-provides-crucial-safeguards-during-pandemics>

— 4. ICRC, "COVID-19: How IHL provides crucial safeguards during pandemics", 30 March 2020, <https://www.icrc.org/en/document/covid-19-how-ihl-provides-crucial-safeguards-during-pandemics>

— 5. United Nations, "Secretary-General's Appeal for Global Ceasefire", 23 March 2020, <https://www.un.org/sg/en/content/sg/statement/2020-03-23/secretary-general-s-appeal-for-global-ceasefire>

— 6. United Nations, "Update on the Secretary-General's Appeal for a Global Ceasefire", 2 April 2020, https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/update_on_sg_appeal_for_ceasefire_april_2020.pdf

les politiques visant à interdire les armes dans les hôpitaux continuent de s'appliquer, même en cas de pandémie.

L'impact de la pandémie sur la dynamique des conflits

Le Secrétaire général de l'ONU, Antonio Guterres, est tout à fait conscient des difficultés inhérentes à la lutte contre une pandémie dans les zones de guerre. C'est la raison pour laquelle il a lancé le 23 mars un appel public en faveur d'un cessez-le-feu mondial, car « notre monde fait face à un ennemi commun constitué par le virus Covid-19 ». Il a demandé à toutes les parties en conflit de « faire taire les canons, de poser les armes et de mettre fin aux frappes aériennes » pour « pouvoir établir des couloirs d'aide humanitaire qui sauveront des vies⁵ ».

Jusqu'à présent, cet appel n'a eu que peu d'effets. La seule mise à jour publiée par les Nations unies, en date du 2 avril, indique que 70 pays environ ont adhéré au cessez-le-feu. Parmi eux, beaucoup sont parties à un conflit⁶. Cette publication mentionne également l'accord de groupes armés non étatiques au Cameroun, en République centrafricaine, en Colombie, en Libye, au Myanmar, aux Philippines, au Soudan du Sud, au Soudan, en Syrie, en Ukraine et au Yémen. Cependant, un examen approfondi de ce document montre que, dans beaucoup de ces pays, seul un groupe actif (ou éventuellement quelques-uns) a adhéré au cessez-le-feu (au Cameroun, en Irak et aux Philippines) ; ou seulement pour un mois (en Colombie) ; ou qu'il a disparu depuis (en Libye, en Ukraine et au Yémen). En outre, parmi les 70 pays cités, certains n'ont pas spécialement adhéré au cessez-le-feu lié au coronavirus. En fait, l'ONU a simplement indiqué qu'elle espérait que les accords de paix ou les cessez-le-feu

mentions the agreement of non-state armed groups (NSAG) in Cameroon, the Central African Republic (CAR), Colombia, Libya, Myanmar, Philippines, South Sudan, Sudan, Syria, Ukraine and Yemen. However, closer scrutiny shows that in many of these countries only one or a few of the many different active groups have signed up (Cameroon, Iraq, Philippines), or have done so for just one month (Colombia), or it has since fallen apart (Libya, Ukraine, Yemen). Also, some of the 70 countries mentioned did not specifically endorse this coronavirus ceasefire. The UN simply expressed the hope that existing peace agreements or ceasefires would continue (CAR, South Sudan, Syria, Afghanistan, Gaza). The report states that only in Sudan did both the government and most of the armed groups sign up and fighting stopped. One of the most widely publicised responses to the pandemic from an armed group came from the "Taliban" in Afghanistan, promising free and safe passage for health workers to areas under their control⁷. However, they refused to endorse the ceasefire specifically, saying it would only apply in areas they control. This is effectively just a ceasefire with themselves!

Many humanitarian organisations have given strong public support to this UN ceasefire including Save the Children, Christian Aid, Concern, *Action Contre la Faim*, the International Rescue Committee (IRC) and the Danish Refugee Council. The International Committee of the Red Cross (ICRC) is reluctant to endorse the ceasefire explicitly, as they are concerned that a coronavirus ceasefire would fuel the wider debate on the concept of "health security", using healthcare as a bargaining chip in peace negotiations. However, the ICRC President Peter Maurer came quite close to endorsement in a speech at

— 5. United Nations, "Secretary-General's Appeal for Global Ceasefire", 23 March 2020, <https://www.un.org/sg/en/content/sg/state-ment/2020-03-23/secretary-general-s-appeal-for-global-ceasefire>

— 6. United Nations, "Update on the Secretary-General's Appeal for a Global Ceasefire", 2 April 2020, https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/update_on_sg_appeal_for_ceasefire_april_2020.pdf

— 7. Al Jazeera, "Taliban launches campaign to help Afghanistan fight coronavirus", 6 April 2020, <https://www.aljazeera.com/news/2020/04/taliban-launches-campaign-afghanistan-fight-coronavirus-200406055113086.html>

préexistants seraient reconduits (en RCA, au Soudan du Sud, en Syrie, en Afghanistan et à Gaza). Selon ce rapport, il n'y aurait qu'au Soudan que le gouvernement et la plupart des groupes armés auraient adhéré au cessez-le-feu et mis fin aux combats. Face à la pandémie, la réaction des Talibans afghans a été l'une de celles émanant d'un groupe armé parmi les plus largement médiatisées : en effet, ils ont promis un accès gratuit, en toute sécurité, aux territoires qu'ils contrôlent pour les personnels soignants⁷. Cependant, concernant le cessez-le-feu lui-même, les Talibans ont refusé d'y adhérer, déclarant que celui-ci ne s'applique que sur les territoires qu'ils contrôlent déjà. De fait, il ne s'agit donc que d'un cessez-le-feu entre les Talibans !

Beaucoup d'organisations humanitaires ont fermement et publiquement déclaré leur soutien au cessez-le-feu proposé par l'ONU. C'est notamment le cas des organisations Save The Children, Christian Aid, Concern, Action contre la Faim, International Rescue Committee et Danish Refugee Council. Le CICR, quant à lui, n'a pas souhaité adhérer au cessez-le-feu de manière explicite. L'organisation craint qu'un cessez-le-feu spécial Covid-19 ne vienne alimenter le vaste débat autour du concept de « sécurité sanitaire », faisant des soins de santé une monnaie d'échange dans les négociations de paix. Le Président du CICR, Peter Maurer, a néanmoins quasiment adhéré au cessez-le-feu dans son discours prononcé à l'occasion du Forum économique mondial. Selon lui, « une bonne raison justifie l'appel du Secrétaire général de l'ONU en faveur d'un cessez-le-feu mondial : le personnel humanitaire a besoin de tout l'espace disponible pour affronter la pandémie actuelle ». Malheureusement, les cessez-le-feu, couloirs et zones de sécurité humanitaires sont également propices

the World Economic Forum: "There is a good reason the UN Secretary-General has called for a global ceasefire; humanitarian actors need all possible space to respond to the present pandemic". Unfortunately, humanitarian ceasefires, corridors and safe zones are also prone to abuse. They risk legitimising violence and blocking humanitarian access to those areas that do not take part, or for one of the parties to appoint themselves as the arbiters of who, according to them, deserves aid and who does not.

The debate about the ceasefire shifted to the UN Security Council, with France and Tunisia proposing a resolution calling for a 90-day "humanitarian pause", which quickly gained support from the UK and China. The United States and Russia initially refused to sign up to such a blanket arrangement, for fear this would curtail their counter-terrorism operations. Eventually, a watered-down version was tabled, but only in countries where the UN Security Council plays a role, and excluding counter-terrorism operations and all the armed groups designated as terrorists. Finally, more than 3 months after Guterres' original call – and bickering between the US and China how to both mention and not mention the WHO in the text –, the UNSC adopted resolution 2532 (2020) on the 1st of July. Most of the conflicts covered by the resolution involve one or more such prescribed "terrorist" groups, excluding them and operations against them does not amount to much of a pause in fighting at all.

Many designated groups did not need to be encouraged by a UN resolution to exclude themselves from any ceasefire. The two most well-known armed opposition franchises, Islamic State and Al Qaeda, published a position on the coronavirus pandemic. Islamic State took the most aggressive stance early on. On the 18 March, in their magazine

— 7. *Al Jazeera*, "Taliban launches campaign to help Afghanistan fight coronavirus", 6 April 2020, <https://www.aljazeera.com/news/2020/04/taliban-launches-campaign-afghanistan-fight-coronavirus-200406055113086.html>

aux abus. Par leur biais, le risque est de légitimer la violence et de bloquer les accès humanitaires aux territoires qui n'y adhèrent pas. Autre risque : l'une des parties peut s'auto-désigner arbitre de la répartition de l'aide entre ceux qui, d'après elle, la méritent et ceux qui ne la méritent pas.

Le débat relatif au cessez-le-feu s'est réorienté vers le Conseil de Sécurité de l'ONU lorsque la France et la Tunisie ont proposé une résolution appelant à une « trêve humanitaire » de quatre-vingt-dix jours, laquelle a rapidement obtenu l'appui du Royaume-Uni et de la Chine. Les États-Unis et la Russie ont tout d'abord refusé d'adhérer à un arrangement global comme celui-ci, de peur que cela ne restreigne leurs opérations anti-terroristes. En fin de compte, une version édulcorée a été mise sur la table, et ce, uniquement dans les pays où le Conseil de Sécurité de l'ONU joue un rôle prépondérant en excluant effectivement les opérations anti-terroristes et tous les groupes armés considérés comme terroristes. Finalement, plus de trois mois après l'appel initial de Guterres – et au terme de querelles entre les États-Unis et la Chine quant à la manière d'évoquer l'OMS sans la mentionner dans le texte –, le Conseil de sécurité des Nations unies a adopté la résolution 2532 (2020) le 1^{er} juillet. Pour la plupart des conflits concernés par cette résolution, au moins un groupe considéré comme « terroriste » est partie prenante au conflit. Le fait de les exclure, ainsi que les opérations menées contre eux, ne correspond donc pas à un arrêt des combats proprement dit.

Parmi les groupes désignés, nombreux sont ceux qui n'avaient pas besoin d'être encouragés par une résolution de l'ONU afin de s'exclure eux-mêmes de tous les cessez-le-feu. Les deux franchises d'opposition armée les plus connues, à savoir l'État islamique et Al-Qaïda, ont pris position publiquement au sujet de la pandémie de coronavirus. Très tôt, l'État islamique a pris position de la manière la plus agressive. Dans le magazine Al

Al Naba⁸, they urged their followers to seize the opportunity of "weakness of the enemy" to launch attacks and release Muslim prisoners "from the jails of the mushrikin and the camps of humiliation in which the disease threatens them". This is most likely a reference to the detention camps in north-east Syria holding ex-IS combatants and their families. Al Qaeda belatedly followed suit at the end of March⁹ stating that "Now is the time to spread the correct Aqeeda, call people to Jihad in the way of Allah and revolt against the oppression and oppressors". Al Qaeda however seems to promote a more passive approach, principally calling on everyone in the West to consider converting to Islam and telling the "crusaders" to "wait, we too are waiting". Both pamphlets also stress the Islamic credentials in support of public health messages, especially the need for hygiene practices.

In some contexts, this "weakening of the enemy" is quite literal as top officials as well as military bases have not been immune to the virus. In Mali, both the French anti-terror forces involved in Operation Barkhane and the United Nations Multidimensional Integrated Stabilization Mission in Mali (MINUSMA) have been hit by the virus, leading to lockdowns in barracks and a reduced capacity. In Nigeria the President's Chief of Staff, seen as one of the country's main powers, died of Covid-19. There have been no public endorsements by individual groups linked to Islamic State or Al Qaeda of this call to arms – one statement from the Al Qaeda affiliated Al Shebab in Somalia on coronavirus predates the Al Qaeda publication – but fighting has

— 8. "The Worst Nightmare of the Crusaders", *Al Naba Newsletter*, issue 226, accessed through: Aymenn Jawad Al-Tamimi, "Islamic State Editorial on the Coronavirus Pandemic", 19 March 2020, www.aymennjawad.org/2020/03/islamic-state-editorial-on-the-coronavirus

— 9. "The Way Forward, A Word of Advice on the Coronavirus Pandemic", accessed through: <https://twitter.com/thomasjoscelyn/status/1245311851325423616>

Naba daté du 18 mars⁸, Daech a appelé ses partisans à profiter de la « faiblesse de l'ennemi » pour mener des attaques et libérer les prisonniers musulmans enfermés dans « les prisons des infidèles et les camps de la honte dans lesquels ils sont exposés à la maladie ». Ces propos font très probablement référence aux camps de détention situés dans le nord-est de la Syrie, dans lesquels sont détenus les anciens combattants de Daech et leurs familles. Al-Qaïda s'est associée à ces propos plus tardivement, à la fin du mois de mars⁹, en déclarant que « le temps est venu de diffuser la bonne Aqida, d'appeler au Jihad comme Allah le souhaitait, et de se rebeller contre l'oppression et les oppresseurs ». Al-Qaïda semble néanmoins promouvoir une approche plus passive, appelant principalement les Occidentaux à envisager une conversion à l'Islam, et recommandant aux Croisés « d'attendre, car nous aussi attendons. » Ces deux prises de position mettent également l'accent sur les références islamiques en appui aux messages de santé publique, et notamment sur la nécessité d'adopter de bonnes pratiques d'hygiène.

Cet « affaiblissement de l'ennemi » dans certains contextes peut être compris de manière assez littérale, car les hauts dirigeants et les bases militaires ne sont pas sortis indemnes de la crise du coronavirus. Au Mali, les forces françaises de l'opération anti-terroriste Barkhane et les forces de maintien de la paix de la Mission multidimensionnelle intégrée des Nations unies pour la stabilisation au Mali (MINUSMA) ont été contaminées par le virus et confinées dans leurs baraquements, ce qui a impliqué une capacité d'action réduite de leur part. Au Nigéria, le directeur de cabinet du Président, considéré comme l'une des personnalités les plus influentes du

increased in many places. The number of attacks claimed by Islamic State in Iraq has doubled since the pandemic, the conflict in northern Mozambique has accelerated in the last two months including many attacks on district capitals, Boko Haram has stepped up attacks in Nigeria, including incursions on the Borno State capital, Maiduguri, and the conflict between Al Qaeda and Islamic State has intensified in the Sahel. In all cases, these intensifications can be explained by local dynamics, but generally the trend is for more, not less war since Covid-19.

« Les deux franchises d'opposition armée les plus connues, à savoir l'État islamique et Al-Qaïda, ont pris position publiquement au sujet de la pandémie de coronavirus. »

"The two most well-known armed opposition franchises, Islamic State and Al Qaeda, published a position on the coronavirus pandemic."

Help those that fall through the cracks of the "greater good"

The pandemic has made providing health care in conflict situations even more expensive and dangerous than usual, whilst humanitarian organisations will struggle to maintain, much less expand operations as the pandemic blocks staff and supplies. Most of these blockages are imposed by States, which necessitates an uncomfortable collaboration with these States to overcome. In conflict areas this needs to be explained to the non-state armed groups. The urgency of the needs may be an opportunity to open channels with armed groups that have previously been difficult to access, with others it may be an additional barrier. Whether Covid-19 is a challenge or an opportunity, will depend, as always, on each context.

— 8. "The Worst Nightmare of the Crusaders", *Al Naba Newsletter*, issue 226, accessed through: Ay-menn Jawad Al-Tamimi, "Islamic State Editorial on the Coronavirus Pandemic", 19 March 2020, www.aymennjawad.org/2020/03/islamic-state-editorial-on-the-coronavirus

— 9. "The Way Forward, A Word of Advice on the Coronavirus Pandemic", accessed through: <https://twitter.com/thomasjoscelyn/status/1245311851325423616>

pays, est décédé des suites de la Covid-19. Aucun groupe indépendant lié à l'État islamique ou à Al-Qaïda n'a adhéré publiquement à cet appel à prendre les armes (exception faite de la déclaration du groupe al-Shabab affilié à Al-Qaïda au sujet du coronavirus, qui était antérieure au communiqué d'Al-Qaïda) et, dans beaucoup d'endroits, une augmentation des combats a été observée. Le nombre d'attaques revendiquées par l'État islamique en Irak a doublé depuis le début de la pandémie. Dans le nord du Mozambique, l'évolution du conflit s'est accélérée au cours des deux derniers mois, notamment par le biais de nombreuses attaques ciblant les capitales de districts. Au Nigéria, une recrudescence des attaques de Boko Haram a été constatée, y compris par le biais d'incursions à Maiduguri, la capitale de l'État de Borno. Au Sahel, le conflit entre Al-Qaïda et l'État islamique s'est intensifié. Dans tous les cas, cette intensification s'explique par les dynamiques locales. Cela dit, la tendance montre une augmentation plutôt qu'une diminution des combats depuis le début de la crise de la Covid-19.

Aider ceux qui échappent à « l'intérêt commun »

Tandis que les soins de santé dispensés en situation de conflit ont été encore plus coûteux et dangereux que d'habitude en raison de la pandémie, les organisations humanitaires devront lutter pour assurer le maintien des opérations (sans même parler de les élargir), car la pandémie monopolise les personnels soignants et les fournitures médicales. La plupart de ces blocages sont imposés par les États, ce qui implique une collaboration gênante avec les autorités étatiques afin de dépasser les obstacles. Dans les zones de conflit, cet état de fait doit être expliqué aux groupes armés non étatiques. L'urgence des besoins peut donner l'occasion d'ouvrir des voies de communication avec les groupes armés habituellement hors d'atteinte ou, à l'inverse, de créer de nouvelles barrières avec d'autres groupes. Comme toujours, chaque contexte déterminera si la Covid-19 est un défi ou une opportunité.

With all these constraints, choices need to be made and priorities set. An unfortunate temptation would be to use the limited resources available only in places that are easy to reach, where larger populations can be helped and where the largest number of lives can be saved. Conflict zones are not such places. However, humanitarians are supposed to look after the most vulnerable, those that fall through the cracks of the "greater good". That includes migrants, the homeless and the elderly in Europe and North America, people living with HIV/AIDS and tuberculosis in Africa, and people living in conflict everywhere. First and foremost, to maintain life-saving medical care, mostly unrelated to Covid-19, and where possible, respond to the pandemic as well.

Au vu de toutes ces contraintes, il faut faire des choix et établir des priorités. Il serait malheureux de se laisser tenter par l'utilisation des ressources limitées uniquement disponibles dans les endroits les plus faciles d'accès, où des populations plus nombreuses peuvent être aidées et où le plus de vies peuvent être sauvées. Les zones de conflit n'en font pas partie. Pourtant, les personnels humanitaires ont pour mission de venir en aide aux populations les plus vulnérables et à ceux qui échappent à « l'intérêt commun ». Cela inclut les migrants, les sans-abris et les personnes âgées en Europe et en Amérique du Nord; les patients atteints du VIH/sida et de la tuberculose en Afrique; et les personnes vivant en situation de conflit partout dans le monde. Il faut d'abord et avant tout maintenir, partout où cela est possible, les soins médicaux qui sauvent des vies et dont la plupart n'ont rien à voir avec la Covid-19; et lorsque cela est possible, lutter contre la pandémie.

Traduit de l'anglais par Méline Bernard

« Il faut d'abord et avant tout maintenir, partout où cela est possible, les soins médicaux qui sauvent des vies et dont la plupart n'ont rien à voir avec la Covid-19. »

"First and foremost, to maintain life-saving medical care, mostly unrelated to Covid-19."

Biographie | Biography



MICHEL HOFMAN

Il a effectué des missions de terrain pour MSF entre 1993 et 1998, travaillant en tant que coordinateur d'urgence et chef de mission au Liberia, en RDC, en Bosnie, au Burundi, au Sri Lanka, au Brésil, au Soudan du Sud et au Kosovo, reprenant sa carrière de journaliste pigiste entre deux missions. Entre 1999 et 2001, Michiel a cofondé la Fondation Antares, une organisation néerlandaise à but non lucratif qui aide les ONG locales à fournir un soutien psychosocial au personnel travaillant dans des environnements particulièrement éprouvants. Michiel a réintégré MSF en 2001 en tant que directeur de programme en Russie, directeur des opérations au siège de MSF à Amsterdam, puis représentant de pays pour l'Afghanistan. Depuis 2011, Michiel Hofman travaille en tant que spécialiste principal des questions humanitaires pour MSF. Installé à Belfast, il se consacre à la recherche, à la formation et au soutien opérationnel, ainsi qu'à des publications dans le domaine humanitaire. He worked for Médecins Sans Frontières (MSF) in field missions between 1993 and 1998 as emergency coordinator and head of mission for MSF in Liberia, DRC, Bosnia, Burundi, Sri Lanka, Brazil, South Sudan and Kosovo, returning to his former career as freelance journalist between missions. Between 1999 and 2001, Michiel co-founded the Antares Foundation, a Dutch non-profit organisation which supports local NGOs in providing psychosocial support for staff working in high-stress environments. Michiel returned to MSF in 2001 working as country director in Russia, director of operations at MSF Amsterdam HQ and as country representative for Afghanistan. Since 2011, Michiel Hofman has been working as a senior humanitarian specialist for MSF based in Belfast, concentrating on research, training and operational support, as well as publications in the humanitarian field.

Une épreuve de dignité: regard anthropologique sur les réponses à la Covid-19 en Afrique de l'Ouest

A test of dignity: an anthropological analysis of Covid-19 responses in West Africa

*Yannick Jaffré – Anthropologue, directeur
de recherche émérite au CNRS*

*Fatoumata Hane – Socio-anthropologue,
maître de conférences à l'Université Assane Seck
de Ziguinchor (Sénégal)*

*Hélène Kane – Docteure en anthropologie de la santé,
chercheuse associée à l'Unité mixte internationale
Environnement, Santé, Sociétés (CNRS UMI ESS)*

V

ue d'Afrique et vécue en Afrique. C'est à cette double lecture que se livrent les trois auteurs dont l'analyse anthropologique permet une mise en perspective salutaire dans la manière dont la pandémie de la Covid-19 a été appréhendée par les populations, les scientifiques et les politiques.

Elle offre aussi – et peut-être surtout – une lecture fine des représentations mobilisées comme des revendications de dignité qui se sont exprimées.

Bien sûr, cette pandémie fut sanitaire. Mais son surgissement a été trop soudain, massif et inquiétant, pour que l'incertitude quant aux risques liés à la dif-

The three authors of this article conducted an anthropological analysis of the Covid-19 pandemic as seen from and experienced in Africa, shedding valuable insight into how this pandemic has been perceived by the continent's populations, scientists and politicians. It also – and perhaps most importantly – offers an astute interpretation of the representations made and the demands for dignity expressed.

Evidently, this was a health pandemic. But its appearance was too sudden, massive and alarming to prevent the uncertainty surrounding the risks caused by the dissemination of the virus from affecting the habitual rationality of our health choices and engaging – in a variety of ways – our political emotions and the credence we give to medical expertise.

fusion du pathogène n'affecte une sorte de rationalité habituelle de nos choix sanitaires et n'implique de diverses manières des émotions politiques et la créance que nous accordons aux savoirs médicaux.

Partout, ces dimensions non directement médicales – des choix des stratégies de santé publique, de l'usage des connaissances disponibles et de l'impact des forces imaginantes des récits épidémiques – ont façonné les espaces sociotechniques de la Covid-19.

C'est cette configuration épidémique, correspondant à la confrontation des caractéristiques proprement infectieuses du virus et de ses modes de transmission avec les dynamiques sociohistoriques construisant les réponses sanitaires spécifiques aux divers territoires concernés, que nous nous proposons de brièvement caractériser.

Nous écrivons « à chaud ». L'épidémie est en cours et son évolution reste incertaine. Par ailleurs, des données sont encore manquantes et bien des études de terrain, actuellement impossibles à effectuer, seraient à réaliser pour étayer nos assertions. C'est pourquoi le but de ce travail exploratoire que nous réalisons sur des « signes, des traces et des indices¹ » est de contribuer à circonscrire un ensemble de dimensions souvent négligées dans les études strictement sanitaires, alors qu'elles configurent les réponses à l'épidémie. Sur la scène sanitaire, tout autant qu'ailleurs, les implicites culturels ou les émotions politiques² qui orientent la lecture de l'événement déterminent les choix et les jeux des acteurs.

Everywhere, these not directly medical dimensions – the choice of public health strategy, use made of available knowledge and impact of the fanciful powers of epidemic narratives – have shaped the sociotechnical spaces of Covid-19.

It is this configuration of the epidemic, opposing the infectious characteristics of the virus to its modes of transmission, with the socio-historical dynamics driving the specific health responses of the countries affected by it, that we endeavour to describe here.

We are writing without the benefits of hindsight. The epidemic is ongoing and its progression is uncertain. Moreover, we still lack data and would need to conduct numerous field studies – which is currently impossible – to support our assertions. The goal of this exploratory work on “*signes, traces et indices* [signs, traces and clues]”¹ is therefore to help define a set of dimensions that are all too often overlooked in exclusively health-based studies, despite helping to shape epidemic responses. In the field of health, as much as anywhere else, the implicit cultural issues and political emotions² influencing the interpretation of an event determine the decisions and actions taken by its stakeholders.

Health policies and social contradictions

In West Africa, the focus of our analysis, it is easy from a public health point of view to demonstrate the rapidity of the health response to Covid-19 and the efforts made to implement coherent measures across all the countries in the sub-region.

For example, as the first cases of the virus were “imported”, within the space of ten days – between 16 and 26 March – all the member countries of the Eco-

— 1. Carlos Ginzburg, « Signes, traces, pistes : Racines d'un paradigme de l'indice », *Le Débat*, 6 (6), 1980, p. 3-44.

— 2. Arjun Appadurai, *Géographie de la colère*, Payot & Rivages, 2007 ; Dominique Moïsi, *La Géopolitique de l'émotion*, Flammarion, coll. « Champs actuel », 2010.

— 1. Carlos Ginzburg, « Signes, traces, pistes : Racines d'un paradigme de l'indice », *Le Débat*, 6 (6), 1980, p. 3-44.

— 2. Arjun Appadurai, *Géographie de la colère*, Payot & Rivages, 2007 ; Dominique Moïsi, *La Géopolitique de l'émotion*, Flammarion, coll. « Champs actuel », 2010.

YANNICK
JAFFRÉFATOUMATA
HANE

HÉLÈNE KANE

Politiques sanitaires et contradictions sociales

En Afrique de l'Ouest où nous situons notre propos, il est aisé, d'un strict point de vue de santé publique, de souligner la rapidité de la réponse sanitaire et l'effort de cohérence quant aux mesures engagées pratiquement dans tous les États de la sous-région.

Par exemple, les premiers cas de Covid-19 étant des cas « importés », en une dizaine de jours – du 16 au 26 mars –, tous les pays membres de la Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest (CEAO), à l'exception du Liberia, ont fermé leurs frontières. Suivirent logiquement la fermeture des écoles, des universités et des lieux de regroupement de population, l'instauration de « couvre-feux », et une insistance – à l'inverse des conduites de certains chefs d'État du Nord – sur l'importance, et l'obligation en certains lieux, du port du masque et des gestes barrières. « En France, on a mis 52 jours après le premier cas pour prendre des mesures. Il y avait alors 4 500 cas. En Côte d'Ivoire, 5 jours après le premier cas, on a fermé les écoles et les frontières. Une semaine plus tard, c'était le couvre-feu », souligne, par exemple, le Dr Jean-Marie Milleliri³.

Ces mesures de prévention furent, par ailleurs, souvent mises en scène par des chefs d'État, comme au Sénégal ou en Côte d'Ivoire, par d'autres responsables politiques ou des artistes comme le chanteur sénégalais Ismaël Lô, le Congolais Koffi Olomidé ou le collectif de rap « Y'en a marre », etc. De même, certains personnels politiques comme le Premier ministre ivoirien Amadou Gon présentèrent leur confinement sur un mode éducatif, après avoir été en contact avec une personne infectée par la Covid-19.

Bien sûr, tout ne fut pas homogène. Certains responsables politiques s'exprimèrent lorsque d'autres se turent.

nommic Community of East African States (ECOWAS) closed their borders, with the exception of Liberia. They then went on to close schools, universities and public gathering places, introduce a "curfew" and – unlike certain Heads of State in the North – strongly encourage and in some places impose the wearing of masks and the application of basic hygiene measures. "In France, after the first case, it took 52 days to implement some measures, by which point there were some 4,500 cases. In Côte d'Ivoire, the schools and the borders were closed just 5 days after the first case. One week later, a curfew was in place", recounts Dr Jean-Marie Milleliri³.

Moreover, these prevention measures were often demonstrated publicly by the heads of State in person, as in Senegal and Côte d'Ivoire, and by other political leaders and even by performance artists such as the Senegalese singer, Ismaël Lô, the Congolese singer, Koffi Olomidé, or the rap group, "Y'en a marre". Similarly, a number of political personalities, including the Prime Minister of Côte d'Ivoire, Amadou Gon, set the right example by announcing that they were self-isolating after being in contact with a person who had tested positive to Covid-19.

Of course, it wasn't the same everywhere. While some political leaders spoke out, others remained silent. And the timeline for the implementation of actions and measures was variable. In a situation of considerable anxiety and uncertainty, however, we saw management that was, on the whole, quite "routine", even in its contradictions, with Niger and Senegal still obliged to negotiate with their country's religious authorities and Mali and France organising legislative elections while locking down.

While this image is not false, it nevertheless contains some cracks and nuances that must be examined. To understand

— 3. « Covid-19 : l'Afrique en quête de réponses », *Le Point Afrique*, 16 mai 2020, https://www.lepoint.fr/afrique/covid-19-l-afrique-en-quete-de-reponses-16-05-2020-2375737_3826.php

— 3. « Covid-19 : l'Afrique en quête de réponses », *Le Point Afrique*, 16 mai 2020, https://www.lepoint.fr/afrique/covid-19-l-afrique-en-quete-de-reponses-16-05-2020-2375737_3826.php

Les calendriers des actions et des mesures furent variables. Mais, en situation de grande inquiétude et d'incertitude, on assista à une gestion somme toute assez « banale » jusque dans ces contradictions qui, par exemple au Niger et au Sénégal, obligèrent à négocier avec des autorités religieuses ou, au Mali comme en France, inscrivirent des élections législatives dans le cours du « confinement ».

Mais cette image, sans être fausse, doit être aussi examinée selon ses nuances et ses craquelures. Comprendre le « cours ordinaire de l'épidémie » implique de le cartographier en fonction des failles et des remaniements idéologiques que produisit cet événement sanitaire. Failles et secousses qui, d'un pays à l'autre, et du continent aux diverses diasporas, furent toujours, dans une Afrique largement « numérisée⁴ », prolongées par l'intense activité des téléphones mobiles, des réseaux sociaux, de la presse et des télévisions.

Les élites et le système de santé local

Une première fissure se situe entre les mots de la prévention et les choses de la vie. Elle concerne les inégalités face aux mesures qui furent prises pour éviter la propagation du virus *versus* une contestation largement spontanée d'élites promptes à ne pas respecter les lois communes. Ainsi, des mouvements de foule se déroulèrent au Cameroun à propos d'un responsable politique revenant de France et qui ne respecta pas le confinement. Partout – y compris en Europe et notamment en Angleterre à propos d'un conseiller du Premier ministre –, la Covid-19 a mis à jour des pratiques différenciant les élites des populations. Comme l'a souligné le 5 avril au Bénin le président Talon, en évoquant les

« Comprendre le "cours ordinaire de l'épidémie" implique de le cartographier en fonction des failles et des remaniements idéologiques que produisit cet événement sanitaire. »

"To understand the 'natural course of the epidemic' we must first map it and identify the fault lines and ideological modifications that this health event has generated."

the "natural course of the epidemic" we must first map it and identify the fault lines and ideological modifications that this health event has generated. Fault-lines and tremors which, from one country to another, and between the continent and the diverse diaspora, in a now largely "digitalised" Africa⁴, were prolonged by intense activity of mobile phones, social networks, the press and television.

The elite and local healthcare systems

One such fissure can be found between talk of prevention and real life. It concerns the inequalities that surfaced following the introduction of measures to stop the spread of the virus – measures which much of the elite, always quick to disregard common laws, spontaneously challenged. As a result, there were protests in Cameroon, for example, when a political leader returning from France did not self-isolate. Everywhere – including in Europe and notably in England with an incident involving an adviser to the Prime Minister – Covid-19 revealed practices differentiating the elite from the rest of the population. As remarked by Benin's President Talon on 5 April with reference to the tens of billions

— 4. Gado Alzouma, « Téléphone mobile, Internet et développement : l'Afrique dans la société de l'information ? », *tic&société* [En ligne], vol. 2, n° 2, 2008, <https://journals.openedition.org/ticetsociete/488>; « Jeunes et réseaux socionumériques en Afrique et en Haïti », Appel à contribution, *Calenda*, 1^{er} février 2017, <https://calenda.org/392379>

— 4. Gado Alzouma, « Téléphone mobile, Internet et développement : l'Afrique dans la société de l'information ? », *tic&société* [Online], vol. 2, n° 2, 2008, <https://journals.openedition.org/ticetsociete/488>; « Jeunes et réseaux socionumériques en Afrique et en Haïti », Appel à contribution, *Calenda*, 1^{er} février 2017, <https://calenda.org/392379>

dizaines de milliards dépensés pour des privilégiés et en interdisant ces évacuations payées par l'État : « Celui qui dans son village ne connaît personne ou n'est pas proche du pouvoir n'a pas de chance d'être évacué. » La Covid-19 ne résolut aucune inégalité, mais elle obligea de les dire.

Parallèlement, cette fermeture des frontières fit que certains responsables, comme Pape Diouf au Sénégal, ne purent être évacués et partagèrent le sort sanitaire faisant l'ordinaire des populations. Au Burkina Faso, autre exemple à la mi-mars, le décès de la deuxième vice-présidente de l'Assemblée nationale a mis en lumière divers dysfonctionnements des services de santé, connus de tous, mais ici dévoilés par l'importance sociale de ceux qui eurent à en pâtir. De manière générale, « premiers concernés par le Covid-19, les dirigeants doivent à la fois se soigner ou se protéger, tout en essayant de gérer cette crise et de masquer leurs échecs en matière de santé publique. Ils sont en quelque sorte pris à leur propre piège et c'est une première⁵ ».

Les mots, les mesures préventives et les inégalités sociales

Par ailleurs, et plus globalement, l'OMS a estimé jeudi 7 mai que « 83 000 à 190 000 personnes en Afrique pourraient mourir du Covid-19 et 29 à 44 millions pourraient être infectées au cours de la première année » si des mesures de confinement n'étaient pas appliquées. Or « confiner » des familles vivant dans des quartiers « non lotis » et devant chaque jour faire quelques affaires pour trouver leur subsistance était proprement impossible. Autrement dit, si les mots restaient les mêmes, ils devaient s'appliquer à des réalités bien différentes. Pour les plus pauvres et dans bien des pays et situa-

spent on evacuating the privileged and before banning these evacuations paid for by the State: "People living in their village who don't know anybody or are not close to power have no chance of being evacuated". Covid-19 did not resolve any inequalities, but forced them to be voiced.

At the same time, this closure of the borders meant that some personalities, such as Pape Diouf in Senegal, were not able to be evacuated and shared the health plight ordinarily reserved for ordinary people. In another example, the death of the second Vice-President of Burkina Faso's National Assembly in mid-March revealed a variety of dysfunctions in the health services, known to all, but brought out into the open by the social importance of those who suffered from them. To put it more broadly, "in the frontline when it comes to Covid-19, leaders are having to treat or protect themselves while trying to manage this crisis and hide their failures in the field of public health. In a way, they have been caught in their own trap, and this is a first"⁵.

Words, prevention measures and social inequalities

Moreover, and more generally, on Thursday 7 May, WHO estimated that Covid-19 "could kill between 83,000 and 190,000 people in Africa in the first year and infect between 29 and 44 million" if no containment measures were put in place. Yet "containing" families living in "unplanned" neighbourhoods and forced to do some kind of work every day just to survive was quite simply impossible. In other words, the words used were the same everywhere, but had to be applied to very different realities. For the poorest, and in many countries and local situations, this globalised health narrative had no possible behavioural referents.

— 5. Jean-Paul Bado, in Joan Tilouine, « En Afrique, le coronavirus met en danger les élites dirigeantes », *Le Monde Afrique*, 3 avril 2020, https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/04/03/en-afrique-le-covid-19-met-en-danger-les-elites-dirigeantes_6035384_3212.html

— 5. Jean-Paul Bado, in Joan Tilouine, « En Afrique, le coronavirus met en danger les élites dirigeantes », *Le Monde Afrique*, 3 avril 2020, https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/04/03/en-afrique-le-covid-19-met-en-danger-les-elites-dirigeantes_6035384_3212.html

tions locales, cette narration sanitaire mondialisée était sans possibles référents comportementaux.

Partout, l'impact des conduites préventives selon les conditions de vie et les inégalités sociales fut évident et les mesures sanitaires eurent de plus grandes conséquences économiques sur les plus précaires. Cela entraîna, notamment au Sénégal, des violences de la part de ceux pour qui le couvre-feu était synonyme d'appauvrissement. Pour ceux-ci, comme à l'accoutumée et en fonction des statuts économiques et des modes de logement, les mots et les propositions sanitaires ne signifiaient qu'un accroissement de la faim et de la précarité.

En revanche, l'existence d'un marché informel dynamique – né à l'époque coloniale et conforté lors des politiques d'ajustement structurel – s'adressant à diverses populations précaires subsistant en dehors des circuits économiques régulés et taxés⁶ a permis une très rapide production de masques à des prix abordables. Mais, même si des efforts de certification ont été préconisés, rien ici ne fut standardisé et ces masques – allant de bouts de tissus mal cousus à de riches objets de mode assortis à d'autres vêtements – furent autant des réponses « symboliques » à la crainte de se contaminer et aux exigences des États, qu'une véritable protection sanitaire. Soulignons aussi que la promptitude à se couvrir le visage a été facilitée par l'habitus de le faire, puisque dans divers groupes socio-culturels, souvent pour des raisons de pudeur, le voile pour les femmes et le turban pour les hommes couvrent le nez et la bouche. Cette réponse sociale, même si elle adopta parfois plus les signes que la réalité de la prévention, fut aussi largement portée par les familles qui, voyant à la télévision des images de l'Asie et de l'Europe, ont anticipé par prudence une sorte de distanciation « sociale » spontanée : masque, éloignement des mosquées, des églises, etc.

It became clear everywhere that the impact of preventive behaviours was determined by living conditions and social inequalities and that the economic consequences of the health measures weighed heaviest on the most vulnerable. This led to outbreaks of violence, especially in Senegal, by people for whom curfew went hand in hand with impoverishment. Those for whom, as always and according to their economic status and living arrangements, the health messages and protection proposals only meant greater hunger and increased vulnerability.

On the other hand, the existence of a dynamic informal market – born during the colonial era and strengthened by structural adjustment policies – accessed by a variety of vulnerable populations subsisting outside regulated and taxed economic systems⁶, resulted in the very rapid production of masks at affordable prices. Despite recommendations concerning certification however, nothing was standard and these masks – ranging from bits of cobbled-together fabric to rich fashion accessories designed to match people's outfits – were as much a "symbolic" response to the fear of contamination and government requirements as a real means of health protection. It should also be said that people's prompt willingness to cover their face was facilitated by existing habits, as in various socio-cultural groups, often for reasons of modesty, women's veils and men's turbans cover their nose and mouth. This social response, even though it was more of a sign than a real means of prevention, was also driven by families, which, after seeing pictures of events in Asia and Europe on the television, spontaneously adopted a form of "social distancing" as a precaution: masks, staying away from mosques and churches, etc.

Finally, as mentioned earlier, "for populations who have long had to cope with "unsociable medicine" and are

— 6. Jacqueline Damon, *L'Afrique de l'Ouest dans la compétition mondiale*, Karthala, 2003.

— 6. Jacqueline Damon, *L'Afrique de l'Ouest dans la compétition mondiale*, Karthala, 2003.

Enfin, comme nous l'évoquions précédemment, « pour la population, confrontée depuis longtemps à une "médecine inhospitalière" et très critique à l'égard des soignants, les formations sanitaires ne sont pas subitement devenues accueillantes⁷ ». Les socles précaires, sélectifs et inégalitaires des systèmes de santé n'ont pas changé du fait de l'épidémie. Le paysage est resté celui que l'on connaissait. Peut-être simplement l'épidémie a-t-elle permis – voire obligé – à dire en plein jour ce que chacun savait intimement. À construire un effet de vérité, une réflexivité qui d'articles en récits et en témoignages critiques empêche de (se) mentir en plein jour⁸.

Une réponse sanitaire fondée sur la dignité

Ces contradictions furent – et sont encore – localement vécues. Mais, depuis l'étranger, ces difficultés servirent aussi d'argumentaire pour penser et décrire l'Afrique uniquement sous ces qualificatifs métonymiques de « vulnérable » et de « région particulièrement à risque ». Les divers échanges de points de vue et les critiques endogènes formulées dans l'entre-soi des sociétés rencontrèrent ainsi les discours exogènes que d'autres – ONG humanitaires, journalistes, instances scientifiques – tenaient sur ce que l'on présentait comme une catastrophe annoncée pour l'Afrique puis, la situation sanitaire restant stable, en s'interrogeant sur le fait qu'« en Afrique, la catastrophe sanitaire annoncée n'a pas encore eu lieu⁹ ».

Les journaux, les articles, les « papiers » scientifiques et les mots qui en composent l'argumentaire diffèrent. Cepen-

highly critical of health providers, medical facilities did not suddenly become welcoming"⁷. The fragile, selective and non-egalitarian foundations on which health systems are built were not transformed by the epidemic. The landscape has stayed the same, but perhaps the epidemic has simply allowed us – obliged us – to say out loud what each of us has always known. To develop a truthfulness, a reflexivity, which, with the help of articles, narratives and critical testimony, prevents us from lying (to ourselves) overtly⁸.

A health response founded on dignity

These contradictions were – and still are – experienced locally. But, from abroad, the difficulties were an excuse for thinking of and describing Africa in terms of exclusively metonymic terminology, such as "vulnerable" and "region particularly at risk". The different exchanges of opinion taking place and endogenous criticisms formulated in the *inter se* of societies thus came face to face with the exogenous discourse engaged in by others – humanitarian NGOs, journalists, scientific bodies – in which they first predicted a health disaster for Africa and then, as the health situation remained stable, explained why "in Africa, the predicted health disaster [had] not yet happened"⁹.

The words used in newspapers, articles, scientific papers, etc. to present their arguments may have differed, but these pejorative and "humanitarian" visions had something in common: they all made African States and populations into "objects" or "targets" of assistance rather

— 7. Jean-Pierre Olivier de Sardan *et al.*, « Si l'Afrique veut être plus efficace face aux épidémies futures, elle doit tirer les leçons de ses insuffisances », *Le Monde Afrique*, 31 mai 2020, https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/05/31/si-l-afrique-veut-etre-plus-efficace-face-aux-epidemies-futures-elle-doit-tirer-les-lecons-de-ses-insuffisances_6041339_3212.html

— 8. Hannah Arendt, *La Vie de la pensée*, Payot, 1987.

— 9. Titre de l'article de Simon Petite, *Le Temps*, 7 mai 2020, www.letemps.ch/monde/afrique-catastrophe-sanitaire-annoncee-na-lieu

— 7. Jean-Pierre Olivier de Sardan *et al.*, « Si l'Afrique veut être plus efficace face aux épidémies futures, elle doit tirer les leçons de ses insuffisances », *Le Monde Afrique*, 31 mai 2020, https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/05/31/si-l-afrique-veut-etre-plus-efficace-face-aux-epidemies-futures-elle-doit-tirer-les-lecons-de-ses-insuffisances_6041339_3212.html

— 8. Hannah Arendt, *La Vie de la pensée*, Payot, 1987.

— 9. Title of the article by Simon Petite, *Le Temps*, 7 mai 2020, <https://www.letemps.ch/monde/afrique-catastrophe-sanitaire-annoncee-na-lieu>

dant, d'une certaine façon, ces visions péjoratives et « humanitaires » ont en commun de faire des États et populations africaines des « objets » ou des « cibles » de l'aide plus que des acteurs de leur histoire. Et cette dépossession de soi fut ressentie comme inacceptable. Comme le souligne fort justement un collectif de chercheurs : « Les raisons d'avoir sonné l'alarme se heurtent à des représentations de l'Afrique, de sa place dans le monde, entre l'habitus du catastrophisme et la paresse intellectuelle qui veut voir et trouver l'Afrique à la place du mort. Comme si, dans les représentations du monde, l'Afrique était confinée dans le rôle du berceau de la mort et des maux dont on ne guérit pas sans intervention extérieure et humanitaire¹⁰ ».

Ces propos sont à l'unisson des remarques de Souleymane Bachir Diagne qui soulignait que « l'Afrique n'est pas cette poussée démographique à laquelle la réduisent bien des prospectivistes et dans laquelle ils ne voient que des problèmes. Elle est une force d'innovation et de créativité à laquelle ne rend pas justice cette vision d'une Afrique à la dérive, à la traîne du monde, avec laquelle la seule relation possible serait la compassion. [...] Je parlais de résilience et de la capacité d'innovation de ses jeunes, urbaines en particulier. [...] tout cela parle de pays qui comptent d'abord sur leurs propres forces avec la volonté de mettre l'intelligence africaine à l'œuvre¹¹ ».

C'est ainsi que de pages en reportages et en paroles « d'experts », si la pandémie fut évidemment sanitaire, elle fut

than actors in their own destiny. And, for Africans, being dispossessed of themselves in this way was unacceptable. As highlighted by a group of researchers: "the reasons for having sounded the alarm reflect representations of Africa and its place in the world, between the habitus of catastrophism and the kind of intellectual sloth that expects to see and find Africa in the dead man's shoes. As if, in the representations of the world, Africa is confined to the role of cradle of death and all the ills that cannot be cured without an external and "humanitarian" intervention"¹⁰.

« Ces visions péjoratives et "humanitaires" ont en commun de faire des États et populations africaines des "objets" ou des "cibles" de l'aide plus que des acteurs de leur histoire. »

"But these pejorative and 'humanitarian' visions had something in common: they all made African States and populations into 'objects' or 'targets' of assistance rather than actors in their own destiny."

These remarks echo those of Souleymane Bachir Diagne who pointed out that "Africa is not the demographic growth to which it is reduced by a good number of prospectivists and in which they see nothing but problems. It is a driver of innovation and creativity to which this vision of a rudderless Africa, lagging behind the rest of the world with which the only possible relationship is one of compassion does not do justice. [...] I [am] talking about the resilience and capacity to innovate of its young people, especially its urban youth [...]. All this speaks of countries which rely first

— 10. Laurent Vidal, Fred Eboko, David Williamson, « Le catastrophisme annoncé, reflet de notre vision de l'Afrique », *Le Monde Afrique*, 8 mai 2020, https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/05/08/coronavirus-le-catastrophisme-annonce-reflet-de-notre-vision-de-l-afrique_6039110_3212.html

— 11. « Souleymane Bachir Diagne : "L'Afrique bénéficie de sa confiance en la vie même" », *Le Point*, 30 avril 2020, https://www.lepoint.fr/culture/souleymane-bachir-diagne-le-monde-entier-est-confronte-aux-memes-problemes-29-04-2020-2373526_3.php

— 10. Laurent Vidal, Fred Eboko, David Williamson, « Le catastrophisme annoncé, reflet de notre vision de l'Afrique », *Le Monde Afrique*, 8 mai 2020, https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/05/08/coronavirus-le-catastrophisme-annonce-reflet-de-notre-vision-de-l-afrique_6039110_3212.html

aussi une prise de parole qui opposa des représentations de l'Afrique à d'autres conceptions de soi. La santé dit toujours plus qu'elle-même et ces controverses furent l'occasion pour certains d'exprimer diverses formes de ressentiment sociopolitique¹² et très globalement de refuser une sorte de déni de considération¹³ au sein de ce qui releva pleinement d'une « géopolitique de l'émotion ».

C'est aussi de cette manière que, pris dans ce réseau de la construction mondialisée des imaginaires¹⁴, les choix de santé furent liés à la mise en narration d'une certaine « présentation de soi » au regard d'un monde audiovisuel ayant constitué l'espace épidémique comme une scrutation des conduites des « autres » confrontés au virus.

Maladie de tous, cette pandémie a construit et exacerbé un espace comparatif mondialisé des politiques publiques engagées face à l'épidémie. De ce fait, le choix des actions, au-delà de leur stricte raison sanitaire, correspondit aussi à une façon de « se dire » face aux autres mondes que chaque État supposait attentifs à ses déboires et ses réussites. Il en résulta notamment, même si cette dichotomie doit être nuancée, une double posture. À l'intérieur, dans l'entre-soi, se tinrent des discours critiques. Pour l'extérieur, on entendit plutôt une sémantique commune évoquant, de diverses manières, les capacités de l'Afrique à répondre à la maladie.

Le refus d'une recherche avec l'Afrique comme terrain expérimental

Tout d'abord, il a pu s'agir de refuser des propositions d'études très « maladroitement » – ou péjorativement – pré-

and foremost on their own strengths and have the will and desire to put African intelligence to work"¹¹.

Therefore, although this was evidently a health pandemic, through pages, reports and the words of "experts", it was also about speaking out and pitting representations of Africa against other conceptions of itself. Health is always about more than just health and these controversies were an opportunity for some to express diverse forms of socio-political resentment¹² and, very generally, to refuse a kind of denial of consideration¹³ clearly linked to the "geopolitics of emotion".

This is also why, trapped in this globalised social representation of Africa¹⁴, the health choices made reflected a kind of "self-presentation" narrative developed for an audio-visual world that had turned the epidemic space into a means of scrutinising the conduct of "others" confronted with the virus.

This pandemic of everybody's disease generated and intensified a globalised space for comparing the public policies implemented to control it. Consequently, in addition to addressing health requirements, the actions chosen were also used as a way of saying things to these other worlds that each State presumed were paying careful attention to its setbacks and successes. The result was a dual posture – although this dichotomy should be qualified. Internally, in the *inter se*, there was critical debate. But for the outside world, a common form of semantics was used evoking, in various ways, Africa's ability to respond to the disease.

— 12. Pierre Ansart (dir.), *Le Ressentiment*, Bruxelles, Bruylant, 2002.

— 13. Claudine Haroche et Jean Claude Vatin (dir.), *La Considération*, Desclée de Brouwer, 1998 ; Yves Déloye et Claudine Haroche (dir.), *Le Sentiment d'humiliation*, In Press, 2007.

— 14. Arjun Appadurai, *Après le colonialisme*, Payot, 2015.

— 11. « Souleymane Bachir Diagne : "L'Afrique bénéficie de sa confiance en la vie même" », *Le Point*, 30 avril 2020, https://www.lepoint.fr/culture/souleymane-bachir-diagne-le-monde-entier-est-confronte-aux-memes-problemes-29-04-2020-2373526_3.php

— 12. Pierre Ansart (dir.), *Le Ressentiment*, Bruxelles, Bruylant, 2002.

— 13. Claudine Haroche et Jean Claude Vatin (dir.), *La Considération*, Desclée de Brouwer, 1998 ; Yves Déloye et Claudine Haroche (dir.), *Le Sentiment d'humiliation*, In Press, 2007.

— 14. Arjun Appadurai, *Après le colonialisme*, Payot, 2015.

sentées, le 3 avril, par des praticiens et chercheurs français. « Si je peux être provocateur, est-ce qu'on ne devrait pas faire cette étude en Afrique, où il n'y a pas de masques, pas de traitement, pas de réanimation, un peu comme c'est fait d'ailleurs sur certaines études avec le sida, ou chez les prostituées: on essaie des choses parce qu'on sait qu'elles sont hautement exposées¹⁵. »

Les réponses à ces propos ne furent pas « médicales¹⁶ ». Elles furent politiques évoquant des « provocations coloniales » et « les corps noirs (et pauvres) [devenus] des terrains d'expérimentation pour sauver des corps blancs (et riches)¹⁷ ». Elles obligèrent l'Inserm à présenter ses excuses « à l'Afrique »; et le ministère français des Affaires étrangères à se désolidariser de ces propos qui entraînerent aussi une lourde condamnation de l'OMS par la voix de son directeur: « L'héritage de la mentalité coloniale doit prendre fin. [...] Il est honteux et horrifant d'entendre des scientifiques tenir ce genre de propos au XXI^e siècle. Nous les condamnons dans les termes les plus forts¹⁸. » La blessure fut vive d'une « compassion » abusive et lourde d'un manque de respect¹⁹.

— 15. « Coronavirus: un "vaccin testé en Afrique" ? Deux médecins font polémique sur LCI », *Le Parisien*, 3 avril 2020, <https://www.leparisien.fr/politique/coronavirus-un-vaccin-teste-en-afrique-deux-medecins-font-polemique-sur-lci-03-04-2020-8293419.php>

— 16. Fred Eboko, « Non, l'Afrique n'est pas, ni de près ni de loin, la cible privilégiée des essais cliniques », *Le Monde Afrique*, 8 avril 2020, https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/04/08/non-l-afrique-n-est-pas-ni-de-pres-ni-de-loin-la-cible-priviliegee-des-essais-cliniques_6035948_3212.html

— 17. « Coronavirus: un "vaccin testé en Afrique" ?... », art. cit.

— 18. « Coronavirus et essais de vaccin en Afrique: l'OMS fustige des propos "racistes" et une "mentalité coloniale" », *TV5 Monde*, 7 avril 2020, <https://information.tv5monde.com/afrique/coronavirus-et-essais-de-vaccin-en-afrique-l-oms-fustige-des-propos-racistes-et-une>

— 19. Richard Sennett, *Respect. De la dignité de l'homme dans un monde d'inégalité*, Albin Michel, 2003.

« Maladie de tous, cette pandémie a construit et exacerbé un espace comparatif mondialisé des politiques publiques engagées face à l'épidémie. »

"This pandemic of everybody's disease generated and intensified a globalised space for comparing the public policies implemented to control it."

Refusal of research with Africa as a testing ground

First of all, it was about refusing the proposals very "clumsily" – or pejoratively – presented by French practitioners and researchers on 3 April: "If I may be provocative, shouldn't we be doing this study in Africa where there are no masks, no drugs, no life-support – a bit like is done elsewhere for studies on AIDS, or with prostitutes: we try things with them because we know they are highly exposed"¹⁵.

The responses to these comments were not "medical"¹⁶. They were political, evoking "colonial provocation" and "black (and poor) bodies [used as] a testing ground to save white [and rich] bodies"¹⁷. They obliged INSERM [France's National Institute of Health and Medical Research] to apologise "to Africa" and the French Ministry of Foreign Affairs to distance itself from these comments that were also strongly condemned by the director of the World Health Organization: "The legacy of colonial mentalities must end. [...] It is shameful and horrifying to hear scientists make comments such as these in the 21st century. We condemn

— 15. « Coronavirus: un "vaccin testé en Afrique" ? Deux médecins font polémique sur LCI », *Le Parisien*, 3 avril 2020, <https://www.leparisien.fr/politique/coronavirus-un-vaccin-teste-en-afrique-deux-medecins-font-polemique-sur-lci-03-04-2020-8293419.php>

— 16. Fred Eboko, « Non, l'Afrique n'est pas, ni de près ni de loin, la cible privilégiée des essais cliniques », *Le Monde Afrique*, 8 avril 2020, https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/04/08/non-l-afrique-n-est-pas-ni-de-pres-ni-de-loin-la-cible-priviliegee-des-essais-cliniques_6035948_3212.html

— 17. « Coronavirus: un "vaccin testé en Afrique" ?... », art. cit.

Des choix thérapeutiques autonomes

Très naturellement, face à la maladie, la principale décision prise à l'échelle locale concerne les choix thérapeutiques. Le Sénégal, le Burkina Faso, le Maroc et l'Algérie ont tout de suite adopté un traitement à base de chloroquine, celle-ci étant financièrement accessible et déjà largement utilisée sur le continent en tant qu'antipaludéen. Pour ne prendre qu'un exemple, le professeur Moussa Seydi, du CHNU de Fann, administra ainsi de la chloroquine aux 100 premiers patients testés positifs à la Covid-19 au Sénégal, et exprima son intérêt pour le traitement de Didier Raoult dès le 19 mars 2020. Et même si un collège de médecins, notamment africains, publia le 22 avril une mise en garde contre une utilisation inappropriée et généralisée de ce traitement en Afrique subsaharienne²⁰, les choix thérapeutiques initiaux restèrent constants, fondés sans doute autant sur des raisons médicales que sur motifs économiques et une sorte de choix socio-affectif – ou idéologique – et professionnel, évoquant « Raoult l'Africain », ses liens familiaux anciens avec le Sénégal et ses constants échanges scientifiques avec l'Afrique de l'Ouest. Ajoutons aussi que l'hypothèse de l'efficacité de ce traitement a été accueillie comme une « chance » pour les pays africains, ces médicaments étant disponibles, encore une fois, du fait de la lutte contre le paludisme.

Dans la presse, ce clivage des choix thérapeutiques entre le Nord et le Sud fut exacerbé. L'Europe, et notamment la France, fut décrite comme lieu de confusion entre diverses études « scientifiques », les critiques dénigrant les hésitations thérapeutiques ou vantant les décisions idoines de l'OMS, tandis

them in the strongest possible terms"¹⁸. The pain caused by abusive "compassion" was sharp; the wound inflicted by a lack of respect was deep¹⁹.

Autonomous treatment choices

As one would expect, at the local level the key decisions in response to the disease concerned treatment choices. Senegal, Burkina Faso, Morocco and Algeria all immediately adopted a treatment based on chloroquine, as this drug is affordable and already widely used on the continent for treating malaria. To take one example, Professor Moussa Seydi from Fann Teaching Hospital administered chloroquine to the first 100 patients to test positive for Covid-19 in Senegal and expressed an interest in Didier Raoult's treatment as early 19 March 2020. And despite the caution published on 22 April by a college of doctors, notably African, on the inappropriate and generalised use of this treatment in Sub-Saharan Africa²⁰, treatment choices have since remained the same, probably as much for economic as medical reasons, as well as a sort of socio-affective – or ideological – and professional choice, evoking "Raoult, the African", his ancient family ties with Senegal and his constant scientific exchanges with West Africa. And it is also possible that the effectiveness of this treatment was seen as "a stroke of luck" for African countries, as these drugs are already available due to their use in malaria control.

— 18. « Coronavirus et essais de vaccin en Afrique : l'OMS fustige des propos "racistes" et une "mentalité coloniale" », *TV5 Monde*, 7 avril 2020, <https://information.tv5monde.com/afrique/coronavirus-et-essais-de-vaccin-en-afrique-l-oms-fustige-des-propos-racistes-et-une>

— 19. Richard Sennett, *Respect. De la dignité de l'homme dans un monde d'inégalité*, Albin Michel, 2003.

— 20. Pascale M. Abena et al., "Chloroquine and Hydroxychloroquine for the Prevention or Treatment of COVID-19 in Africa: Caution for Inappropriate Off-label Use in Healthcare Settings", *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 102, 6, pp.1184-1188, <https://www.ajtmh.org/content/journals/10.4269/ajtmh.20-0290>

— 20. Pascale M. Abena et al., "Chloroquine and Hydroxychloroquine for the Prevention or Treatment of COVID-19 in Africa: Caution for Inappropriate Off-label Use in Healthcare Settings", *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 102, 6, pp.1184-1188, <https://www.ajtmh.org/content/journals/10.4269/ajtmh.20-0290>

que la réflexion oscillait entre constats cliniques et liberté des choix effectués par les États africains. Pour ne prendre qu'un exemple, « l'épidémiologiste et biologiste Cheikh Sokhna [...] reprend à son compte le qualificatif de "foireuse" pour désigner l'étude de *The Lancet*. Il évoque un travail "pas très sérieux" et "biaisé", réalisé en un temps record par quatre auteurs seulement. [...] Et la décision de l'OMS de suspendre ses essais? "À côté de la plaque", tranche le biologiste. "C'est clair et net que des laboratoires sont derrière cette étude", ajoute Cheikh Sokhna, qui évoque le "conflit d'intérêts" auquel sont soumis les rédacteurs de l'étude. Une critique qui résonne à l'échelle du continent, où l'hydroxychloroquine, disponible et peu coûteuse, conserve pour l'instant les faveurs de la grande majorité des autorités sanitaires²¹ ». Dans toutes les mémoires, les luttes liées au traitement des personnes vivant avec le VIH sont restées très présentes: outre une réflexion scientifique, choisir ses stratégies thérapeutiques reste un geste politique.

Une revendication des « savoirs » et des compétences

Face à l'incertitude et pour réagir au mieux à la pandémie, la presse et certains États mirent en avant l'expérience africaine. Cette sorte de savoir empirique et une présentation des corps décrits comme aguerris par leur constant affrontement à d'autres épidémies, furent notamment soulignés par l'épidémiologiste Yap Boum: « N'oubliez pas que l'Afrique a l'habitude d'épidémies qu'elle a dû gérer sans ces solutions technologiques! Prenez Ebola! Les agents communautaires sont là, sur le terrain, ils ont fait du porte-à-porte. Imaginez que dans un village, subitement, des gens se mettent à avoir des difficultés respiratoires, ou décèdent.

« La presse et certains États mirent en avant l'expérience africaine. »

"The press and certain States have highlighted Africa's experience."

This split on treatment choices between the North and the South was played up in the press. Europe, and France in particular, were described as places where confusion reigns over diverse "scientific studies", with critics either disparaging the hesitations concerning treatment, or praising the appropriateness of the decisions made by WHO, while thinking vacillated on clinical findings and freedom of choices made by the African States. To take one example, the "epidemiologist" and biologist Cheikh Sokhna [...] has called *The Lancet's* study "flawed". He describes the work as "not very serious" and "biased", carried out in record time by just four authors [...]. And what of WHO's decision to suspend its trials? "Completely misguided", according to the biologist. "It's obvious that the laboratories are behind this study," added Cheikh Sokhna, implying a "conflict of interest" on the part of the authors. This criticism has resounded throughout Africa where hydroxychloroquine, both available and inexpensive, is still the treatment favoured by the vast majority of health authorities"²¹. The fights over treatment for people living with HIV are still very fresh in everybody's minds: in addition to scientific reflection, the choice of treatment strategies remains a political act.

Demands for recognition of "knowledge" and expertise

With regard to coping with uncertainty and ensuring an effective response to the pandemic, the press and certain States have highlighted Africa's experience.

— 21. Marième Soumaré, « L'hydroxychloroquine toujours plébiscitée en Afrique, malgré les controverses », *Jeune Afrique*, 30 mai 2020, <https://www.jeuneafrique.com/990170/societe/lhydroxychloroquine-toujours-plebiscitee-en-afrique-malgre-les-controverses>

— 21. Marième Soumaré, « L'hydroxychloroquine toujours plébiscitée en Afrique, malgré les controverses », *Jeune Afrique*, 30 mai 2020, <https://www.jeuneafrique.com/990170/societe/lhydroxychloroquine-toujours-plebiscitee-en-afrique-malgre-les-controverses>

Vous pensez que ça ne se saurait pas ? Tout le village le sait ! Il y a effectivement une expérience africaine de la gestion des épidémies qui, aujourd'hui, nous sert très certainement²². »

Une autre façon de présenter une sorte de spécificité africaine, et la place qu'elle occupe dans le cercle mondialisé des recherches thérapeutiques, fut d'invoquer, au nom d'une certaine « identité africaine », divers traitements qualifiés de « savoirs traditionnels » ou correspondant à des « pharmacopées locales » présentées comme des réponses thérapeutiques efficaces. Certains produits provenant de cette pharmacopée locale, comme la fagaricine du Gabonais Bruno Eto, ont été préconisés pour renforcer les défenses immunitaires des malades, ou l'apivirine du Béninois Valentin Agon présenté comme un traitement radical contre la pathologie²³. Ce fut aussi le cas du Covid-Organics lancé officiellement à Madagascar le 20 avril par son président, préconisé et massivement prescrit dans cette île, puis diffusé dans l'ensemble du continent africain. Par exemple, le « Tchad l'utilisa avec succès » en annonçant que trente-quatre patients furent « guéris » grâce à ce traitement²⁴.

Les débats suscités par ces traitements et produits furent nombreux. Mais, ici encore, le soin et la politique sont mêlés au commerce au nom d'une revendication du local – voire d'une « identité » – qui s'opposerait à une modernité scientifique qui ne serait qu'empruntée.

The epidemiologist Yap Boumhis drew attention to its empirical knowledge and to bodies of workers who have been seasoned by their constant fight against other epidemics: "Don't forget that Africa is used to epidemics and has had to manage them without these technical solutions! Take Ebola! The community health workers are there, on the ground, they go from door-to-door. Imagine that all of sudden, in the village, people start having difficulty breathing and die. Do you think that people won't know about it? The whole village will know! Africa has real experience of managing epidemics which is certainly of considerable use today"²².

Another way of presenting a sort of African specialisation and its place in globalised therapeutic research circles has been to invoke, in the name of a certain "African identity", various treatments described as "traditional knowledge" or consisting in "local pharmacopoeia" and presented as effective therapeutic responses. Some of the products from this local pharmacopoeia, such as Fagaricine, discovered by the Gabonese Bruno Eto, have been recommended as treatments for immunodeficiency in patients. Apivirine, invented by the Beninese Valentin Agon, is presented as a radical treatment for Covid-19²³. As is Covid-Organics, officially launched in Madagascar on 20 April by the country's president, recommended and massively prescribed on the island and disseminated over the entire African continent. "Chad has used it with success", for example, with 34 patients "cured" by this treatment²⁴.

— 22. Claude Guibal, « Face à la Covid-19, comment s'en sort (vraiment) l'Afrique ? », *France Culture*, 11 mai 2020, <https://www.franceculture.fr/sciences/face-au-covid-19-comment-sen-sort-vraiment-lafrique>

— 23. Marième Soumaré, « Coronavirus : les chercheurs africains veulent se faire une place dans le club fermé de la recherche mondiale », *Jeune Afrique*, 28 avril 2020, <https://www.jeuneafrique.com/933572/societe/coronavirus-les-chercheurs-africains-veulent-se-faire-une-place-dans-le-club-ferme-de-la-recherche-mondiale>

— 24. Albert Savana, « Le covid-organics de Madagascar face aux réserves de l'OMS », *Financial Afrik*, 10 juin 2020, <https://www.financialafrik.com/2020/06/10/le-covid-organics-de-madagascar-face-aux-reserves-de-loms>

— 22. Claude Guibal, « Face à la Covid-19, comment s'en sort (vraiment) l'Afrique ? », *France Culture*, 11 mai 2020, <https://www.franceculture.fr/sciences/face-au-covid-19-comment-sen-sort-vraiment-lafrique>

— 23. Marième Soumaré, « Coronavirus : les chercheurs africains veulent se faire une place dans le club fermé de la recherche mondiale », *Jeune Afrique*, 28 avril 2020, <https://www.jeuneafrique.com/933572/societe/coronavirus-les-chercheurs-africains-veulent-se-faire-une-place-dans-le-club-ferme-de-la-recherche-mondiale>

— 24. Albert Savana, « Le covid-organics de Madagascar face aux réserves de l'OMS », *Financial Afrik*, 10 juin 2020, <https://www.financialafrik.com/2020/06/10/le-covid-organics-de-madagascar-face-aux-reserves-de-loms>

Et bien des journaux reprisent cette antienne sans nuance. Au Sénégal: « Ce produit typiquement "made in Africa", qui représente une sérieuse menace pour les multinationales pharmaceutiques internationales, fait le buzz sur les réseaux sociaux car les Africains y voient la capacité africaine à créer, innover, inventer et imposer un produit 100 % local. De quoi rendre à l'Afrique une fierté longtemps bafouée par l'Occident. Loin des clichés habituels, l'Afrique a de beaux jours devant elle. Avec une moyenne d'âge de 20 ans (continent le plus jeune) et seulement 1,3 % des cas de contamination au Covid-19 au plan mondial, et maintenant une communauté scientifique de mieux en mieux formée, les Africains ont le droit de croire en leur continent, et partant, en leur Covid-Organics²⁵. » Et depuis La Réunion: « Après la République démocratique du Congo, le Sénégal a demandé d'obtenir le Covid-Organics, démentant ainsi une information contraire diffusée par certains médias occidentaux, tout comme la Guinée-Bissau. Ce remède traditionnel amélioré permet de renforcer le système immunitaire et donc de donner les moyens au corps de lutter efficacement contre le coronavirus. Cet engouement ne concerne pas seulement les dirigeants africains, mais aussi la population. Outre l'attente autour de ce remède, le Covid-Organics semble confirmer l'existence d'un profond sentiment, celui de la nécessaire libération de l'Afrique du néocolonialisme. Les chercheurs de l'IMRA et le gouvernement malgache ont rappelé tout le potentiel de développement de l'Afrique, et de nombreux Africains sont fiers de constater que le premier remède spécifique au coronavirus vient de Madagascar. Ce message raisonne comme la confirmation d'une prise de conscience: fier d'être Africain²⁶. »

These treatments and products have generated much debate. But here again, health care and politics were mixed with commercial issues to offer something "local" – or an "identity" even – as a counter to scientific modernity which can only be borrowed from elsewhere. And many newspapers have relayed this antiphony with no attempt to qualify it. In Senegal: "This typically "Made in Africa" product, which represents a serious threat to international pharmaceutical groups, is creating a buzz on social media as, for Africans, it reflects our capacity to create, innovate, invent and impose a product that is 100% local. A way of restoring Africa's pride, long undermined by the West. Far from the usual clichés, Africa has a bright future ahead. With an average age of 20 years (the youngest continent) and only 1.3% of the world's cases of Covid-19 contamination, and now with an increasingly well-trained scientific community. Africans are justified in believing in their continent, and consequently in their Covid-Organics"²⁵. And on the Island of Reunion: "After the Democratic Republic of Congo, Senegal is now asking for Covid-Organics, refuting information to the contrary disseminated by certain western media outlets. And so is Guinea Bissau. This improved version of a traditional remedy strengthens the immune system, giving the body the means to fight back against the coronavirus. If African leaders are enthusiastic about it, so is the population! In addition to the expectations surrounding this remedy, Covid-Organics would appear to confirm the existence of a deeply felt sentiment – the need to free Africa from neo-colonialism. Researchers at IMRA [Madagascan Institute of Applied Research] and the Madagascan government have reminded us that Africa has considerable potential for development, and many Africans are proud to see that the first coronavirus-specific remedy comes

— 25. Tidiane Diouwara, « Remède contre le COVID-19 : et si la solution venait d'Afrique ? », *Le Temps*, 8 mai 2020, <https://blogs.letemps.ch/tidiane-diouwara/2020/05/08/remede-contre-le-covid-19-et-si-la-solution-venait-dafrique>

— 26. *Ibid.*

— 25. Tidiane Diouwara, « Remède contre le COVID-19 : et si la solution venait d'Afrique ? », *Le Temps*, 8 mai 2020, <https://blogs.letemps.ch/tidiane-diouwara/2020/05/08/remede-contre-le-covid-19-et-si-la-solution-venait-dafrique>

Comme nous l'évoquions précédemment, les débats furent vifs, concernant ces « remèdes ». Divers soignants et chercheurs africains exigèrent que ces traitements soient évalués selon des procédures scientifiques et mirent en garde les populations contre des démarches mêlant trop intimement des intérêts commerciaux et des affirmations thérapeutiques non prouvées. Ces mêmes scientifiques et diverses équipes médicales, comme l'Institut Pasteur de Dakar, mirent en avant, malgré diverses polémiques émanant de « complotistes » français, leurs fortes compétences scientifiques. D'autres institutions démontrèrent leurs savoir-faire techniques pour produire des gels hydroalcooliques (universités de Dakar, Saint-Louis, Ziguinchor) ou des prototypes de respirateurs artificiels et des lave-mains automatiques comme à l'École polytechnique de Thiès.

Ces postures allant du « traditionnel » au scientifique sont bien différentes, voire opposées. Mais, dans les médias, elles furent traitées selon un même schème narratif articulant la recherche à une revendication identitaire. « Encore à l'écart de la recherche clinique menée à l'échelle mondiale pour percer les mystères du Covid-19 afin d'y trouver un remède et un vaccin, les chercheurs africains sont prêts à en découdre pour s'y imposer », affirme ainsi *Jeune Afrique*²⁷, relayé par *Le Monde Afrique* qui, le 22 mai, vantera « ces onze Africaines et Africains qui contribuent à contenir la pandémie sur leur continent²⁸ ». Dans ces discours, quel que soit le traitement, avoir la capacité de soigner rime avec fierté.

from Madagascar. This message should serve as a reality check: we should be proud to be African"²⁶.

As mentioned earlier, these "remedies" have been the subject of much heated debate. Various healthcare providers and African researchers have demanded that proper scientific procedures be used to evaluate these treatments and cautioned people against an overly close association of commercial interests with unproven therapeutic claims. These same scientists, along with various medical teams such as the Institut Pasteur of Dakar, despite various controversies emanating from French "conspiracy theorists", have highlighted their substantial scientific expertise. Other institutions have demonstrated their technical know-how by producing hydroalcoholic gel (Universities of Dakar, Saint Louis and Ziguinchor) or prototypes of ventilators and automated hand-washers (École polytechnique in Thiès).

These stances, ranging from the "traditional" to the scientific are very different, opposed even. But, in the media, they have been narrated in the same way, linking research to identity claims. "Side-lined yet again from the international clinical research being conducted to unravel the mysteries of Covid-19 and find a remedy and a vaccine, African researchers are willing to fight to be heard", claims *Jeune Afrique*²⁷, echoed by *Le Monde Afrique* which, on 22 May, praised, "these eleven African men and women who are helping to contain the pandemic on their continent"²⁸. Whatever the rhetoric, however it is presented, the ability to heal always rhymes with pride.

— 27. Marième Soumaré, « Coronavirus : les chercheurs africains... », art. cit.

— 28. Jean-Philippe Rémy *et al.*, « Ces onze Africaines et Africains qui contribuent à contenir la pandémie sur leur continent », *Le Monde Afrique*, 22 mai 2020, https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/05/13/ces-onze-africains-qui-tiennent-en-joue-le-coronavirus_6039573_3212.html

— 26. *Ibid.*

— 27. Marième Soumaré, « Coronavirus : les chercheurs africains... », art. cit.

— 28. Jean-Philippe Rémy *et al.*, « Ces onze Africaines et Africains qui contribuent à contenir la pandémie sur leur continent », *Le Monde Afrique*, 22 mai 2020, https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/05/13/ces-onze-africains-qui-tiennent-en-joue-le-coronavirus_6039573_3212.html

La pandémie entre risque sanitaire et dignité

La pandémie, outre de strictes caractéristiques sanitaires, fut sans doute le premier événement à construire, à une échelle mondiale, un espace social de présentation de soi, articulant un univers narratif complexe, un système de circulation des émotions – notamment de la peur²⁹ – et un espace comparatif des politiques sanitaires.

Sanitairement, cette « exposition technologique de soi³⁰ » ou ces « outils de reconstruction identitaire³¹ » peuvent inciter à surréagir à l'événement ou à préconiser des mesures que l'on sait être inapplicables dans les contextes locaux. Cela peut conduire aussi à adopter une sorte de schéma sanitaire narratif mondialisé n'ayant – comme pour le confinement ou la clôture des frontières – aucun référentiel possible et pour cela négliger d'autres domaines sanitaires moins exposés médiatiquement et, avouons-le aussi, de ce fait peut-être moins immédiatement rémunérateurs.

L'épidémie est toujours là et il est difficile de prévoir comment va évoluer une situation sanitaire et économique de l'Afrique dépendant de multiples facteurs et des conduites des acteurs. Cependant, il nous semble – tout au moins en l'état actuel de la pandémie – que la réponse africaine s'est caractérisée par trois attitudes.

Tout d'abord, une volonté d'être acteur de la recherche et des solutions à apporter à cette épidémie. Le pneumologue kényan Evans Amuyoke exprime parfaitement cela en soulignant qu'il espère

The pandemic: caught between the need to manage a health risk and to respect dignity

The pandemic, in addition to its strictly medical characteristics, has undoubtedly been the first event to construct a social self-presentation space on a global scale, combining a complex narrative universe, a system for the circulation of emotions – notably fear²⁹ – and a space for the comparison of health policies.

« L'épidémie est toujours là et il est difficile de prévoir comment va évoluer une situation sanitaire et économique de l'Afrique dépendant de multiples facteurs et des conduites des acteurs. »

“The epidemic is still here and it is difficult to predict how a health and economic situation in Africa, that depends on a multitude of factors and the conduct of a range of stakeholders, is going to progress.”

In health terms, there is a risk that this “technological exposure of self”³⁰ or these “identity reconstruction tools”³¹ will lead to an over-reaction to the event or the recommendation of measures that we know cannot be applied in certain local contexts. This can also lead to adopt a sort of globalised health narrative, such as on lockdown or the closing of borders, for which no frame of reference is possible and, in doing so, cause the neglect of other health domains that receive less media attention and therefore, it must be said, are less immediately lucrative.

— 29. Corey Robin, *La Peur. Histoire d'une idée politique*, Armand Colin, 2004.

— 30. Mahdi Amri et Nayra Vacaflor, « Téléphone mobile et expression identitaire : réflexions sur l'exposition technologique de soi parmi les jeunes », *Les Enjeux de l'information et de la communication*, vol. 2010 (1), p. 1-17, <https://www.cairn.info/revue-les-enjeux-de-l-information-et-de-la-communication-2010-1-page-1.htm>

— 31. Cédric Fluckiger, « Blogs et réseaux sociaux : outils de la construction identitaire adolescente ? », *Diversité*, n° 162, 2010, p. 38-43.

— 29. Corey Robin, *La Peur. Histoire d'une idée politique*, Armand Colin, 2004.

— 30. Mahdi Amri et Nayra Vacaflor, « Téléphone mobile et expression identitaire : réflexions sur l'exposition technologique de soi parmi les jeunes », *Les Enjeux de l'information et de la communication*, vol. 2010 (1), p. 1-17, <https://www.cairn.info/revue-les-enjeux-de-l-information-et-de-la-communication-2010-1-page-1.htm>

— 31. Cédric Fluckiger, « Blogs et réseaux sociaux : outils de la construction identitaire adolescente ? », *Diversité*, n° 162, 2010, p. 38-43.

bien que l'Afrique finira par « s'asseoir à la table des discussions » de la recherche sur la Covid-19. Et qu'« il est important que nous ne soyons pas juste les consommateurs du savoir, mais que nous intégrions le groupe qui crée ce savoir »³². Vient ensuite une volonté de choisir de façon autonome ses politiques de santé et, comme le souligne Michel Sidibé, ministre de la Santé du Mali, de ne pas négliger les autres pathologies en présence : le sida, les cancers notamment du col de l'utérus ou un ensemble de pathologies chroniques comme la drépanocytose ou le diabète³³. Le global ne doit pas faire oublier le local. Enfin, soulignons combien ces débats sanitaires s'inscrivent dans ces reconfigurations sociopolitiques mêlant la volonté d'une indépendance économique et monétaire à l'exigence d'un respect des personnes à l'échelle mondiale (*black lives matter*).

Certes, ces domaines semblent divers. Mais les trames narratives qui donnent sens à l'action humaine et circulent maintenant sur les réseaux internet et les médias regroupent en une même exigence ces diverses formes de mondialisation. C'est pourquoi on ne peut imaginer une santé mondiale sans respecter la dignité de ceux qui doivent la mettre en œuvre ni comprendre certains choix sanitaires sans décrypter les enjeux sociaux qui s'y jouent.

The epidemic is still here and it is difficult to predict how a health and economic situation in Africa, that depends on a multitude of factors and the conduct of a range of stakeholders, is going to progress. We believe, however, that the African response to the pandemic – at least in its current state – can be characterised by three attitudes.

First of all, a desire to be an actor in the research, as well as in the solutions to be brought to this epidemic. The Kenyan pulmonologist, Evans Amuyoke, expresses this perfectly when he says that he hopes Africa will eventually "have a seat at the discussion table" of research on Covid-19. And that "it is important for us to be not just consumers of knowledge, but part of the group that creates this knowledge"³². Then comes a desire to choose health policies independently and, as said by Michel Sidibé, Mali's Minister of Health, not neglect other diseases: AIDS, cancers – especially cervical cancer – and all the chronic diseases, such as sickle cell anaemia and diabetes³³. The global must not be allowed to overshadow the local. Lastly, we should stress that these health debates are an intrinsic part of these socio-political reconfigurations, combining the desire for economic and monetary independence and the demand for respect for people on a worldwide scale (*black lives matter*).

These notions may seem diverse, but the narrative frameworks explaining human action that are currently circulating on the social networks and in the media are uniting these different forms of globalisation into a single demand. Thus, we cannot imagine world health without respect for the dignity of those who must implement it, nor understand certain health choices without also understanding the social issues at play.

Translated from the French by Mandy Duret

— 32. Marième Soumaré, « Coronavirus : les chercheurs africains... », art. cit.

— 33. Michel Sidibé, « Hormis le Covid-19, d'autres pathologies sont tueuses en Afrique », *France 24*, 26 mai 2020, <https://www.youtube.com/watch?v=POmobwLFTYo>

— 32. Marième Soumaré, « Coronavirus : les chercheurs africains... », art. cit.

— 33. Michel Sidibé, « Hormis le Covid-19, d'autres pathologies sont tueuses en Afrique », *France 24*, 26 mai 2020, <https://www.youtube.com/watch?v=POmobwLFTYo>

Biographies



YANNICK JAFFRÉ

Anthropologue, directeur de recherche émérite au CNRS (UMI 3189 Environnement, Santé, Sociétés) et directeur scientifique du GID-Santé (Groupe interacadémique pour le développement) à l'Académie des Sciences-Institut de France. Yannick Jaffré a vécu vingt ans au Sahel où il a enseigné dans plusieurs facultés de médecine et réalisé diverses études autour de l'anthropologie du corps, de la santé et des sensibilités. Ses recherches portent principalement sur les domaines de la santé maternelle, infantile et néonatale. Anthropologist, emeritus research director at France's National Centre of Scientific Research (CNRS-UMI 3189 Environment, Health and Society) and scientific director of GID-Santé (Inter-academic Group for Development – Health) at the Académie des Sciences – Institut de France. Yannick Jaffré lived in the Sahel for twenty years where he taught at several faculties of medicine and conducted various studies on the anthropology of the body, health and sensitivities. His research focuses mainly on maternal, child and neonatal health.

FATOUMATA HANE

Socio-anthropologue, maître de conférences à l'Université Assane Seck de Ziguinchor (Sénégal) et chercheur à l'UMI 3189 Environnement, Santé et Sociétés, Fatoumata Hane a effectué différents travaux sur les systèmes et politiques de santé en Afrique, sur les reconfigurations professionnelles dans la santé et la place des enfants dans les dispositifs de soins pédiatriques. Elle a aussi effectué des travaux sur le vieillissement au Sénégal et en contexte de migration et sur des questions liées au genre. Ses recherches portent principalement sur les politiques de santé et la gouvernance sanitaire. Social anthropologist, senior lecturer at Assane Seck University, Ziguinchor (Senegal) and researcher at UMI 3189 Environment, Health and Society, Fatoumata Hane has conducted studies on health systems and policies in Africa, professional reconfigurations in health and the place of children in paediatric care systems. She has also worked on ageing in Senegal and in the context of migration and on gender-based issues. Her research focuses mainly on health policies and health governance.

HÉLÈNE KANE

Docteure en anthropologie de la santé, chercheuse associée à l'Unité mixte internationale Environnement, Santé, Sociétés (CNRS UMI ESS), cheffe de projet pour la Société française de santé publique, Hélène Kane a mené des recherches sur l'enfance, les représentations des maladies, l'accès et la qualité des soins dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest. Elle coordonne actuellement un projet de recherche sur la santé communautaire en partenariat avec l'UNICEF. Hélène Kane is a Doctor of Health Anthropology, associate researcher at the Environment, Health and Societies International Joint Unit (CNRS-UMI ESS) (France) and project manager for the Société française de santé publique [French Society of Public Health]. She has conducted research on childhood, representations of diseases and access to and quality of healthcare in several West African countries. She is currently coordinating a research project on community health in partnership with Unicef.

La pandémie de la Covid-19 : un double fardeau en temps de crise humanitaire

The Covid-19 pandemic: a double burden in humanitarian crises

*Karl Blanchet – Professor in Humanitarian
Public Health and Director of Geneva
Centre for Education and Research in
Humanitarian Action*

D

es camps de réfugiés au Kenya ou en Jordanie aux pays en conflit comme le Yémen ou la Syrie, l'expertise des acteurs humanitaires est la clé pour limiter la progression de la pandémie dans ces pays où les systèmes de santé sont fragiles. Afin de mieux définir les enjeux et les différents

outils mobilisables, la nouvelle plateforme *Covid-19 Humanitarian* permet de systématiser la production de documents d'orientation et de partager les leçons apprises pour un meilleur impact des programmes humanitaires.

From refugee camps in Kenya or Jordan to countries in conflict such as Yemen or Syria, the expertise of humanitarian actors is key to limiting the spread of the pandemic in countries where health systems are fragile. In order to better define the stakes and the different tools that can be mobilised, the new Covid-19 Humanitarian platform allows the systematic production of orientation documents and the sharing of lessons learned for a better impact of humanitarian programmes.

While the intensity and celerity of the coronavirus transmission were no surprise for public health experts, health systems were not ready for it. Increased international mobility has transformed the outbreak into a pandemic, which has touched rich and poor countries with the same intensity. While the United States and the United Kingdom are still struggling to contain the virus transmission, Brazil and Russia are emerging as new epicentres of the pandemic alongside other emerging hotspots in Africa. In June 2020, while the virus was making



KARL
BLANCHET

L'intensité et la rapidité de la transmission du coronavirus n'ont certes pas été une surprise pour les experts en santé publique, mais les systèmes de soin n'y étaient pas préparés. Du fait d'une mobilité internationale accrue, l'épidémie s'est transformée en une pandémie qui a touché les pays riches comme les pays pauvres, avec la même

virulence. Tandis que les États-Unis et le Royaume-Uni sont encore à la lutte pour contenir la propagation du virus, le Brésil et la Russie apparaissent comme de nouveaux épicentres de la pandémie, à l'instar d'autres points chauds qui émergent en Afrique. En juin 2020, alors que le virus continuait sa percée en Amérique du Sud, de nouveaux cas ont été découverts au Yémen et dans le camp de réfugiés de Cox's Bazar, au Bangladesh.

Selon l'Agence des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR), sur les 100 pays touchés par le virus en date du 10 mars 2020, trente d'entre eux accueillent des populations réfugiées dépassant les 20 000 personnes¹. Selon de récentes informations provenant de deux camps de réfugiés au Kenya et en Jordanie, les camps sont fermés et les mouvements d'entrée et de sortie, restreints. L'accès à une eau potable et saine a par ailleurs été réduit en raison d'une diminution du nombre de réservoirs d'eau acheminés dans les camps. En outre, les messages clairs et officiels sur les mesures à prendre pour contenir la transmission du virus ont tardé à parvenir jusqu'aux réfugiés, ce délai alimentant la propagation de rumeurs et de fausses informations, source de peur au sein de ces populations. Cette situation illustre clairement le faible degré de préparation de ces lieux potentiellement à haut risque, caractérisés par une surpopulation, des conditions de vie précaires et un accès à l'eau et au savon difficile.

Dans une certaine mesure, beaucoup de pays de la « troisième vague », tels ceux d'Afrique, ont eu du temps pour mettre en place les mesures idoines de prévention, de détection et de gestion des cas confirmés. Observant l'avancée de la pandémie de la Chine vers l'Europe, beaucoup de pays africains sont ainsi parvenus à instaurer des

its way to South America, new cases were discovered in Yemen and Cox's Bazar refugee camp, Bangladesh.

According to the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), amongst the 100 countries affected by the virus as of March 10th, 30 of them had a refugee population exceeding 20,000¹. The recent information received from two refugee camps, one in Kenya and another in Jordan, reports that the camps are closed and any movement in or out is restricted. Access to safe drinking water has been reduced due to the decrease of water tanks entering the camp. It took some time before refugee populations received clear information from authorities on the measures to be implemented to reduce transmission – a delay that has contributed to the spread of rumours and misinformation, generating fear amongst the population. This situation truly demonstrates the low level of preparedness currently in place in potentially high-risk places, where populations are overcrowded, hygiene and living conditions are challenging and where access to water and soap has become difficult.

In a way, many countries in “the third wave” such as those on the African continent have had time to put in place the right measures to prevent transmission, detect cases and manage confirmed cases. Following the pandemic's progress from China to Europe, many African countries successfully established policies even before the first case was detected. Worldwide, a total of 215 countries and territories have reported Covid-19 cases. In June 2020, one country, Rwanda reported deaths for the first time. At 2 June 2020, a total of 152,442 Covid-19 cases and 4,334 deaths (case fatality rate of 3%)

— 1. UNHCR, « Le HCR intensifie ses activités de préparation, de prévention et de réponse liés au COVID-19 », 10 mars 2020, <https://www.unhcr.org/fr/news/press/2020/3/5e67b490a/hcr-intensifie-activites-preparation-prevention-reponse-lies-covid-19.html>

— 1. UNHCR, “UN Refugee Agency steps up COVID-19 preparedness, prevention and response measures”, 10 March 2020, <https://www.unhcr.org/news/press/2020/3/5e677f634/un-refugee-agency-steps-covid-19-preparedness-prevention-response-measures.html>

pratiques avant même que le premier cas n'y soit détecté. À l'échelle mondiale, des cas de Covid-19 ont été rapportés dans 215 pays et territoires. En juin 2020, un pays, le Rwanda, a recensé des morts pour la première fois. Le 2 juin 2020, cinquante-quatre États africains avaient recensé 152 442 cas de Covid-19 et 4 334 morts au total (soit un taux de mortalité de 3 %)², ce qui représentait environ 2,5 % de l'ensemble des cas mondiaux.

À mesure que la pandémie progresse, il est à craindre que les pays aux systèmes de santé plus fragiles ne se heurtent à des difficultés dans la mise en place des procédures et services appropriés. Ainsi, avec un nombre de décès liés à la Covid-19 qui augmente chaque jour, la situation au Yémen, en proie à la guerre, est très préoccupante. Le premier cas de Covid-19 y a été confirmé le 15 mai. Au Bangladesh, la capacité totale en lits fournis par les acteurs humanitaires atteindra le nombre de 1 100 à la mi-juin, contribuant ainsi à atteindre l'objectif d'un minimum de 1 900 lits dans le district de Cox's Bazar. Toutefois, selon les projections modélisées, pas moins de 10 000 lits d'hôpitaux pourraient être nécessaires au moment du pic³.

Or les organisations humanitaires peuvent jouer un rôle déterminant à travers leur appui aux autorités nationales. Comme pour toute pandémie, le temps est un élément décisif et, en l'occurrence, la valeur ajoutée des réponses humanitaires réside en la capacité des acteurs à déployer les bonnes ressources et la bonne expertise au bon endroit. Parmi les stratégies-clés ayant prouvé leur efficacité en Chine et en Europe figure l'installation d'hôpitaux de campagne dédiés au tri des cas, ainsi qu'au

were reported in 54 African countries², representing about 2.5% of all cases reported globally.

While the pandemic progresses around the world, we are concerned that countries with weaker health systems may find it difficult to implement appropriate procedures and services. The situation in war-torn Yemen, where the first case of Covid-19 was confirmed on 15 May, is very worrying with the death toll attributed to Covid-19 increasing daily. In Bangladesh, the total bed capacity provided by humanitarian actors will reach 1,100 by mid-June, contributing to the aim of at least 1,900 beds in the Cox's Bazar District. However, modelling projections for Cox's Bazar indicate that as many as 10,000 hospital beds may be needed at the peak³.

Humanitarian organisations can play a key role in supporting national authorities. As with every pandemic, time is of the essence, and in such cases, the humanitarian response has the added value of being able to deploy the right resources and the right expertise to the right places. One of the key strategies used to good effect in China and European countries has been the creation of field hospitals for triage cases or the use of community health workers for contact tracing. Humanitarian organisations are very experienced in this field and were able to construct these in vulnerable countries to get ahead of the curve.

— 2. African Union, "Outbreak Brief #20: Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic", 2 June 2020, https://au.int/sites/default/files/documents/38626-doc-draft_africacdc_covidbrief_2jun20_en_final.pdf

— 3. Shaun A. Truelove *et al.*, "The Potential Impact of Covid-19 in Refugee Camps in Bangladesh and Beyond: a modeling study", medRxiv, <https://doi.org/10.1101/2020.03.27.20045500>

— 2. African Union, "Outbreak Brief #20: Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic", 2 June 2020, https://au.int/sites/default/files/documents/38626-doc-draft_africacdc_covidbrief_2jun20_en_final.pdf

— 3. Shaun A. Truelove *et al.*, "The Potential Impact of Covid-19 in Refugee Camps in Bangladesh and Beyond: a modeling study", medRxiv, <https://doi.org/10.1101/2020.03.27.20045500>

traçage des contacts par des personnels de santé, membres des communautés. Les acteurs humanitaires ont une solide expérience dans ce domaine, qu'ils pourraient mettre à profit en installant de tels hôpitaux dans les pays vulnérables, ce qui permettrait de prendre une longueur d'avance.

La préparation, la réponse et l'adaptation des programmes existants à la Covid-19 dans les contextes humanitaires : la plateforme Covid-19 Humanitarian

Alex Odum – Coordinateur de recherche, Centre d'enseignement et de recherche en action humanitaire (CERAH) de Genève

Les acteurs humanitaires innovent et adaptent leurs programmes, tant pour limiter l'impact de la Covid-19 que pour maintenir efficacement leur offre de services, en toute sécurité, dans des contextes évoluant rapidement. La plateforme *Covid-19 Humanitarian* vise à systématiser la production de documents d'orientation à l'intention de ceux qui entreprennent ces adaptations, ainsi qu'à partager les leçons apprises de leurs expériences de terrain. Depuis mars 2020, trois universités – le Johns Hopkins Center for Humanitarian Health, le Health in Humanitarian Crises Centre de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, et le Centre d'enseignement et de recherche en action humanitaire, basé à Genève – conduisent des recherches afin d'analyser l'impact de la Covid-19 sur les programmes humanitaires. Ces adaptations et innovations ont été classées en trois catégories : la préparation et la réponse à la Covid-19, l'adaptation d'interventions existantes et les questions transversales.

« Il est à craindre que les pays aux systèmes de santé plus fragiles ne se heurtent à des difficultés dans la mise en place des procédures et services appropriés. »

"We are concerned that countries with weaker health systems may find it difficult to implement appropriate procedures and services."

Preparing, responding and adapting existing programmes to Covid-19 in humanitarian settings: the Covid-19 Humanitarian platform

Alex Odum – Research Coordinator, Geneva Centre for Education and Research in Humanitarian Action

Humanitarian actors are innovating and adapting their programmes in order to address the specific impacts of Covid-19 and maintain safe and effective humanitarian services in rapidly changing contexts. The Covid-19 Humanitarian platform seeks to establish guidance for humanitarian actors making these adaptations and share and learn from their experiences in the field. Since March 2020, three universities – The Johns Hopkins Center for Humanitarian Health, the Health in Humanitarian Crises Centre at the London School of Hygiene and Tropical Medicine and the Geneva Centre for Education and Research in Humanitarian Action – have been conducting research to investigate how humanitarian programmes are changing in light of Covid-19. Adaptations and innovations have been categorised under the following three domains: preparing for and responding to Covid-19, adapting existing interventions and cross-cutting issues.

La préparation et la réponse à la Covid-19

Le premier champ inclut des interventions spécifiques qui visent à se préparer à la Covid-19 dans un contexte de crise humanitaire, ou à apporter une réponse au virus⁴, là où des cas sont confirmés. Par exemple, afin d'évaluer les risques de Covid-19 et les besoins des réfugiés et migrants au cours de leurs trajets, l'Initiative sur les Mécanismes de surveillance des migrations mixtes (4Mi) du Centre des migrations mixtes a spécialement mis au point une nouvelle enquête téléphonique, permettant de fournir des informations cruciales pour la réponse humanitaire, sans avoir à déployer des collecteurs de données sur le terrain. De même, en Afghanistan, un système complet d'enquête et de surveillance a été mis en place, consistant en la réaffectation de 34 000 volontaires locaux chargés de rapporter les cas suspects dans leur zone, au sein de trente-quatre équipes de réponse rapide. Cette intervention est complétée par des mesures supplémentaires de test, de contrôle des frontières, de formation et de communication sur les risques.

Un large éventail d'interventions a également été mis en œuvre dans le but de sensibiliser les populations, d'informer sur les risques et de contenir les rumeurs, grâce à des stratégies basées sur des outils traditionnels et technologiques, allant du mégaphone et de la radio, à WhatsApp et Facebook. Au Pakistan par exemple, l'International Rescue Committee (IRC) a mis en place des procédures de communication des risques et d'engagement communautaire à distance. Par ailleurs, des interventions menées dans les centres de santé ont contribué à la prévention et au contrôle du virus, à la création de lieux pour l'isolement des cas suspects, et à la mise en place de mécanismes de tri et de priorisation, en vue d'une gestion efficace des cas. Ainsi, dans le camp de réfugiés et de migrants surpeuplé de Lesbos en

Preparing for and responding to COVID-19

The first domain includes specific interventions to prepare for Covid-19 in a humanitarian crisis context, or to respond to Covid-19⁴ where cases are already confirmed. For example, to assess the risks of Covid-19 and the needs of refugees and migrants on the move, the Mixed Migration Centre's "Mixed Migration Monitoring Mechanism Initiative" (4Mi) specifically designed and deployed a new phone-based survey to provide crucial information for humanitarian response without having enumerators physically collecting data on the ground. Another specific intervention has been to set up a comprehensive investigation and surveillance system across Afghanistan, with 34,000 local volunteers re-assigned to notify 34 Rapid Response Teams of suspected Covid-19 cases in their area. Additional testing, border screening, training and risk communication complement this intervention.

A wide range of interventions have been implemented to raise public awareness in communities, communicate risk and silence rumours, using a range of both traditional and technology-based strategies, from megaphones and radio to WhatsApp and Facebook broadcasts. In Pakistan, for example, the International Rescue Committee (IRC) has set up remote risk communication and community engagement procedures. In health facilities, interventions have bolstered infection prevention and control, made space for suspected cases to be isolated, or established triage and prioritisation mechanisms to manage caseloads effectively. MSF have restructured their services in overcrowded refugee and migrant camps on Lesbos island in Greece to prepare for potential Covid-19 cases. The American Refugee Committee in Somalia set up triage mechanisms and hospital referral services across 15 primary health clinics which they operate in partnership with the Ministry of Health.

— 4. Ibid.

— 4. Ibid.

Grèce, MSF a réorganisé ses services afin de se préparer à une éventuelle apparition du virus. De même, en Somalie, l'American Refugee Committee a mis en place des mécanismes de triage et des services de référencement hospitaliers dans quinze cliniques de santé primaire, où il opère en partenariat avec le ministère de la Santé.

L'adaptation des interventions existantes à la Covid-19

La pandémie de la Covid-19 définit une nouvelle normalité qui nécessite d'adapter ou de redessiner les interventions humanitaires existantes, afin de prévenir ou de réduire la propagation du virus. Dans nombre de cas, les humanitaires doivent parvenir à un difficile équilibre entre le maintien des services essentiels et la restriction des contacts entre individus (tant au sein des communautés que du personnel). Les réponses passent par la priorisation de ces services indispensables, dont l'accès doit être garanti pour les populations qui en ont le plus besoin tout en étant limité pour d'autres, ainsi que par la recherche de solutions d'aide innovantes. Dans la vallée de la Bekaa au Liban, MSF a pu adapter son action dans le domaine des maladies non transmissibles en faveur des réfugiés syriens, en instaurant des consultations téléphoniques à distance, en établissant des centres de soins dans des lieux stratégiques reculés et en organisant un système de référencement visant à garantir, si besoin est, l'accès aux soins pour les cas les plus graves.

La mise en place de formations supplémentaires pour le personnel et les réaffectations effectuées dans l'utilisation des infrastructures ont également participé de la réponse au virus, aux côtés de la poursuite de l'offre de services essentiels en matière de santé, de sécurité alimentaire, d'eau, assainissement et hygiène, de nutrition, d'éducation et autres. Au Pakistan, l'IRC a par exemple mis l'accent sur le renforcement des

Adapting existing interventions to Covid-19

The Covid-19 pandemic is defining a new normal, which requires existing humanitarian interventions to be adapted or redesigned to prevent and reduce transmission of the virus. In many humanitarian contexts, a difficult trade-off is presented between maintaining essential services and limiting contact between individuals (among both community members and staff). Solutions include prioritising critical services by ensuring access for population groups in most urgent need, while limiting access for others and finding innovative ways to serve them. In the Bekaa Valley in Lebanon, MSF was able to adapt its non-communicable disease services for Syrian refugees by setting up remote consultations on the phone, remote medicine collection points in strategic locations and a referral system to ensure access to care for the most severe cases when needed.

Retraining staff and repurposing facilities have also helped to meet additional Covid-19 needs, while continuing essential services in terms of health, food security, water, sanitation and hygiene (WASH), nutrition, education and other humanitarian services. In Pakistan, for example, the IRC has emphasised capacity building and staff safety while working to maintain critical reproductive health services.

Cross-cutting issues

Covid-19's far-reaching impact has also affected many cross-cutting areas of humanitarian operations, including coordination, ethics, protection, gender, logistics, monitoring and evaluation and attacks on healthcare. Coordination mechanisms have had to adjust to new constraints, actors, and funding priorities. Logistics and supply chains have been ruptured by transport restrictions and stock shortages, requiring innovative solutions. For example, in Myanmar, the IRC adapted to supply

capacités et la sécurité de son personnel tout en s'efforçant de maintenir son aide cruciale dans le domaine de la santé reproductive.

Les questions transversales

L'impact considérable de la Covid-19 a également affecté de nombreux domaines transversaux de l'aide humanitaire, notamment la coordination, l'éthique, la protection, le genre, la logistique, la surveillance et l'évaluation, et les attaques contre le personnel et les établissements de santé. Les mécanismes de coordination ont dû s'ajuster à de nouveaux acteurs, contraintes et priorités de financement. Les chaînes logistiques et d'approvisionnement ont été rompues du fait des restrictions de transport et des ruptures de stock, et il a donc fallu innover. Au Myanmar, l'IRC s'est ainsi adapté aux contraintes d'approvisionnement en faisant appel à des groupes de femmes pour produire, contre rémunération, des masques en tissu et des protections faciales à l'intention des membres des communautés et des équipes médicales. De même, l'intégration transversale du genre et de la protection reste aussi importante que jamais, tout en devant s'adapter à une situation en constante évolution. Les besoins en protection des personnes âgées et des personnes à risque en termes de violences sexuelles et basées sur le genre sont en effet montés en flèche en raison du virus. Enfin, la nature changeante des risques et des vulnérabilités a fait émerger de nouvelles préoccupations éthiques, telles que l'obligation de protéger le personnel exposé au virus.

Dans l'ensemble de ces trois domaines, la Covid-19 modifie la nature de l'action humanitaire. De nombreux acteurs ont été prompts à compiler les ressources utiles, afin de guider des publics précis à travers la crise. Si, à un niveau mondial, la consolidation de ces ressources constitue un outil

constraints by employing women's groups to produce cloth masks and face shields for community members and medical teams. Gender and protection mainstreaming remain as important as ever, but are having to navigate shifting circumstances; for example, the protection needs of the elderly and people at risk of sexual and gender-based violence have escalated due to Covid-19. In addition, the changing nature of risks and vulnerabilities gives rise to new ethical concerns, such as the duty of care to staff exposed to the virus.

Across all three domains, Covid-19 is changing the nature of humanitarian action. Many actors have been quick to compile useful resources to guide specific audiences through the crisis. While the global consolidation of knowledge resources offers an invaluable tool for humanitarian responders, lessons from the field – including when and why to depart from the guidance, be pragmatic, innovative and reactive – also need to be captured in real time and fed back into the global information cycle so as to inform current and future humanitarian responses. By providing context-specific field experiences alongside global guidance selected by public health experts, the Covid-19 Humanitarian platform aims to bring both global and local perspectives together towards our common goal.

The website of the Covid-19 Humanitarian Platform : www.covid19humanitarian.com

If you are a humanitarian actor and you wish to share your experiences you can contact the platform via its website or using the following e-mail address: covid19humanitarian@gmail.com

This note was written with the support of Orit Abraham, Chiara Altare, Karl Blanchet, Caroline Favas, Neha Singh and Paul Spiegel.

inestimable pour les acteurs humanitaires, il n'en reste pas moins que les leçons apprises du terrain doivent être transcrites en temps réel et réintégrées dans le cycle de l'information globale – y compris lorsqu'il s'agit de savoir quand et pourquoi il convient de s'éloigner des orientations préconisées, ou encore d'être pragmatique, innovant et réactif –, et ce, afin de façonner la réponse humanitaire actuelle et future. En donnant accès à des expériences de terrain liées à des contextes spécifiques, tout en fournissant des orientations d'ordre global, sélectionnées par des experts en santé publique, la plateforme *Covid-19 Humanitarian* vise à apporter des perspectives à la fois internationales et locales en vue d'un objectif commun.

Le site web de la plateforme
Covid-19 Humanitarian:
www.covid19humanitarian.com

Si vous êtes un acteur humanitaire et que vous souhaitez partager votre expérience, vous pouvez contacter la plateforme via son site internet ou à l'adresse de courriel suivante : covid19humanitarian@gmail.com

Cette note a été rédigée avec l'appui d'Orit Abraham, de Chiara Altare, Karl Blanchet, Caroline Favas, Neha Singh et Paul Spiegel.

La priorisation des interventions essentielles

La priorisation des interventions concerne un grand nombre de questions liées aux activités humanitaires actuelles. De fait, il est évident que les choses ne peuvent continuer comme si de rien n'était. Les organisations humanitaires, de même que les gouvernements, ont besoin de redéployer leur personnel de santé pour être en mesure de répondre à la pandémie, tout en reportant certaines activités considérées comme non essentielles. Toutefois, beaucoup d'interventions indispensables et de routine doivent être pérennisées. Sur la base d'une étude menée avec un panel d'experts, le Centre d'enseignement et de recherche en action humanitaire a ainsi identifié une série de quarante-trois interventions considérées

Prioritise essential interventions

There are many questions related to current humanitarian activities about which interventions should be prioritised. There is no doubt that it cannot be business as usual. Humanitarian organisations and governments need to redistribute their health staff to be able to respond to the pandemic and postpone some non-essential health interventions. However, many essential and routine operations need to be protected and continued. In a recent study with an expert panel, we at the Geneva Centre of Humanitarian Studies identified a set of 93 interventions that must continue and are considered urgent for patients. These include interventions related to mother and child health and nutrition, along with services for chronic care patients (HIV, hypertension and diabetes) to name just a few. Governments and humanitarian organisations need to conduct a rapid priority exercise to postpone some activities so that staff can be reassigned to case detection and management while ensuring that essential health services are delivered.

« Les organisations humanitaires, de même que les gouvernements, ont besoin de redéployer leur personnel de santé. »

“Humanitarian organisations and governments need to redistribute their health staff.”

Protect healthcare staff

It is a priority for government and humanitarian organisations to protect healthcare staff by providing them with Personal Protective Equipment (PPE) when caring for patients with a confirmed or possible Covid-19 infection. This requires mass orders for the right equipment. The World Health Organization (WHO) and a few relief agencies have prepositioned PPE kits in order to support the case management of the first 200 cases in priority countries. Accessing a large amount of PPE has become

comme urgentes pour les patients, et devant être poursuivies. Celles liées à la santé maternelle et infantile, à la nutrition et au traitement des maladies chroniques (VIH, hypertension, diabète) figurent dans cette catégorie, pour n'en citer que quelques-unes. Un exercice de priorisation visant à reporter certaines activités doit ainsi être conduit à brève échéance par les gouvernements et les organisations humanitaires, afin que le personnel puisse être réaffecté à la détection et à la gestion des cas tout en garantissant la continuité des services de santé essentiels.

La protection du personnel soignant

La protection du personnel soignant constitue une priorité pour les gouvernements et les organisations humanitaires, qui doivent fournir des équipements de protection individuelle (EPI) au personnel, en cas de traitement de patients atteints ou risquant d'être atteints par la Covid-19. Cela implique que des équipements adéquats soient commandés en grand nombre. Dans les pays prioritaires, des kits EPI ont été mis à disposition par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et par des organisations d'aide, pour appuyer la gestion des 200 premiers cas de Covid-19. Mais l'accès à ces équipements, en grande quantité, est devenu très difficile. De fait, la transparence avec le personnel soignant est cruciale, s'agissant des risques potentiels encourus en cas de rupture de stock d'équipement EPI, comme l'a montré l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest⁵.

La prévention

La prévention, la détection et la gestion constituent les trois piliers de la stratégie de santé publique en matière de lutte contre la pandémie. Nous connaissons la grande efficacité de la distanciation sociale pour éviter la propagation

very challenging. It is important to be very transparent with health care workers about the potential risks they face if there is a shortage of PPE as the Ebola outbreak in West Africa has shown⁵.

Prevent

Prevent, detect and manage are the three pillars of the public health strategy to tackle the pandemic. We know that social distancing is very effective at avoiding the spread of the virus. This requires avoiding any mass gatherings and respecting a two-metre distance between individuals. While all refugee camps have been closed to prevent external visitors from introducing the virus, the situation in Cox's Bazar or in hotspots in Greece is very worrying in an environment where physical distancing within and between families remains very difficult. As we now know, hand washing is very effective in controlling the transmission of the virus, but in many refugee camps, slums and remote villages, running water and soap are not available. It is therefore urgent to install water stations with soap in all overcrowded places. The level of knowledge of local populations about preventive measures is very high in most places thanks to local media, local NGOs and community health workers but the implementation of these measures remains very difficult in many humanitarian situations.

Detect and manage cases

A key priority for managing cases is testing. However, this requires access to tests, which are currently allocated on a priority basis to the most affected countries. Setting up a testing campaign requires clear protocols, laboratory capacity and triage on site. Many countries such as China, France and Switzerland have created triage field hospitals outside the main hospitals to separate confirmed cases from suspected cases. Large humanitarian organisations have

— 5. Eduardo A Undurraga *et al.*, "Potential for broad-scale transmission of Ebola virus disease during the West Africa crisis: Lessons for the Global Health security agenda", *Infectious Diseases of Poverty*, 6(1), December 2017.

— 5. Eduardo A Undurraga *et al.*, "Potential for broad-scale transmission of Ebola virus disease during the West Africa crisis: Lessons for the Global Health security agenda", *Infectious Diseases of Poverty*, 6(1), December 2017.

du virus. Elle nécessite d'éviter tout rassemblement de masse et le respect d'une distance de deux mètres entre les individus. Tandis que tous les camps de réfugiés ont été fermés pour éviter que le virus n'y soit introduit par des visiteurs externes, la situation à Cox's Bazar ou dans les points chauds de Grèce est très préoccupante, dans un contexte où la distance physique inter- et intra-familiale reste problématique. De même, comme nous le savons désormais, le lavage des mains est une mesure très efficace, mais dans beaucoup de camps de réfugiés, de bidonvilles et de villages reculés, l'eau courante et le savon ne sont pas accessibles. Il est urgent, par conséquent, d'installer des stations d'approvisionnement en eau équipées de savon dans tous les endroits surpeuplés. En effet, si le degré de connaissance des populations locales en matière de mesures de prévention est très élevé dans la plupart des endroits, et ce, grâce aux médias locaux, aux ONG locales et aux personnels de santé, l'application de ces mesures reste très difficile dans beaucoup de contextes humanitaires.

La détection et la gestion des cas

Les tests constituent un élément-clé de la gestion des cas. Cela suppose toutefois d'y avoir accès, alors qu'ils sont actuellement et en priorité fournis aux pays les plus touchés. De plus, l'organisation d'une campagne de tests requiert des protocoles clairs, des capacités en laboratoires et un triage sur place. De nombreux pays comme la Chine, la France et la Suisse ont installé des hôpitaux de campagne à l'extérieur des hôpitaux principaux, permettant de faire un tri, et de séparer les cas confirmés des cas suspects. Les grandes organisations humanitaires ont des stocks d'hôpitaux de campagne en mesure d'être rapidement déployés sur le terrain. En outre, la gestion des cas sévères en unités de soins intensifs requiert, notamment, l'utilisation de ventilateurs – qui connaissent d'importants problèmes d'approvisionnement –, ainsi qu'un haut niveau d'expertise médicale. 50 % des capacités en unités de soins intensifs en

« Les grandes organisations humanitaires ont des stocks d'hôpitaux de campagne en mesure d'être rapidement déployés sur le terrain. »

“Global governance will need to negotiate the antagonisms between the private sector and the notion of public good.”

stocks of field hospitals that can be rapidly deployed to sites. The management of severe cases in intensive care units (ICUs) requires, in particular, the use of ventilators, of which there is currently a chronic shortage and a high level of medical expertise. 50% of the African ICU capacity is in South Africa, illustrating a lack of capacity in the continent's different countries.

Time for international collaboration, not selfish nationalism

Travel bans and border closures are a concern for the continuation of humanitarian operations in the most acute crises such as Yemen and Syria. Around us we are witnessing an increased solidarity between neighbours and citizens, with widespread recognition of the importance of healthcare workers in our society. However, the rise of nationalism and protectionism is a concern at a time when we need international cooperation to make sure everyone can cope. We are eagerly awaiting a new vaccine, but availability and distribution must be guided by clear and transparent principles far from the simple “the richer you are, the earlier you have access to the vaccine”. These principles need to be fair and take into account the burden of disease on the most disadvantaged populations⁶. Global governance will need to negotiate the antagonisms between the private sector and the notion of public good, which will certainly lead to a power struggle between different

— 6. Nuffield Council on Bioethics, “Fair and equitable access to Covid-19 treatments and vaccines. Rapid policy briefing”, May 2020, London.

Afrique se trouvent en Afrique du Sud, ce qui illustre le manque de capacités dans différents pays sur le continent.

L'heure est à la collaboration internationale, pas au nationalisme égoïste

La poursuite des opérations humanitaires déployées dans les contextes de crise les plus aigus comme au Yémen ou en Syrie est mise au défi par les interdictions de voyager et les fermetures de frontière. Autour de nous, force est d'observer une solidarité accrue entre voisins et citoyens, assortie d'une reconnaissance généralisée du rôle des professionnels de santé dans nos sociétés. Toutefois, la montée du nationalisme et du protectionnisme inquiète, à un moment où la coopération internationale est nécessaire pour que chacun puisse faire face. Un nouveau vaccin est attendu avec la plus grande impatience. Cependant, son accès et sa distribution devront être guidés par des principes clairs et transparents, loin de celui selon lequel « plus vous avez d'argent, plus vous aurez le vaccin tôt ». Ces principes devront être justes et prendre en compte le fardeau de la maladie au sein des populations les plus démunies⁶. La gouvernance globale devra négocier les antagonismes qui opposent le secteur privé et la notion de bien public, ce qui demandera certainement qu'un pouvoir de régulation soit mis en place entre les différents gouvernements, et entre ces derniers et l'OMS. Les organisations humanitaires auront indéniablement un rôle majeur à jouer pour s'assurer de l'équité de la distribution des vaccins pour ces populations.

L'après-Covid-19

Il ne fait aucun doute que le champ de la santé publique est sous une immense pression depuis le début de la pandémie, montrant des signes de faiblesse et un manque de préparation, à un moment où la gouvernance mondiale est conduite

governments and between governments and the WHO. There is no doubt that humanitarian organisations will play a key role in ensuring fairness regarding the distribution of vaccines to the most disadvantaged populations

Post-Covid-19

There is no doubt that the field of public health has been under great strain during the pandemic. It has shown signs of weakness, unpreparedness and a global governance led by the WHO which has been shaken by the departure of the USA. We will need to rethink and refine the notion of public good in times of pandemics and expound a set of principles promoting equity and fairness to protect the most vulnerable populations, especially those living in conflict-affected countries.

— 6. Nuffield Council on Bioethics, "Fair and equitable access to Covid-19 treatments and vaccines. Rapid policy briefing", May 2020, London.

par une OMS ébranlée par le départ des États-Unis. Dans ce contexte, repenser et redéfinir la notion de bien public en temps de pandémie s'avérera nécessaire, de même que rendre explicite un certain nombre de principes d'équité et de justice, dans le souci de protéger les populations les plus vulnérables, notamment dans les zones de conflits.

Traduit de l'anglais par Catherine François

Biographie | Biography



KARL BLANCHET

Professeur en santé publique humanitaire. Karl a travaillé pour Handicap International pendant de nombreuses années avant de rejoindre la London School of Hygiene and Tropical Medicine et de créer le Health in Humanitarian Crises Centre. Il a récemment été nommé professeur à la Faculté de médecine de l'université de Genève, ainsi que nouveau directeur du Centre d'enseignement et de recherche en action humanitaire (CERAH) et directeur d'InZone – Higher Education for Refugees.

Professor in Humanitarian Public Health. Karl worked for Handicap International for many years before joining the London School of Hygiene and Tropical Medicine and setting up the Health in Humanitarian Crises Centre. He was recently appointed as Professor at the Faculty of Medicine of the University of Geneva and the new Director of Geneva Centre for Education and Research in Humanitarian Action and Director of InZone – Higher Education for Refugees.

Une association malsaine : la guerre, la Covid-19 et la politique de la métaphore

An unhealthy combination: War, Covid-19 and the politics of metaphor

Norah Niland – Co-founder of United
Against Inhumanity (UAI)

À

l'heure de l'effondrement du multilatéralisme et de l'essor des populismes, Norah Niland souligne les nouvelles fragilités que la Covid-19 a révélées dans les systèmes de gouvernance locaux et internationaux. Si la pandémie complique davantage l'accès aux communautés déjà touchées par

la guerre, quel devrait être notre devoir d'indignation face à des déclarations politiques vides de sens et à des actions qui permettent les conflits armés et le massacre des civils ?



NORAH
NILAND

Ces derniers mois, la métaphore guerrière est rapidement devenue une nouvelle *lingua franca* à travers le monde, alors que les dirigeants politiques élaboraient des plans et des mesures de confinement pour faire face à la pandémie de la Covid-19. Le président Xi Jinping à Pékin, son homologue Emmanuel Macron à Paris, la reine Élisabeth à Londres et Donald Trump à Washington ont tous fait référence au temps de guerre pour souligner la gravité de la situation. Ils ont également mis en avant la néces-

At a time when multilateralism is collapsing and populism rising, Norah Niland highlights the new fragilities that Covid-19 has revealed in local and international systems of governance. If the pandemic is further complicating access to communities already affected by war, what should our duty of outrage be in the face of empty political declarations and actions that enable armed conflict and the slaughter of civilians?

War as metaphor quickly became a new *lingua franca* across the globe a few months ago as political leaders mapped out plans and lockdowns to deal with the Covid-19 pandemic. President Xi Jinping in Beijing, his counterpart Emmanuel Macron in Paris, the British monarch Queen Elizabeth and Donald Trump in Washington all drew on wartime references to underline the gravity of the situation. They also signalled the need to halt the march of this little-known virus that threatened death and devastation everywhere. The numerous appeals for a "unifying" nationalism have generally ignored the "borderless" nature of the pandemic and the need for solidarity – within and across borders – to address the global threat posed by Covid-19.

sité d'arrêter la marche de ce virus peu connu qui partout promettait la mort et la dévastation. Les nombreux appels à un nationalisme « rassembleur » ont pour la plupart ignoré la nature « sans frontières » de la pandémie et le besoin de solidarité – à l'intérieur et au-delà des frontières – pour faire face à la menace mondiale que représente la Covid-19.

Le recours à la rhétorique de la guerre est contre-productif. Elle tend à occulter la nature multidimensionnelle d'un problème qui exige une action sur les plans sanitaire, socio-économique, culturel et politique. Elle passe sous silence le fait que de nombreuses guerres se soldent par des accords négociés plutôt que par des victoires militaires, bien que la Covid-19 ne négocie pas. Les métaphores guerrières ignorent la réalité des conflits armés qui, invariablement, sont source de dépravation, de déshumanisation et de corruption des âmes. La guerre nous interroge sur ce que signifie être humain et appartenir à une commune humanité. Cette pandémie démontre que personne n'est à l'abri si tout le monde n'est pas protégé. Ce n'est pas un hasard si, en 1918, alors que la grippe espagnole tuait environ 50 millions de personnes dans le monde – plus de deux fois le nombre de victimes de la Première Guerre mondiale – les personnes engagées dans les négociations pour la création de la Société des Nations ont conclu que « la santé mondiale est un problème qui exige une coopération internationale¹ ».

Politiques pré-pandémie

Les discours guerriers au temps du coronavirus visent souvent à se rassurer, comme pour camoufler un manque de préparation en matière de capacités essentielles de santé publique, ou une réticence à prioriser les mesures cherchant à protéger les plus vulnérables. Les récits militarisés ne peuvent se substituer à une bonne compréhension des

Reliance on the rhetoric of war is counter-productive. It tends to obscure the multifaceted nature of a problem that requires action from a health, socio-economic, cultural and political perspective. It ignores the fact that many wars end through negotiated settlements rather than military victories, while Covid-19 does not allow for compromise. War metaphors are oblivious to the reality of armed conflict that, invariably, is a depraved, dehumanising, and soul-destroying affair. War raises questions about what it is to be human and part of a shared humanity. In this pandemic nobody is safe until everyone is protected. It is no coincidence that in 1918, as Spanish Flu circled the world killing an estimated 50 million people – more than double the number of victims in World War I – those engaged in negotiations for the formation of the League of Nations concluded that "international health is a problem that demands international cooperation"¹.

« Le recours à la rhétorique de la guerre est contre-productif. »

"Reliance on the rhetoric of war is counter-productive."

Pre-pandemic politics

Talk of war in the time of coronavirus is often used to reassure and camouflage the lack of preparedness in terms of essential public health capabilities or a reluctance to prioritise the measures needed to safeguard those most at risk. Militarised narratives are a poor substitute for a sound understanding of the origins and drivers of the pandemic and the action needed to assist at-risk groups and those who are least able to cope with its consequences from a health, financial or political perspective.

— 1. Alex de Waal "New Pathogen, Old Politics", *Boston Review*, 3 April 2020, <https://bostonreview.net/science-nature/alex-de-waal-new-pathogen-old-politics>

— 1. Alex de Waal "New Pathogen, Old Politics", *Boston Review*, 3 April 2020 <https://bostonreview.net/science-nature/alex-de-waal-new-pathogen-old-politics>

origines et des moteurs de la pandémie, ainsi que des mesures nécessaires pour assister les groupes à risque et ceux qui sont les moins susceptibles de faire face à ses conséquences sanitaires, financières ou politiques.

Au moment où nous écrivons ces lignes, début juin 2020, il reste encore beaucoup à apprendre sur la pandémie. Cependant, il est tout à fait clair que l'émergence du SRAS-CoV-2, appellation officielle de la Covid-19, et son évolution rapide en pandémie, sont en grande partie le résultat de décisions humaines ayant dégradé l'écosystème, provoqué la crise climatique et altéré l'équilibre écologique essentiel à la pérennité de l'environnement naturel.

Cette pandémie est avant tout une crise sanitaire et une crise des moyens de subsistance. Elle est due, en grande partie, aux décisions politiques qui ont donné la priorité aux profits des riches plutôt qu'aux politiques de lutte contre les injustices structurelles et sociales qui entretiennent l'extrême pauvreté, la faim et des conditions de vie indignes². En septembre 2019, par exemple, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a indiqué que la plupart des pays « sous-investissaient dans les soins de santé primaires » et que les plus grandes lacunes dans le financement des systèmes de santé se trouvaient « dans les pays les plus pauvres et ceux touchés par la guerre »³.

De nombreux pays à fort revenu ont été durement touchés par la pandémie, contrairement, par exemple, au Vietnam qui a une longue frontière commune

At the time of writing, in early June 2020, there is still much to be learned about the pandemic. However, it is abundantly clear that the emergence of SARS-CoV-2, the official name of Covid-19, and its rapid evolution into a full-blown pandemic is largely the outcome of decisions by humans who have degraded the ecosystem, caused the climate crisis and altered the ecological balance essential for the sustainability of the natural environment.

This pandemic is first and foremost a health and livelihood crisis. It is largely due to political decisions that have prioritised profits for the wealthy over policies addressing the structural and social injustices that sustain extreme poverty, hunger and undignified living conditions². For example, in September 2019, the World Health Organization (WHO) indicated that most countries were “under-investing in primary health care” and the biggest gaps in health care system funding were “in the poorest countries and those affected by war”³.

Many high-income countries have been hit hard by the pandemic in contrast, for example, to Vietnam which shares a long border with China⁴. Italy introduced a series of lockdown measures in March as Lombardy, its richest region, became the scene of a catastrophic outbreak. A study shows that significant privatisation of Italy's decentralised health care system – with cuts of 45 million US\$ between 2010 and 2019 – was a key factor in one of the world's highest per capita death

— 2. Global Inequality, “Our world's deepest pockets – ‘ultra high net worth individuals’ – hold an astoundingly disproportionate share of global wealth”, October 2019, <https://inequality.org/facts/global-inequality/>

— 3. « Les pays doivent investir au moins 1 % supplémentaire de leur PIB dans les soins de santé primaires pour éliminer les lacunes flagrantes de la couverture », Organisation mondiale de la santé, Genève, 22 septembre 2019, <https://www.who.int/fr/news-room/detail/22-09-2019-countries-must-invest-at-least-1-more-of-gdp-on-primary-health-care-to-eliminate-glaring-coverage-gaps>

— 2. Global Inequality, “Our world's deepest pockets – ‘ultra high net worth individuals’ – hold an astoundingly disproportionate share of global wealth”, October 2019, <https://inequality.org/facts/global-inequality/>

— 3. “Countries must invest at least 1% more of GDP on primary health care to eliminate glaring coverage gaps”, World Health Organization, Geneva, 22 September 2019, <https://www.who.int/news-room/detail/22-09-2019-countries-must-invest-at-least-1-more-of-gdp-on-primary-health-care-to-eliminate-glaring-coverage-gaps>

— 4. Nectar Gan, “How Vietnam managed to keep its coronavirus death toll at zero”, CNN, 30 May 2020, <https://edition.cnn.com/2020/05/29/asia/coronavirus-vietnam-intl-hnk/index.html>

avec la Chine⁴. L'Italie a introduit une série de mesures de confinement en mars, lorsque la Lombardie, sa région la plus riche, est devenue le théâtre d'une épidémie catastrophique. Une étude montre que la privatisation significative du système de santé décentralisé italien – avec des réductions de 45 millions de dollars US entre 2010 et 2019 – a largement déterminé l'un des taux de mortalité par habitant les plus élevés au monde⁵. La privatisation a vu l'augmentation des investissements dans les infrastructures médicales à but lucratif prendre le pas sur la formation de spécialistes et les hôpitaux spécialisés dans les maladies infectieuses⁶.

Alors que les investissements dans les soins de santé primaires sont en berne, les dépenses militaires n'ont cessé d'augmenter au cours des dernières décennies. En 2018, les dépenses militaires mondiales se sont élevées au montant ahurissant de 1 800 milliards de dollars, leur niveau le plus élevé depuis 1988⁷. L'an passé, Washington a alloué « environ 750 milliards de dollars à la défense nationale » et 8 milliards aux centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC)⁸. En 2018,

tolls⁵. Privatisation meant that increased investment in profit-making medical facilities took precedence over the training of specialists and hospitals specialising in infectious diseases⁶.

While investment in primary health care has been in decline, military spending has grown continuously in recent decades. Global military expenditure, amounted to a shocking 1.8 trillion US\$ in 2018, the highest since 1988⁷. Last year, Washington allocated “about 750 billion US\$ for national defence” and 8 billion US\$ to the Centre for Disease Control and Prevention (CDC)⁸. In 2018, the CDC was forced to slash its global disease prevention programme by 80%⁹.

The massive growth in war-making machinery is indicative of a geopolitical change towards a less stable world. Significant weakening of arms control processes and declining multilateralism are symptoms of a reduced investment in the use of diplomacy to resolve disputes. In this increasingly disordered, might-makes-right world, armed conflict persists without mercy. The human costs of war accumulate as Covid-19 exacerbates avoidable suffering¹⁰.

— 4. Nectar Gan, “How Vietnam managed to keep its coronavirus death toll at zero”, *CNN*, 30 May 2020, <https://edition.cnn.com/2020/05/29/asia/coronavirus-vietnam-intl-hnk/index.html>

— 5. Benedetta Armocida *et al.*, “The Italian health system and the COVID-19 challenge”, *The Lancet*, vol.5(5):e253, 1 May 2020, [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30074-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30074-8/fulltext)

— 6. Angela Giuffrida, “Why was Lombardy hit harder than Italy’s other regions?”, *The Guardian*, 29 May 2020, <https://www.theguardian.com/world/2020/may/29/why-was-lombardy-hit-harder-covid-19-than-italys-other-regions>

— 7. SIPRI, “World military expenditure grows to \$1.8 trillion in 2018”, *Stockholm International Peace Research Institute*, 29 April 2019, <https://www.sipri.org/media/press-release/2019/world-military-expenditure-grows-18-trillion-2018>

— 8. Uri Friedman, “We Can’t Rely on Just the Military”, *The Atlantic*, 8 April 2020, <https://www.theatlantic.com/politics/archive/2020/04/us-military-failing-spending-budget/609673/>

— 5. Benedetta Armocida *et al.*, “The Italian health system and the COVID-19 challenge”, *The Lancet*, vol.5(5):e253, 1 May 2020, [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30074-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30074-8/fulltext)

— 6. Angela Giuffrida, “Why was Lombardy hit harder than Italy’s other regions?”, *The Guardian*, 29 May 2020, <https://www.theguardian.com/world/2020/may/29/why-was-lombardy-hit-harder-covid-19-than-italys-other-regions>

— 7. SIPRI, “World military expenditure grows to \$1.8 trillion in 2018” *Stockholm International Peace Research Institute*, 29 April 2019, <https://www.sipri.org/media/press-release/2019/world-military-expenditure-grows-18-trillion-2018>

— 8. Uri Friedman, “We Can’t Rely on Just the Military”, *The Atlantic*, 8 April 2020, <https://www.theatlantic.com/politics/archive/2020/04/us-military-failing-spending-budget/609673/>

— 9. Chris Morris, “Trump administration budget cuts could become a major problem as coronavirus spreads”, *Fortune*, 26 February 2020, <https://fortune.com/2020/02/26/coronavirus-covid-19-cdc-budget-cuts-us-trump>

— 10. See, also in this issue, Michiel Hofman’s article: “Responding to Covid-19 in conflicts: difficult but necessary”.

les CDC ont été contraints de réduire de 80 % leur programme mondial de prévention des maladies⁹.

La croissance massive de la machinerie de guerre est le signe d'une évolution géopolitique vers un monde moins stable. L'affaiblissement significatif des processus de contrôle des armements et le déclin du multilatéralisme sont les symptômes d'une réduction des investissements dans les moyens diplomatiques de résolution des différends. Dans ce monde de plus en plus désordonné où force fait loi, les conflits armés persistent, impitoyables. Les coûts humains de la guerre s'accumulent à mesure que la Covid-19 exacerbe des souffrances évitables¹⁰.

La guerre permanente à l'heure du coronavirus

Le Conseil de sécurité des Nations unies (CSNU) est en passe de devenir la relique d'une époque révolue. Il démontre régulièrement qu'il n'est guère plus que l'instrument dysfonctionnel de ses cinq membres permanents (P5), détenteurs d'un droit de veto. Les P5 minent régulièrement des propositions visant à faciliter la résolution pacifique – ou l'interruption – d'un conflit violent. L'incapacité du CSNU à parvenir à un consensus sur une résolution soutenant l'appel du Secrétaire général de l'ONU António Guterres, le 23 mars dernier, en faveur d'un « cessez-le-feu global, immédiat, partout dans le monde » en est une illustration¹¹. Elle est également mortelle. L'absence de volonté du CSNU de « confiner les conflits armés » et de « donner une chance à la paix » signifie

Ceaseless war in the age of coronavirus

The United Nations Security Council (UNSC) is fast becoming a relic of a by-gone era. It routinely proves that it is little more than a dysfunctional instrument of the veto-wielding Permanent Five (P5) members. The P5 routinely thwart proposals geared towards facilitating a peaceful resolution of, or pause in, violent conflict. The inability of the UNSC to reach a consensus on a resolution backing the call of the UN Secretary General António Guterres on 23 March for "an immediate global ceasefire in all corners of the world" is illustrative of this¹¹. It is also deadly. The lack of will in the UNSC to "put armed conflict on lockdown" and "give peace a chance" means that the human and economic costs of the pandemic will increase as warfare persists¹².

While the UNSC was, effectively, "missing in action", some non-state armed fighters in a number of countries did silence their weapons, if only temporarily. Such groups included the Southern Defense Force militia in Cameroon and the New People's Army in the Philippines which has been active since 1969. Many groups indicated that they were open to talks with their government counterparts but to little avail¹³. The failure of ceasefire initiatives can partly be attributed to the appetite of key stakeholders for war and its related profits, whatever the costs to humankind.

— 9. Chris Morris, "Trump administration budget cuts could become a major problem as coronavirus spreads", *Fortune*, 26 February 2020, <https://fortune.com/2020/02/26/coronavirus-covid-19-cdc-budget-cuts-us-trump>

— 10. Voir, dans ce même numéro, l'article de Michiel Hofman, « Covid-19 en situation de conflit : une réponse difficile, mais nécessaire ».

— 11. Secrétaire général de l'ONU, « La furie avec laquelle s'abat le virus montre bien que se faire la guerre est une folie », Nations unies, 23 mars 2020, <https://www.un.org/fr/coronavirus/articles/fury-virus-illustrates-folly-war>

— 11. UN Secretary General, "The fury of the virus illustrates the folly of war", United Nations, 23 March 2020, <https://www.un.org/en/un-coronavirus-communications-team/fury-virus-illustrates-folly-war>

— 12. Norah Niland, "War and Covid-19: need for a new normal that rejects inhumanity?", *United Against Inhumanity*, 19 May 2020, www.against-inhumanity.org/2020/05/19/war-and-covid-19-need-for-a-new-normal-that-rejects-inhumanity/

— 13. "How Covid-19 gave peace a chance, and nobody took it, Ceasefires are breaking down as America and China bicker at the UN", *The Economist*, 5 May 2020, <https://www.economist.com/international/2020/05/05/how-covid-19-gave-peace-a-chance-and-nobody-took-it>

que le coût humain et économique de la pandémie augmentera à mesure que la guerre se poursuivra¹².

Alors que le CSNU était « aux abonnés absents », les groupes armés non étatiques d'un certain nombre de pays ont fait taire les armes, ne serait-ce que temporairement. Parmi ces groupes figurent les miliciens des Forces de défense du Cameroun du Sud et de la Nouvelle Armée populaire aux Philippines, active depuis 1969. De nombreux groupes ont indiqué qu'ils étaient ouverts à des discussions avec leurs homologues gouvernementaux, mais sans grand succès¹³. L'échec des initiatives de cessez-le-feu peut être attribué, en partie, à l'appétit des principales parties prenantes pour la guerre et les profits qui en découlent, quel qu'en soit le coût pour l'humanité.

Armés de leur veto, les P5 font – littéralement – un massacre, avec des ventes d'armes actuellement 23 % plus importantes qu'il y a dix ans. Les États-Unis sont le plus grand fournisseur d'armes au monde ; avec la Russie, la France, la Chine et l'Allemagne, ils ont été responsables de 75 % du commerce mondial des armes au cours de la période 2014-2018¹⁴. Les tendances à la hausse de la fréquence et de la durée des conflits armés entraînent régulièrement des pertes humaines et économiques considérables¹⁵. Pour la seule année 2016, les

« Les coûts humains de la guerre s'accumulent à mesure que la Covid-19 exacerbe des souffrances évitables. »

“The human costs of war accumulate as Covid-19 exacerbates avoidable suffering.”

The P5 veto holders are literally making a killing with arms sales currently running 23% higher than a decade ago. The US is the world's largest arms supplier; together with Russia, France, China and Germany, they were responsible for 75% of the global arms trade during the 2014-2018 period¹⁴. Upward trends in the frequency and protracted nature of armed conflicts routinely result in staggering human and economic losses¹⁵. In 2016 alone, economic losses as a result of armed conflicts amounted to 1.04 trillion US\$ globally¹⁶. The combination of armed conflict and Covid-19 will, inevitably, increase the harm and suffering endured by civilians and impact negatively on their coping mechanisms. It will also raise questions about the value of humanitarian action that does not challenge orchestrated harm.

Non-metaphorical war

Most people – including those who are privileged to have no direct knowledge of armed hostilities – are aware that the virus is a threat that poses a danger to millions given its direct health and other consequences. In a recent analysis of epidemics and politics, Alex de Waal noted

— 12. Norah Niland, “War and Covid-19: need for a new normal that rejects inhumanity?”, *United Against Inhumanity*, 19 May 2020, www.against-inhumanity.org/2020/05/19/war-and-covid-19-need-for-a-new-normal-that-rejects-inhumanity

— 13. “How Covid-19 gave peace a chance, and nobody took it. Ceasefires are breaking down as America and China bicker at the UN”, *The Economist*, 5 May 2020, <https://www.economist.com/international/2020/05/05/how-covid-19-gave-peace-a-chance-and-nobody-took-it>

— 14. SIPRI, “Global arms trade: USA increases dominance; arms flows to the Middle East surge”, *Stockholm Peace Research Institute*, 11 March 2019, <https://www.sipri.org/media/press-release/2019/global-arms-trade-usa-increases-dominance-arms-flows-middle-east-surge-says-sipri>

— 15. “Trends in Armed Conflict, 1946–2018”, *Peace Research Institute Oslo*, March 2019, <https://www.prio.org/utility/DownloadFile.ashx?id=1858&type=publicationfile>

— 14. SIPRI, “Global arms trade: USA increases dominance; arms flows to the Middle East surge”, *Stockholm Peace Research Institute*, 11 March 2019, <https://www.sipri.org/media/press-release/2019/global-arms-trade-usa-increases-dominance-arms-flows-middle-east-surge-says-sipri>

— 15. “Trends in Armed Conflict, 1946–2018”, *Peace Research Institute Oslo*, March 2019, <https://www.prio.org/utility/DownloadFile.ashx?id=1858&type=publicationfile>

— 16. Pauline Chetcuti et al., “Conflict in the time of coronavirus”, *Oxfam*, 12 May 2020, p.3 www.oxfam.org/en/research/conflict-time-coronavirus

pertes économiques dues aux conflits armés se sont élevées à 1,04 trillion de dollars à l'échelle mondiale¹⁶. La conjonction des conflits armés et de la Covid-19 augmentera inévitablement les dommages et les souffrances endurés par les civils et aura un impact négatif sur leurs mécanismes d'adaptation. Cela posera également des questions sur la valeur de l'action humanitaire si elle ne remet pas en cause les dommages provoqués.

La guerre non métaphorique

La plupart des gens – y compris ceux qui ont le privilège de n'avoir aucune connaissance directe des hostilités armées – sont conscients que le virus met en danger des millions de personnes par ses effets directs sur la santé, entre autres conséquences. Alex de Waal, dans une analyse récente des épidémies et de la politique, a noté que « les liens entre pauvreté, inégalités, mauvaise santé et l'exposition aux épidémies sont bien établis¹⁷ ».

Il est trop tôt pour connaître l'impact global de la Covid-19 dans des contextes de guerre où les inégalités ont tendance à être profondément ancrées. Cependant, il est facile de constater que ceux qui sont déjà marginalisés, ou qui luttent contre les conséquences dévastatrices des conflits armés, seront parmi les plus touchés. Selon Oxfam, il y a jusqu'à « deux milliards de personnes qui vivent dans des États fragiles et touchés par des conflits¹⁸ ». Cela inclut de vastes régions d'Afrique où la guerre fait rage, de la Libye au Cameroun, de la Somalie au Sahel. Ailleurs, des conflits prolongés ou sporadiques détruisent des vies en Afghanistan, au Myanmar, en Palestine, en Syrie et au Yémen, pour ne citer que quelques exemples.

— 16. Pauline Chetcuti et al., « Conflits en période de coronavirus », *Oxfam*, 12 mai 2020, p. 3, <https://www.oxfam.org/fr/publications/conflits-en-periode-de-coronavirus>

— 17. Alex de Waal, "New Pathogen, Old Politics", art. cit.

— 18. Pauline Chetcuti et al., « Conflits en période... », art. cit.

that the "associations between poverty, inequality and ill health, and exposure to epidemics, are well established"¹⁷.

It is too early to determine the overall impact of Covid-19 in war settings where inequities tend to be deeply entrenched. However, it is readily apparent that those who are already marginalised or struggling with the devastating consequences of armed conflict, will be among the hardest hit. According to Oxfam, there are up to "two billion people living in fragile and conflict-affected states"¹⁸. This includes large swathes of Africa where war rages from Libya to Cameroon, from Somalia to the Sahel. Elsewhere, protracted or sporadic warfare is wrecking lives in Afghanistan, Myanmar, Palestine, Syria and Yemen to name but a few examples.

In South Sudan, fighting has long been a problem for health care programmes and has resulted in "staggering levels of malnutrition" due, in part, to "the deliberate use of starvation as a method of warfare"¹⁹. Deliberate and indiscriminate attacks on health care and other vital infrastructure are becoming increasingly "normal" in many war zones. This includes Yemen, where a Saudi-led military coalition intervened in 2015 to counter the advance of Houthi forces that had taken control of Sana'a. Since then, an estimated 100,000 people have lost their lives, partly due to air strikes that have destroyed health care and other vital infrastructure²⁰. It is now "one of the most poverty-stricken places on the planet" caught up in a factionalised war,

— 17. Alex de Waal, "New Pathogen, Old Politics", art. cit.

— 18. Pauline Chetcuti et al., "Conflict in the time...", art. cit.

— 19. "A severe coronavirus outbreak across South Sudan would have disastrous consequences for millions of vulnerable civilians, UN experts note", *UN Office of the High Commissioner for Human Rights*, 8 April 2020, <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25781&LangID=E>

— 20. Vivian Yee, "Coronavirus Slams Broken, Embattled Yemen", *New York Times*, 30 May 2020, <https://www.nytimes.com/2020/05/30/world/middleeast/virus-yemen.html>

Au Soudan du Sud, les combats ont longtemps constitué un problème pour les programmes de santé et ont entraîné des « niveaux de malnutrition invraisemblables » dus, en partie, à « l'utilisation délibérée de la famine comme arme de guerre¹⁹ ». Les attaques délibérées et aveugles contre les centres de santé et autres infrastructures vitales deviennent de plus en plus « normales » dans de nombreuses zones de guerre. Cela inclut le Yémen, où une coalition militaire dirigée par l'Arabie saoudite est intervenue en 2015 pour contrer l'avancée des houthis, qui avaient pris le contrôle de Sanaa. Depuis, on estime que 100 000 personnes ont péri, en partie à cause des frappes aériennes qui ont détruit les centres de santé et d'autres infrastructures vitales²⁰. Désormais, l'un « des endroits les plus pauvres de la planète », pris dans une guerre entre factions, sujet à des épidémies de choléra et avec des millions de personnes au bord de la famine, le Yémen est peut-être l'un des pays les moins capables de faire face à la Covid-19²¹.

Selon l'ONU, au Yémen se joue la pire crise humanitaire du monde. L'année dernière, Riyad a reçu les éloges de Mark Lowcock, chef des affaires humanitaires de l'ONU, pour sa « généreuse contribution » de 500 millions de dollars²². Le 2 juin, l'Arabie saoudite et l'ONU ont organisé conjointement une collecte de

prone to cholera outbreaks and with millions on the verge of starvation, Yemen is, perhaps, one of the countries least able to deal with Covid-19²¹.

According to the UN, Yemen is the world's worst humanitarian crisis. Last year, Riyadh received fulsome praise from Mark Lowcock, head of humanitarian affairs at the UN, for its "generous contribution" of 500 million US\$²². On 2 June, Saudi Arabia and the UN co-hosted a fund-raising event for Yemen. The event raised 1.35 billion US\$ in pledges, falling far short of the requested 2.4 billion US\$. All told, the UN has only received 698 million US\$ in the first half of 2020 in contrast to some 4 billion US\$ for Yemen in 2019²³.

Saudi Arabia, one of the principal beligerents in Yemen, is one of the world's top five spenders on military hardware²⁴. It is backed by its P5 arms merchant friends – France, the US and the United Kingdom – that supply it with munitions and battlefield intelligence²⁵. It has been repeatedly accused of war crimes²⁶. Un-

— 19. "A severe coronavirus outbreak across South Sudan would have disastrous consequences for millions of vulnerable civilians, UN experts note", UN Office of the High Commissioner for Human Rights, 8 April 2020, <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25781&LangID=E>

— 20. Vivian Yee, "Coronavirus Slams Broken, Embattled Yemen", *The New York Times*, 30 May 2020, <https://www.nytimes.com/2020/05/30/world/middleeast/virus-yemen.html>

— 21. "A Coronavirus Ceasefire Offers a Way Out for War-torn Yemen", *International Crisis Group*, 27 March 2020, <https://www.crisisgroup.org/middle-east-north-africa/gulf-and-arabian-peninsula/yemen/coronavirus-ceasefire-offers-way-out-war-torn-yemen>

— 22. "Emergency Relief Coordinator Thanks Saudi Arabia for \$500 Million for UN Agencies in Yemen", (UN) *Office for the Coordination of Humanitarian Affairs*, 25 September 2019, <https://reliefweb.int/report/yemen/emergency-relief-coordinator-thanks-saudi-arabia-500-million-united-nations-agencies>

— 21. "A Coronavirus Ceasefire Offers a Way Out for War-torn Yemen" *International Crisis Group*, 27 March 2020, <https://www.crisisgroup.org/middle-east-north-africa/gulf-and-arabian-peninsula/yemen/coronavirus-ceasefire-offers-way-out-war-torn-yemen>

— 22. "Emergency Relief Coordinator Thanks Saudi Arabia for \$500 Million for UN Agencies in Yemen", (UN) *Office for the Coordination of Humanitarian Affairs*, 25 September 2019, <https://reliefweb.int/report/yemen/emergency-relief-coordinator-thanks-saudi-arabia-500-million-united-nations-agencies>

— 23. Patrick Wintour, "Saudi Arabia to co-host UN fundraising summit for Yemen", *The Guardian*, 2 June 2020, <https://www.theguardian.com/world/2020/jun/02/saudi-arabia-to-co-host-un-fundraising-summit-for-yemen>

— 24. "Trends in World Military Expenditure, 2019", *Stockholm International Peace Research Institute*, April 2020, https://www.sipri.org/sites/default/files/2020-04/fs_2020_04_milex_0_0.pdf

— 25. Harry Cockburn, "Britain 'complicit' in Yemen famine, Tory ex-cabinet minister warns amid calls to end arm sales" *The Independent*, 30 October 2018, <https://www.independent.co.uk/news/world/middle-east/yemen-civil-war-saudi-arabia-arms-sales-uk-famine-coalition-houthi-rebels-a8609516.html>

— 26. Richard Hall, "New report alleges Saudi Arabia covered up war crimes in Yemen", *The Independent*, 15 August 2019, <https://www.independent.co.uk/news/world/middle-east/saudi-arabia-yemen-airstrikes-war-crimes-cover-up-a9061061.html#gs.c.tab=0>

fonds en faveur du Yémen. Cette manifestation a permis de recueillir 1,35 milliard de dollars de promesses de dons, ce qui est loin des 2,4 milliards demandés. Au total, l'ONU n'a reçu que 698 millions de dollars au cours du premier semestre 2020, contre 4 milliards pour le Yémen en 2019²³.

L'Arabie saoudite – l'un des principaux belligérants au Yémen – est l'un des cinq pays qui dépensent le plus pour l'armement²⁴. Elle est soutenue par ses amis marchands d'armes du P5 – la France, les États-Unis et le Royaume-Uni – qui lui procurent munitions et renseignements²⁵. Elle a été accusée à plusieurs reprises de crimes de guerre²⁶. L'Arabie saoudite et ses alliés ne sont malheureusement pas les seuls bailleurs belligérants – dans le sens où ils financent des agences humanitaires tout en étant directement ou indirectement engagés dans le meurtre de civils –, mais le Yémen crée de nouveaux précédents. Il illustre la profondeur cruelle et cynique de la politique géostratégique qui a condamné des millions de personnes à un cocktail mortel de violence effrénée. Il soulève des questions sur la sincérité des différentes parties prenantes qui expriment leur soutien au programme de « protection des civils » (PoC) du CSNU, tout en restant indifférentes à l'inhumanité fourbe qui anéantit nonchalamment des vies, y compris en pleine pandémie.

— 23. Patrick Wintour, "Saudi Arabia to co-host UN fundraising summit for Yemen", *The Guardian*, 2 June 2020, <https://www.theguardian.com/world/2020/jun/02/saudi-arabia-to-co-host-un-fundraising-summit-for-yemen>

— 24. "Trends in World Military Expenditure, 2019", *Stockholm International Peace Research Institute*, April 2020, https://www.sipri.org/sites/default/files/2020-04/fs_2020_04_milex_0_0.pdf

— 25. Harry Cockburn, "Britain 'complicit' in Yemen famine, Tory ex-cabinet minister warns amid calls to end arm sales", *The Independent*, 30 October 2018, <https://www.independent.co.uk/news/world/middle-east/yemen-civil-war-saudi-arabia-arms-sales-uk-famine-coalition-houthi-rebels-a8609516.html>

— 26. Richard Hall, "New report alleges Saudi Arabia covered up war crimes in Yemen", *The Independent*, 15 August 2019, <https://www.independent.co.uk/news/world/middle-east/saudi-arabia-yemen-airstrikes-war-crimes-cover-up-a9061061.html#gsc.tab=0>

fortunately, Saudi Arabia and its allies are not unique in being belligerent donors, in the sense of funding humanitarian agencies while being directly or indirectly engaged in killing civilians, but Yemen sets new precedents. It illustrates the cruel and cynical depth of geostrategic politics that has condemned millions to a deadly cocktail of unrestrained violence. It raises questions about the sincerity of the various stakeholders who voice support for the UNSC "protection of civilians" (PoC) agenda while remaining indifferent to the duplicitous inhumanity that nonchalantly wipes out lives including in the midst of a pandemic.

Time for change?

The widespread use of war metaphors, including in the fields of medicine and humanitarian action, is ironic since the core ambition of such disciplines is to save lives. Working with war-affected communities to help people survive is increasingly difficult at a time of diminishing multilateralism, rising populism, "my country first" style nationalism, a thriving arms trade and growing contempt for a rule-based international order.

Between 1999 and 2019, the UNSC adopted "more than 100 thematic resolutions" related to its PoC agenda²⁷. On 23 May 2020, at a high level, open UNSC meeting, the United Nations Secretary General indicated that while "the normative framework has been strengthened, compliance (with international law) has deteriorated"²⁸. Peter Maurer, President of the International Committee of the Red Cross criticised the lack of UNSC action noting that it had, on occasion, "led to the perception of a 'free ride' for parties to a conflict to commit atrocities"²⁹. While the UNSC failed to find a way to

— 27. "COVID-19: A 'new and deadly threat' for civilians caught up in violence", United Nations, 27 May 2020, <https://news.un.org/en/story/2020/05/1064942>

— 28. "Protection of Civilians", Security Council Report, 30 April 2020, <https://www.securitycouncilreport.org/monthly-forecast/2020-05/protection-of-civilians-2.php>

— 29. *Ibid.*

L'heure du changement ?

L'utilisation généralisée des métaphores guerrières, y compris dans les domaines de la médecine et de l'action humanitaire, est ironique puisque l'ambition première de ces disciplines est de sauver des vies. Travailler avec les communautés frappées par la guerre pour aider les gens à survivre est de plus en plus difficile à l'époque de l'effondrement du multilatéralisme et de l'essor des populismes, du nationalisme de type « mon pays d'abord », du commerce des armes florissant et du mépris croissant pour un ordre international fondé sur le droit.

Entre 1999 et 2019, le CSNU a adopté « plus de 100 résolutions thématiques » liées à l'agenda PoC²⁷. Le 23 mai 2020, lors d'une réunion de haut niveau ouverte du CSNU, le Secrétaire général a indiqué que si « le cadre normatif a été renforcé, le respect (du droit international) s'est dégradé²⁸ ». Peter Maurer, président du Comité international de la Croix-Rouge, a critiqué le manque d'action du CSNU, notant que cela avait, à l'occasion, « conduit les parties à un conflit à croire qu'elles pouvaient commettre des atrocités en toute liberté²⁹ ». Alors que le CSNU n'a pas trouvé le moyen de soutenir l'appel du Secrétaire général à un cessez-le-feu mondial, 660 000 personnes supplémentaires ont été contraintes de quitter leur foyer dans des zones de conflit entre le 23 mars et le 15 mai de cette année, ce qui les a exposées davantage à la Covid-19 et aux aléas de la guerre³⁰.

— 27. "COVID-19: A 'new and deadly threat' for civilians caught up in violence", United Nations, 27 May 2020, <https://news.un.org/en/story/2020/05/1064942>

— 28. "Protection of Civilians", Security Council Report, 30 April 2020, <https://www.securitycouncilreport.org/monthly-forecast/2020-05/protection-of-civilians-2.php>

— 29. *Ibid.*

— 30. "Armed conflict displaces 660,000 since UN call for global ceasefire", *Norwegian Refugee Council*, 22 May 2020, <https://www.nrc.no/news/2020/may/armed-conflict-displaces-660000-since-un-call-for-global-ceasefire>

« Le temps serait-il venu pour les citoyens concernés du monde entier de contester les politiques qui entretiennent un racisme et une discrimination profondément enracinés, le commerce des armes, les attaques contre les hôpitaux et autres atrocités commises dans les zones de guerre ? »

"Has the time come for concerned citizens everywhere to challenge the politics that sustain deep-rooted racism and discrimination, the arms trade, attacks on clinics and other war zone atrocities?"

back the Secretary General's call for a global ceasefire, an additional 660,000 people were forced from their homes in conflict zones between 23 March and 15 May this year, leaving them more exposed to Covid-19 and the vagaries of war³⁰.

Covid-19 has revealed the fragility of local and international systems. At this time of great upheaval, many people who are concerned about global injustices, never-ending wars and actions at odds with humanitarian values, maintain that a return to the old normal is not the answer. Humanitarianism cannot be used as an alibi for failed health systems, rapacious politics and blood-stained commerce. Has the time come for concerned citizens everywhere to challenge the politics that sustain deep-rooted racism and discrimination, the arms trade, attacks on clinics and other war zone atrocities? At the very least, it is time to begin tracking, analysing and publicising the obvious disconnect between vacuous UNSC member statements and the actions of those same States (as well as others) that enable armed conflict, the slaughter of civilians, and other catastrophic crises.

— 30. "Armed conflict displaces 660,000 since UN call for global ceasefire", *Norwegian Refugee Council*, 22 May 2020, <https://www.nrc.no/news/2020/may/armed-conflict-displaces-660000-since-un-call-for-global-ceasefire/>

La Covid-19 a révélé la fragilité des systèmes locaux et internationaux. En cette période de grands bouleversements, beaucoup de personnes préoccupées par les injustices mondiales, les guerres sans fin et les actions contraires aux valeurs humanitaires, affirment qu'un retour à l'ancienne normalité n'est pas la solution. L'humanitarisme ne peut servir d'alibi à des systèmes de santé défaillants, à une politique rapace et à un commerce sanguinaire. Le temps serait-il venu pour les citoyens concernés du monde entier de contester les politiques qui entretiennent un racisme et une discrimination profondément enracinés, le commerce des armes, les attaques contre les hôpitaux et autres atrocités commises dans les zones de guerre ? A minima, il est temps de commencer à suivre, à analyser et à rendre public le décalage évident entre les déclarations vides des membres du CSNU et leurs propres agissements (ainsi que ceux d'autres États) qui permettent conflits armés, massacres de civils et autres crises catastrophiques.

Traduit de l'anglais par Benjamin Richardier

Biographie | Biography



NORAH NILAND

Humanitaire de longue date et militante pour les droits de l'Homme et cofondatrice de United Against Inhumanity (UAI) où elle travaille actuellement à titre bénévole.

A long-time aid worker and human rights activist and a co-founder of United Against Inhumanity (UAI) where she currently works in a pro bono capacity.

Pourquoi la Covid-19 ne doit pas être considérée uniquement comme une urgence humanitaire

Why Covid-19 should not be considered as solely a humanitarian emergency

Anna Khakee – Department of International Relations, University of Malta

L

a déflagration sanitaire, sociale et politique que représente la pandémie actuelle doit-elle amener les humanitaires à s'émanciper du principe de neutralité? C'est une réponse fermement positive que l'auteure apporte ici à cette ques-

tion. Anna Khakee estime que les ONG humanitaires doivent prendre parti afin de ne pas être instrumentalisées en contribuant seulement à revenir au *statu quo ante*.

Should the health, social and political blast represented by the current pandemic lead humanitarian workers to break free from the principle of neutrality? In this article, the author gives a clearly affirmative answer to this question. Anna Khakee believes that humanitarian NGOs must take a stance so as not to be exploited by only helping to return to the *status quo ante*.

People are dying, facing hunger and becoming destitute as a result of Covid-19. The lockdown of societies around the world was initially a humanitarian decision made with a view to saving lives. Yet, it is argued here that humanitarians should be wary of treating the situation as mainly, or even essentially, a humanitarian emergency. A purely humanitarian public health response to the crisis is today actively and forcefully resisted in the Global North. There are loudly voiced concerns about the social, ethnic and economic inequalities and the imbal-



ANNA KHAKEE

Des gens meurent, connaissent la faim et se retrouvent démunis à cause de la Covid-19. Partout dans le monde, le confinement des sociétés a d'abord été une décision humanitaire prise dans l'objectif de sauver des vies. Néanmoins, cet article défend l'idée que les acteurs du secteur humanitaire devraient prendre garde à ne pas considérer la situation principalement,

ou même essentiellement, comme une urgence humanitaire. Aujourd'hui, dans l'hémisphère nord, une résistance active et forte s'oppose aux interventions de santé publique purement humanitaires visant à répondre à la crise. Des voix s'élèvent haut et fort pour exprimer leurs inquiétudes au sujet des inégalités sociales, ethniques et économiques et du déséquilibre entre les habitats humains et naturels qui sous-tendent la crise. Et ces voix appellent à un remaniement complet plutôt qu'à un réajustement des structures dominantes. Aucune raison ne justifie que ce débat ne soit au moins aussi vif dans les pays de l'hémisphère sud et leur voisinage. Cependant, jusqu'à présent, et bien que des voix s'élèvent également dans l'hémisphère sud, nous attendons encore que ce débat foncièrement politique se mette à résonner plus fort, au-delà du clivage nord-sud. Ici, le rôle des acteurs du secteur humanitaire sera crucial, car ils peuvent aussi bien favoriser qu'entraver la discussion. Dans le contexte politique actuel, étant donné le rôle majeur qu'ils jouent dans la définition du discours relatif aux relations nord-sud, ils devraient être conscients du fait que toute réponse humanitaire avant tout technique et axée sur la santé publique (et prétendument apolitique) revêt en réalité une connotation politique forte. En d'autres mots, dans le monde actuel de l'après-Covid-19, la neutralité de l'action humanitaire – qui n'est jamais une chose simple à mettre en place – est un terrain miné.

L'humanitarisme prend de l'ampleur dans l'ensemble des pays du Nord

Le rôle joué par les acteurs du secteur humanitaire s'est renforcé pendant la période de la Covid-19 et à la suite de celle-ci. Dans les pays d'où proviennent habituellement les financements, les personnels humanitaires œuvrent là où on ne les attend pas d'habitude. En Belgique, en France, en Italie, en Espagne et dans d'autres pays européens, l'organisation Médecins Sans Frontières soutient les systèmes de santé et les

ance between human and natural habitats underlying the crisis, and calls for a radical overhaul – rather than tweaking – of dominant structures. There is no reason why this debate should not be at least as vibrant in and around the Global South. However, to date, although Southern voices are certainly there, this fundamentally political debate has yet to reverberate more strongly across the North-South divide. Humanitarian actors will play a crucial role here, as they can either help or hinder the discussion. In the current political climate and given their powerful role in shaping the discourse on North-South relations, they should be aware that any humanitarian response which is primarily technical and public health-oriented (and thus purportedly apolitical) in actual fact has strong political connotations. In other words, neutrality in humanitarian action – never an uncomplicated path to follow – is treacherous territory in today's (post-) Covid-19 world.

Humanitarianism expanding across the Global North

Humanitarian actors have been shouldering an expanding role during and in the aftermath of Covid-19. In traditional donor countries, humanitarians have been acting where they usually would not. In Belgium, France, Italy, Spain and other European countries, *Médecins Sans Frontières* have been supporting overwhelmed hospitals and health systems. The Red Cross and Red Crescent have been key in providing Covid-19-related healthcare to at-risk communities in settings where they have not previously worked, such as migrants under special quarantine in centres in Malta. Tackling the indirect economic consequences of the health crisis on people experiencing hardship has become one of the added roles of humanitarians across Europe. From irregular migrant workers in Geneva, Switzerland, to university students from vulnerable backgrounds in Lille, France, humanitarian organisations are now distributing basic necessities to new groups of people and in some of the richest countries on earth. This state

hôpitaux débordés. Les Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ont joué un rôle capital dans la fourniture de soins visant à traiter les malades de la Covid-19 issus de communautés à risque, dans des contextes dans lesquels elles n'avaient jamais travaillé auparavant, comme avec les migrants dans des centres spéciaux de mise en quarantaine à Malte. Dans toute l'Europe, le personnel humanitaire s'est vu assigner une mission supplémentaire : traiter les conséquences économiques indirectes de la crise sanitaire sur les populations en difficulté. Des travailleurs clandestins de Genève, en Suisse, aux étudiants issus de milieux précaires à Lille, en France, les organisations humanitaires apportent désormais une aide de première nécessité à de nouveaux groupes, dans certains pays comptant parmi les plus riches au monde. Et il est peu probable que cette situation cesse prochainement. Quelques mois après le début de cette crise économique qui, selon de nombreux analystes, devrait durer plusieurs années, il est de plus en plus difficile pour les populations déjà pauvres et marginalisées de Klaipėda, de Naples, de Floride ou d'Alaska, de gagner leur pain quotidien¹.

Les conséquences humanitaires de la Covid-19 dans les pays de l'hémisphère sud

Aussi navrant que cela puisse être, tout cela n'est évidemment qu'un vague murmure comparé à l'impact de la Covid-19 dans les pays les plus pauvres du monde du point de vue matériel. Le nombre de morts y est effrayant. Selon les statistiques, c'est au Yémen que le taux de mortalité le plus élevé a été enregistré à hauteur de 22,7 % de cas confirmés en date du 5 juin 2020, ce qui reflète le

« C'est au Yémen que le taux de mortalité le plus élevé a été enregistré à hauteur de 22,7 % de cas confirmés. »

"Yemen reported the highest death rate of 22.7% of confirmed cases."

of affairs is unlikely to subside anytime soon. A few months into an economic crisis that many predict will last for several years, people who are already poor and marginalised from Klaipėda to Naples, Alaska to Florida are finding it increasingly difficult to put food on the table each day¹.

The humanitarian consequences of Covid-19 in the Global South

However distressing, it goes without saying that all this is merely a faint whisper in comparison to the impact of Covid-19 in the materially poorest countries in the world. The death figures are daunting. According to statistics, Yemen reported the highest death rate of 22.7% of confirmed cases as of 5 June 2020, reflecting low levels of testing but more importantly the major implosion of the national healthcare system². At the time of writing, Brazil was facing a public health disaster about to spiral out of control. Death tolls are underestimated almost everywhere, but more so in the Global South, where access to healthcare is more precarious and diagnostic and reporting mechanisms less well funded and implemented. The chasms in public health provision are plain to see: most African countries have few ventilators – or not a single one in some States,

— 1. Lauren Bauer, "The COVID-19 crisis has already left too many children hungry in America", *Brookings Institution*, 6 May 2020, <https://www.brookings.edu/blog/up-front/2020/05/06/the-covid-19-crisis-has-already-left-too-many-children-hungry-in-america> et Zosia Wanat, "Coronavirus will increase number in EU at risk of going hungry, experts warn", *Politico*, 4 May 2020, <https://www.politico.eu/article/coronavirus-could-double-number-of-europeans-at-risk-of-going-hungry-experts-warn>

— 1. Lauren Bauer, "The COVID-19 crisis has already left too many children hungry in America", *Brookings Institution*, 6 May 2020, <https://www.brookings.edu/blog/up-front/2020/05/06/the-covid-19-crisis-has-already-left-too-many-children-hungry-in-america> and Zosia Wanat "Coronavirus will increase number in EU at risk of going hungry, experts warn", *Politico*, 4 May 2020, <https://www.politico.eu/article/coronavirus-could-double-number-of-europeans-at-risk-of-going-hungry-experts-warn>

— 2. Johns Hopkins Corona Virus Resource Center, "Mortality Analysis", <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality> Accessed on 5 June 2020.

faible nombre de tests effectués et, sans doute plus important encore, la nette implosion du système de santé national². Lors de l'écriture de cet article, le Brésil faisait face à une catastrophe sanitaire publique sur le point d'échapper à tout contrôle. Les taux de mortalité sont sous-évalués quasiment partout, mais cela est encore plus fréquent dans les pays de l'hémisphère sud, où l'accès aux soins est plus précaire et où les mécanismes de diagnostic et de signalement sont moins bien financés et mis en œuvre. Les inégalités qui caractérisent la fourniture des soins de santé publique sont faciles à identifier: la plupart des pays africains n'ont que quelques respirateurs artificiels (ou n'en ont pas un seul, comme c'est le cas pour certains États), disposent de réserves en oxygène limitées et, plus simplement, manquent d'eau potable et de savon³. Par ailleurs, les effets indirects de la crise de la Covid-19 sont tout aussi terrifiants: pour les secteurs reposant sur l'export ou les industries tournées vers l'extérieur comme le textile, de même que pour certains types de production et le secteur du tourisme, la ruine est quasi totale. Des Massaïs du Kenya, qui dépendent du tourisme de safari, jusqu'aux travailleuses de l'industrie du textile du Bangladesh, programmée pour fournir en vêtements tous les revendeurs des pays riches, les vies de nombreuses personnes travaillant dans ces industries ont été brisées. Et les modes de subsistance liés à des activités locales n'ont pas nécessairement été épargnés, à l'image de ces millions d'Indiens employés dans des usines locales, dans de petits commerces ou en tant que personnel de maison, qui retournent dans leurs villages d'origine, situés parfois à plus de 1 000 kilomètres des métropoles dans lesquelles, à peine

limited oxygen reserves, and, more basically, a lack of clean water and soap³. The indirect effects of the Covid-19 crisis are equally horrifying: sectors based on export or externally-oriented industries such as textiles, along with certain types of manufacturing and tourism have been all but wiped out. From the Maasai in Kenya, reliant on safari tourism, to female garment workers in Bangladeshi factories geared to provide apparel to retailers in affluent countries, the lives of many people working in such industries have been shattered. Locally sourced incomes have not necessarily fared better – witness the millions of Indians employed in local manufacture, small businesses and as household helpers now taking to the road to trek back to their home villages, at times more than a thousand kilometres away from the metropolises where they were striving for a better life a few short months ago. People who were looking to take advantage of upward mobility in the world's cities are now hoping to find food for the day. Hunger is looming not only in the poorest countries but also in middle income countries.

The contested humanitarian lens in the Global North

There is no doubt that humanitarians must step in to save lives and confer some sort of dignity to such people in dire need, and this is also being done, often with admirable courage. But seeing this as a question of just saving "bare life", to borrow Giorgio Agamben's expression, would be a tragedy in and of itself. Viewing this disaster through the prism of humanitarianism misses some of its key dimensions, its crucial causes and implications.

This argument has already been forcefully made in the Global North. There is an intense political discussion in northern

— 2. Johns Hopkins Corona Virus Resource Center, "Mortality Analysis", <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>, consulté le 5 juin 2020.

— 3. Ruth Maclean and Simon Marks, "10 African Countries Have No Ventilators. That's Only Part of the Problem", *The New York Times*, 18 April, updated 17 May 2020, <https://www.nytimes.com/2020/04/18/world/africa/africa-coronavirus-ventilators.html>

— 3. Ruth Maclean and Simon Marks, "10 African Countries Have No Ventilators. That's Only Part of the Problem", *The New York Times*, 18 April, updated 17 May 2020, <https://www.nytimes.com/2020/04/18/world/africa/africa-coronavirus-ventilators.html>

quelques mois plus tôt, ils aspiraient à trouver une vie meilleure. Les personnes qui pensaient profiter de l'ascenseur social dans les grandes mégapoles mondiales espèrent désormais réussir à trouver de quoi se nourrir au quotidien. La faim menace non seulement les pays les plus pauvres, mais également les pays à revenu intermédiaire.

Une perspective humanitaire contestée dans l'hémisphère nord

Il est évident que les personnels humanitaires doivent agir dans le but de sauver des vies et de rendre une certaine dignité aux personnes qui vivent dans des situations extrêmement difficiles, et c'est bien ce qu'ils font, souvent avec un courage admirable. Cela dit, considérer qu'il s'agit simplement de sauver des « vies nues », pour reprendre les mots de Giorgio Agamben, serait en soi une tragédie. Envisager cette catastrophe au travers du prisme de l'humanitarisme omet de prendre en compte certains aspects essentiels, ainsi que ses principales causes et implications.

Cet argument a déjà été vigoureusement défendu dans l'hémisphère nord. Dans les pays du Nord, un vif débat politique porte sur la manière d'interpréter et d'analyser cette crise, et sur les conclusions que l'on peut en tirer. Ce débat vise essentiellement à repousser les interprétations au-delà des aspects purement médicaux, épidémiologiques, humanitaires ou liés au confinement. Les questions posées touchent aux fondements de l'organisation de nos sociétés, de nos économies et de notre rapport à la nature : à la base, la Covid-19 est-elle une crise environnementale, une manifestation de liens contre nature entre les humains et les espèces animales ou de l'empiétement de l'homme sur les habitats sauvages qui a mené à la crise ? Le taux de mortalité inégal, et en particulier la surreprésentation des minorités ethniques et socialement désavantagées, est-il le résultat d'inégalités structurelles bien enracinées dans les zones les plus riches du monde ? Les systèmes publics de santé européens et nord-américains

States on how to interpret and frame this crisis and what conclusions to draw from it. The essence of this debate has been to pull interpretations away from the purely medical, epidemiological, humanitarian and lockdown-related aspects. The questions raised touch the fundamental ways that our societies, our economies and our relationship to nature are organised: is Covid-19 fundamentally an environmental crisis, a manifestation of the unnatural links between humans and animal species or of human encroachment on wildlife habitats that led to the crisis? Is the unequal death toll – and in particular the over-representation of the socially disadvantaged and ethnic minorities – the result of entrenched structural inequities in the richest parts of the world? Are the strained, and in many cases overwhelmed, European and North American public healthcare systems proof of the failure of dominant neoliberal economic models, with their primacy put on efficiency and just-in-time restocking, and with a web of supply chains stretching around the world? Is it right that “key workers” are often among the least well remunerated? Are government responses that focus on businesses appropriate and just, when such businesses provide generous dividends to their shareholders and lavish lifestyles to their managers but do not have the three to four months' worth of savings expected from an ordinary worker to stay afloat and keep their entire workforce intact? Should we instead, like Spain, be moving towards a basic universal income? In essence, how should we respond and what should the post-Covid world look like? Julie Billaud has argued that the Global North must avoid a humanitarian reading of the Covid-19 crisis. For her, the imposition of a state of emergency and the emphasis on biomedical measures are proof that Western governments prefer to interpret the crisis as a mere “humanitarian” or “technical”, rather than political, matter. This view encourages not only an obfuscation of the issues raised above but also

mis sous pression, et bien souvent dépassés, sont-ils la preuve de l'échec des modèles économiques néolibéraux dominants, qui reposent sur l'efficacité et l'approvisionnement « just-in-time », via un réseau de chaînes d'approvisionnement qui s'étend aux quatre coins du monde ? Est-il juste que les « métiers indispensables » soient souvent les moins bien rémunérés ? Les réponses gouvernementales qui mettent l'accent sur les entreprises sont-elles justes et appropriées, alors même que ces entreprises offrent de généreux dividendes à leurs actionnaires et des trains de vie opulents à leurs managers, mais ne disposent pas des économies que tout travailleur ordinaire se doit d'avoir pour pouvoir tenir trois ou quatre mois sans couler et en conservant tout leur personnel ? Devrions-nous plutôt, à l'instar de l'Espagne, nous orienter vers un revenu universel de base ? Au fond, comment devrions-nous réagir, et à quoi devrait ressembler le monde post-Covid ? Julie Billaud défend l'argument selon lequel les pays de l'hémisphère nord doivent éviter de recourir à une grille de lecture humanitaire pour analyser la crise de la Covid-19. Selon elle, le fait d'avoir imposé un état d'urgence, puis mis l'accent sur les mesures biomédicales, prouve que les gouvernements occidentaux préfèrent interpréter la crise comme une simple thématique « humanitaire » ou « technique », et non pas comme un sujet politique. Dans tous les pays de l'hémisphère nord, cette perspective favorise non seulement l'obscurcissement des questions que nous avons soulevées précédemment, mais aussi la prise de décisions profondément politiques en se basant sur l'expertise⁴.

Le débat dans les pays de l'hémisphère sud et leur voisinage

Comme nous pouvons le constater, les arguments politiques qui, pour reprendre les craintes de Julie Billaud, auraient pu ne pas être pris en compte

the taking of deeply political decisions in the name of expertise throughout the Global North⁴.

The debate in and around the Global South

The political arguments which Billaud feared would not be had in the North are, as we are seeing, thankfully being made, although the battle of ideas is far from being won by any one side. The contention here is that this debate is equally urgent in and around the Global South, although it has been largely stifled to date. It is important that such a debate is not, as tends to be the case, drowned out by the complexity of immediate human distress and want, or by the usual calls for more aid and debt forgiveness, however useful. In fact, one of the few initiatives bridging the North-South divide so far has been in favour of debt relief. This idea has been championed amongst others by a global initiative of parliamentarians who called for "extensive debt forgiveness" in a letter to the heads of the IMF and the World Bank⁵. Similarly, humanitarians have appealed against a drop in aid levels⁶. However, what is missing in such appeals are the more fundamental issues. Debts are crippling some poor countries, yes, humanitarian funding levels are at risk, yes, but the need for debt forgiveness and humanitarian aid are only manifestations of deeper political and economic problems.

Essentially, the questions posed in the Global South are not entirely dissimilar from those posed in the Global North. They pertain to economic inequalities, ethnicity, and structures of racism – in

— 4. Julie Billaud, "Coronavirus: Less Humanitarianism, More Politics!", *Allegra lab*, 25 March 2020, <https://allegralaboratory.net/coronavirus-less-humanitarianism-more-politics-corona>

— 4. Julie Billaud, "Coronavirus: Less Humanitarianism, More Politics!", *Allegra Lab*, 25 March 2020, <https://allegralaboratory.net/coronavirus-less-humanitarianism-more-politics-corona>

— 5. "Intl Delegation Letter to IFIs on Debt Forgiveness for IDA Countries", <https://www.sanders.senate.gov/download/ifi-letter?id=D3601AD9-E5CB-4E1E-9FC3-7F1936C70706&download=1&inline=file>

— 6. Raphael Gorgeu, "The world tomorrow: COVID-19 and the new humanitarian", *Humanitarian Law and Policy Blog*, 20 May 2020, <https://blogs.icrc.org/law-and-policy/2020/05/20/the-world-tomorrow-covid-19-new-humanitarian>

dans l'hémisphère nord, ont heureusement été formulés, bien que la bataille idéologique soit loin d'être gagnée par l'une ou l'autre des parties. Sur ce point, la controverse tient au fait que ce débat est également urgent dans les pays de l'hémisphère sud et leur voisinage, même s'il y a été majoritairement étouffé jusqu'à présent. Il est important qu'un tel débat ne soit pas, comme cela a tendance à se faire, complètement noyé dans la complexité de la détresse humaine et des besoins immédiats, ou encore parmi les traditionnelles demandes visant à augmenter l'aide et à annuler la dette, quelle que soit l'utilité de ces requêtes. De fait, jusqu'à présent, l'une des rares initiatives visant à combler le fossé nord-sud est favorable à l'allègement de dette. Cette idée a notamment été portée par une initiative mondiale lancée par un groupe de parlementaires appelant à « une généralisation de l'annulation de la dette » dans un courrier adressé aux dirigeants du FMI et de la Banque mondiale⁵. De la même manière, les personnels humanitaires ont protesté face à la baisse des niveaux d'aide⁶. Toutefois, ces demandes n'abordent pas les questions plus fondamentales. Oui, il est vrai que certains pays pauvres croulent sous les dettes, et, oui, il est tout aussi vrai que les financements attribués au secteur humanitaire sont mis à mal. Mais la nécessité d'annuler la dette et celle de fournir une aide humanitaire ne sont que les manifestations de problèmes politiques et économiques plus profonds.

À la base, les questions qui se posent dans les pays de l'hémisphère sud ne sont pas complètement étrangères à celles de l'hémisphère nord. Elles sont liées aux inégalités économiques, à l'origine ethnique et à la nature structurelle

the case of the Global South across States as well as internally within them. They also include the inadequacy of social security and safety nets, the state of public healthcare and the fulfilment of social and economic rights writ large within the context of the current global economic system. Overarching all this is the looming threat of environmental collapse and destruction. Such questions have indeed been raised across the Global South. Thus, a joint appeal by a number of African thinkers pointed at African middle and upper classes' lack of consideration for the dire economic, sanitary and health situation of their poorest fellow citizens. They stressed that the Covid-19 crisis is a moment for deeper reform – more narrowly of the health sector, and more broadly of national political systems and development models, looking for collaborative solutions for the African continent⁷.

« Les gouvernements occidentaux préfèrent interpréter la crise comme une simple thématique "humanitaire" ou "technique", et non pas comme un sujet politique. »

"Western governments prefer to interpret the crisis as a mere 'humanitarian' or 'technical', rather than political, matter."

Such concerns have found echo in some of the initial reports and pronouncements of international institutions and campaigning NGOs. Thus, for instance, UN Assistant Secretary-General Kanni Wignaraja has called for "bolder ideas" to tackle the effects of Covid-19 on the poorest, including a basic universal

— 5. "Intl Delegation Letter to IFIs on Debt Forgiveness for IDA Countries", <https://www.sanders.senate.gov/download/ifi-letter?id=D3601AD9-E5CB-4E1E-9FC3-7F1936C70706&download=1&inline=file>

— 6. Raphael Gorgeu, "The world tomorrow: COVID-19 and the new humanitarian", *Humanitarian Law and Policy Blog*, 20 May 2020, <https://blogs.icrc.org/law-and-policy/2020/05/20/the-world-tomorrow-covid-19-new-humanitarian>

— 7. « Aux dirigeants du continent africain : face au Covid-19, il est temps d'agir ! » *Mediapart*, 13 avril 2020, <https://blogs.mediapart.fr/les-invites-de-mediapart/blog/130420/aux-dirigeants-du-continent-africain-face-au-covid-19-il-est-temps-dagir>

du racisme, que ce soit entre les États de l'hémisphère sud ou en leur sein même. De plus, elles intègrent le caractère inadéquat de la sécurité sociale et des filets de sécurité, l'état du système de santé publique et le respect des obligations relatives aux droits économiques et sociaux dans le contexte du système économique mondial actuel. Au-dessus de tout cela planent les menaces d'effondrement et de destruction sur le plan environnemental. Des questions de ce genre ont bel et bien été soulevées dans l'ensemble des pays du Sud. Ainsi, un appel conjoint lancé par plusieurs analystes africains a pointé du doigt le fait que les classes moyennes et supérieures du continent africain ne tiennent pas compte de la détresse économique, sanitaire et médicale des groupes les plus pauvres de leurs sociétés. Ils ont insisté sur le fait que la crise de la Covid-19 est un moment propice à une réforme plus profonde, en particulier du secteur de la santé, et plus largement des systèmes politiques et des modèles de développement nationaux, dans le but de trouver des solutions collaboratives pour le continent africain⁷.

Certains rapports préliminaires et d'autres déclarations faites par des institutions internationales et des ONG en campagne ont fait écho à ces préoccupations. À titre d'exemple, c'est ainsi que la Sous-Secrétaire générale de l'ONU, Kanni Wignaraja, a appelé de ses vœux « des idées plus audacieuses » afin de lutter contre les effets de la Covid-19 sur les populations les plus pauvres, en mentionnant notamment le concept de revenu universel de base⁸. Dans une analyse conjointe des conséquences de la Covid-19 sur le travail des enfants, l'OMT et l'UNICEF ont mis l'accent sur les réponses-clés que constituent la

income⁸. In a joint analysis of the consequences of Covid-19 on child labour, the ILO and UNICEF emphasised social protection, labour market reform, international human and labour rights, and justice as key responses⁹. Others have focused on demanding wholesale rethinking of specific global industries, such as the garment industry, in order to move in a more equitable direction¹⁰. Many of the main global agencies working on renewable energy and resource management have urged governments to invest in renewable energy to kick-start economic growth post-Covid-19¹¹. There are also appeals from other quarters for a thorough transformation of global agri-food systems, including localisation of production and more government intervention. So far, however, such calls have appeared more in the specialised press and not reverberated in the public debate to the same extent as the calls for change inside the Global North.

Political humanitarianism is not where you think

In tackling Covid-19, war metaphors have abounded, and presidents and prime ministers have posed themselves as generals and commanders-in-chief. However, this is obviously not an armed conflict. Thus, governments cannot, as they sometimes do, reasonably claim that humanitarians are siding with the enemy: the enemy

— 7. « Aux dirigeants du continent africain : face au Covid-19, il est temps d'agir ! », *Mediapart*, 13 April 2020, <https://blogs.mediapart.fr/les-invites-de-mediapart/blog/130420/aux-dirigeants-du-continent-africain-face-au-covid-19-il-est-temps-dagir>

— 8. Kanni Wignaraja, "The need for universal basic income", UNDP blog, 6 May 2020, <https://www.undp.org/content/undp/en/home/blog/2020/the-need-for-universal-basic-income.html>

— 8. Kanni Wignaraja, "The need for universal basic income", UNDP blog, 6 May 2020, <https://www.undp.org/content/undp/en/home/blog/2020/the-need-for-universal-basic-income.html>

— 9. ILO and UNICEF, "COVID-19 and child labour: A time of crisis, a time to act", 2020, <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/COVID-19-and-Child-Labour-publication.pdf>

— 10. Meg Lewis, "Opinion: The fashion industry must learn from coronavirus", *Thomson Reuters Foundation News*, 24 April 2020, <https://news.trust.org/item/20200424064703-2ftug>

— 11. Jillian Ambrose, "Green energy could drive Covid-19 recovery with \$100tn boost", *The Guardian*, 20 April 2020, <https://www.theguardian.com/environment/2020/apr/20/green-energy-could-drive-covid-19-recovery-international-renewable-energy-agency>

protection sociale, la réforme du marché du travail, le droit du travail et les droits humains internationaux, ainsi que la justice⁹. D'autres acteurs ont demandé avec insistance un remaniement global de certaines industries mondiales bien précises, comme le textile, afin de s'orienter vers une voie plus équitable¹⁰. Parmi les principales agences mondiales du domaine des énergies renouvelables et de la gestion des ressources, beaucoup ont exhorté les gouvernements à investir dans les énergies renouvelables afin de relancer la croissance économique après la crise de la Covid-19¹¹. En outre, d'autres acteurs ont appelé à une transformation profonde des systèmes agroalimentaires mondiaux, y compris par le biais de la localisation de la production et d'une action gouvernementale plus forte. Cela dit, ces appels ont jusqu'à présent surtout été publiés dans la presse spécialisée, mais n'ont pas résonné dans le débat public comme les appels au changement lancés dans les pays de l'hémisphère nord.

L'humanitarisme politique n'est pas là où vous pensez qu'il se trouve

Dans la lutte contre la Covid-19, beaucoup de métaphores belliqueuses ont été utilisées, et les présidents et Premiers ministres ont adopté l'attitude de généraux et commandants en chef. Pourtant, il ne s'agissait évidemment pas d'un conflit armé. Aussi n'est-il pas acceptable que les gouvernements déclarent, comme il leur arrive parfois de le faire, que les personnels humanitaires prennent le parti de l'ennemi, car l'ennemi est un virus. L'argument utilitaire

is a virus. So the utilitarian argument for neutrality – used to convince recalcitrant armed actors to grant humanitarian access – falls to the wayside. Neutrality as a philosophical stance – not engaging in controversies of a political nature because humanitarianism looks to reach over and beyond them – is, in the Covid-19 case, impossible to adopt. This is because a purely technical, medical and epidemiological stance is, as we have seen, one of the most political of stances in the current circumstances. It encourages a certain set of international responses, which do not question structural inequalities and the ways of the pre-Covid-19 world, in order to gain dominance. Given the moral authority of humanitarian organisations, their silence and emphasis on the technical and short-term risks legitimise the *status quo ante* as something to strive for and return to. Their voices are much needed in a debate that to date has been too timid across the North-South divide.

People in the Global North have been so consumed by the repercussions of Covid-19 in their own little world that what is happening further afield has receded even further than usual into the background. As a consequence, there is even less pressure than in normal times for governments, international organisations and non-governmental actors to act in the longer-term interest of the peoples of the Global South. This fact,

« Si les acteurs du secteur humanitaire se contentent de permettre aux populations de l'hémisphère sud de retrouver une vie normale, ils deviennent alors une force conservatrice, et non plus progressiste. »

"If humanitarians settle for making it possible for people in the Global South to go back to their normal life, they become a conservative and no longer a progressive force."

— 9. ILO and UNICEF, "COVID-19 and child labour: A time of crisis, a time to act", 2020, <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/COVID-19-and-Child-Labour-publication.pdf>

— 10. Meg Lewis, "Opinion: The fashion industry must learn from coronavirus", *Thomson Reuters Foundation News*, 24 April 2020, <https://news.trust.org/item/20200424064703-2ftug>

— 11. Jillian Ambrose, "Green energy could drive Covid-19 recovery with \$100tn boost", *The Guardian*, 20 April 2020, <https://www.theguardian.com/environment/2020/apr/20/green-energy-could-drive-covid-19-recovery-international-renewable-energy-agency>

de la neutralité, utilisé pour convaincre les acteurs armés réfractaires à l'idée de laisser passer les personnels humanitaires, n'a donc plus lieu d'être. Dans le cas de figure de la Covid-19, la position philosophique de la neutralité – qui établit qu'il ne faut pas s'engager dans des controverses de nature politique, car l'humanitarisme a pour but de les surmonter et d'aller au-delà – est impossible à adopter. Cela s'explique par le fait qu'une posture qui resterait purement technique, médicale et épidémiologique est, comme nous l'avons vu, dans les circonstances actuelles, l'une des postures les plus politiques qui soient. En effet, elle favorise un certain nombre de réponses internationales, qui ne remettent pas en question les inégalités structurelles et les moyens du monde d'avant la crise Covid-19, dans l'objectif de prédominer. Étant donné l'autorité morale des organisations humanitaires, leur silence et leur insistance au sujet des risques techniques et à court terme rendent légitime le *status quo ante* comme un élément auquel aspirer et vers lequel retourner. Il est vraiment nécessaire que leurs voix s'élèvent dans un débat qui, jusqu'à présent, est resté trop discret de part et d'autre du clivage nord-sud.

Les populations des pays de l'hémisphère nord ont été tellement accaparées par les incidences de la Covid-19 sur leur petit monde qu'elles ont relégué encore plus loin à l'arrière-plan ce qui se trame au-delà de leur périmètre. En conséquence, les gouvernements, les organisations internationales et les acteurs non gouvernementaux sont encore moins mis sous pression qu'en temps normal en vue d'agir dans l'intérêt des populations des pays de l'hémisphère sud à long terme. Cela signifie également que la voix des organisations humanitaires sera plus importante que jamais à l'avenir. En effet, les débats relatifs aux changements plus profonds des systèmes agricoles, des relations commerciales, de l'accès aux soins de santé publique, de la garantie d'un revenu de base pour les plus pauvres

too, means that the voice of humanitarian organisations will be more important than ever in the future. Discussions on broader changes in agricultural systems, trade relations, public health provision, guaranteeing a basic income for the poorest, managing the natural world, etc. will quite possibly not be had without their participation. As noted by Didier Fassin, "All over the world people want to not just go back to their normal life... but beyond that, to live a different life, to have another model of society, which would not be based only on individualism, the search for profit, and the exploitation of the planet, but solidarity, social justice, and the protection of the environment"¹². Ultimately, if humanitarians settle for making it possible for people in the Global South to go back to their normal life, they become a conservative and no longer a progressive force in today's world.

— 12. Didier Fassin, interviewed by Joanne Lipman, "An Unprecedented Health Crisis: Didier Fassin on the Global Response to the Covid Pandemic", *Institute for Advanced Study*, 3 June 2020, <https://www.ias.edu/ideas/fassin-covid-global-response>

et de la gestion des milieux naturels, entre autres sujets, ne pourront sans doute pas avoir lieu sans elles. Comme l'a fait remarquer Didier Fassin, « partout dans le monde, les populations ne souhaitent pas simplement retrouver une vie normale... mais, au-delà de cet objectif, elles souhaitent changer de vie et construire un autre modèle de société, qui ne reposerait pas simplement sur l'individualisme, la recherche du profit et l'exploitation des ressources de la planète, mais sur la solidarité, la justice sociale et la protection de l'environnement¹² ». En définitive, si les acteurs du secteur humanitaire se contentent de permettre aux populations de l'hémisphère sud de retrouver une vie normale, ils deviennent alors une force conservatrice, et non plus progressiste, au sein de notre monde contemporain.

— 12. Didier Fassin, interviewed by Joanne Lipman, "An Unprecedented Health Crisis: Didier Fassin on the Global Response to the Covid Pandemic", *Institute for Advanced Study*, 3 June 2020, <https://www.ias.edu/ideas/fassin-covid-global-response>

Biographie | Biography



ANNA KHAKEE

Elle a rejoint le Département des relations internationales de l'Université de Malte en 2011. Elle est directrice du Réseau d'action humanitaire (NOHA) depuis 2014. Avant sa nomination, elle a travaillé comme chercheuse senior au Graduate Institute (IHEID) à Genève, en Suisse et pendant plusieurs années en tant que consultant pour des *think tank* et des organisations internationales, comme le Centre norvégien de consolidation de la paix (FRIDE), le Centre pour le contrôle démocratique des forces armées (DCAF) et le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD). Elle est titulaire d'un doctorat en science politique et relations internationales de l'IHEID. Elle a publié de nombreux articles, notamment dans le *Journal of North African Studies*, dans *Mediterranean Politics*, *Mediterranean Quarterly*, *Communist and Post-Communist Studies* ou *East European Politics and Societies*.

She joined the Department of International Relations at the University of Malta in 2011. She has served as its Network on Humanitarian Action (NOHA) Director since 2014. Prior to her appointment, she worked as a Senior Researcher at the Graduate Institute of International and Development Studies (IHEID) in Geneva, Switzerland and for several years as a consultant to think tanks and international organisations, including the Norwegian Peacebuilding Centre (FRIDE), the Geneva Centre for Security Sector Governance (DCAF), and the United Nations Development Program (UNDP). She holds a PhD in Political Science and International Relations from IHEID. She has published widely, including in the *Journal of North African Studies*, *Mediterranean Politics*, *Mediterranean Quarterly*, *Communist and Post-Communist Studies* and *East European Politics and Societies*.





TRANSITIONS

TRANSITIONS

Localisation de l'aide : situation actuelle du débat et possibles impacts de la crise de la Covid-19

Aid localisation: current state of the debate and potential impacts of the Covid-19 crisis

*Martin Vielajus et Jean-Martial Bonis-Charancle • Consultants
et enseignants à Sciences Po et à l'Université Paris-Descartes*



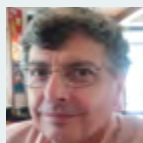
Le débat sur la localisation et, au-delà, sa mise en pratique pourraient-ils trouver un inattendu regain à la faveur de la crise sanitaire mondiale? Cette dernière est en tout cas l'occasion de dresser l'état de la question, un exercice auquel s'étaient livrés les deux auteurs juste avant que ne survienne la pandémie.

Could the debate about localising aid and actually putting it into practice undergo an unexpected resurgence due to the global health crisis? Either way, the Covid-19 crisis is an opportunity to review this idea, as the two authors of this article did just before the outbreak of the current pandemic.





MARTIN
VIELAJUS



JEAN-MARTIAL
BONIS-
CHARANCLE

Ces dernières années, la notion de « localisation » de l'aide a occupé une place de plus en plus importante dans le débat autour de l'aide internationale. Cette notion se traduit globalement comme la volonté de penser et de porter les actions d'urgence et de développement à partir des acteurs se trouvant « au plus près du terrain ». Une aide « plus proche », une aide « sans intermédiaires ».

En 2019, nous avons mené avec Coordination Sud et son ONGLab, une étude¹ visant à revenir sur les termes de ce débat et à « tester » la localisation à partir des pratiques de terrain. Il s'agissait notamment de questionner le décalage qui pouvait exister entre discours et réalités des pratiques. Dans le cadre de cette étude, nous avons pu interroger différentes ONG locales et internationales, en France, au Burkina Faso et au Bangladesh.

La récente crise de la Covid-19 aura nécessairement un impact sur la localisation, sans qu'il soit encore possible d'affirmer clairement sa nature et son ampleur. À court terme, certaines conséquences nous semblent d'ores et déjà assez évidentes :

- d'une part, le retrait d'une partie du personnel local comme expatrié des pays d'intervention et l'obligation du travail à distance des ONG internationales (ONGI) placent les organisations locales davantage en première ligne et renforcent des habitudes, des outils et des méthodes permettant ce travail à distance ;
- d'autre part, l'une des caractéristiques de la crise globale et multidimensionnelle de la Covid-19 est de laisser une forme de temps de répit pour la prévention et la préparation (au regard de l'urgence d'autres catastrophes humanitaires), ce qui permet de faire apparaître les atouts des acteurs locaux et la nécessaire proximité avec les communautés.

— 1. Jean-Martial Bonis-Charancle et Martin Vielajus, *La localisation de l'aide ; plus de proximité permet-il d'assurer l'autonomie des projets déployés ?*, 2019, <https://www.coordinationsud.org/wp-content/uploads/synthese-etude-localisation-aide.pdf>

In recent years, the concept of "localisation" has become increasingly prominent in debates about international aid. This term broadly refers to a commitment to consider and provide emergency and development aid through "grassroots" organisations. It aims to provide "closer aid", aid "without intermediaries".

In 2019, we carried out a study with Coordination Sud's ONGLab which was designed to reframe the terms of this debate and to "test" localisation through the practices on the ground¹. In particular, we wanted to see whether there were any major discrepancies between the theory of aid localisation and how it works in practice. As part of this study, we spoke to various local and international Non-Governmental Organisations (NGOs) in France, Burkina Faso and Bangladesh.

The recent Covid-19 crisis will inevitably have an impact on localisation, although it is not yet possible to say how significant these impacts will be or what form they will take. In the short term, the crisis has already had some obvious consequences:

- firstly, many NGO workers, both locals and expatriates, have been withdrawn from the intervention countries and have had to work remotely. This has placed local organisations in the front line to a greater extent than before. It has also meant that international NGOs (INGOs) have had to improve infrastructures and working practices to allow their employees to work remotely;
- secondly, the global Covid-19 crisis has provided the space to focus on prevention and preparedness for other humanitarian catastrophes. This has allowed them to recognise the strengths of local organisations with the necessary proximity to communities.

— 1. Jean-Martial Bonis-Charancle et Martin Vielajus, *La localisation de l'aide ; plus de proximité permet-il d'assurer l'autonomie des projets déployés ?*, 2019, <https://www.coordinationsud.org/wp-content/uploads/synthese-etude-localisation-aide.pdf>

Les acteurs locaux n'ont, de fait, jamais paru aussi incontournables. Mais à plus long terme, les scénarios d'évolution sont loin d'être écrits. Nous en sommes encore, au moment de l'écriture de cet article, à l'étape des incertitudes et des hypothèses quant à la manière dont la localisation sera affectée par cette crise, entre une accélération liée à la mise en avant des acteurs locaux et un affaiblissement des partenariats entre acteurs Nord et Sud, faute de financements.

Pour éclairer cette réflexion, nous proposons de revenir sur deux questions-clés : d'abord quelles ont été, jusqu'à présent, les motivations (et les résistances) des acteurs de l'aide internationale à avancer vers davantage de localisation ? Ensuite, que s'agissait-il de « localiser » et quels constats pouvait-on faire jusqu'à cette pandémie quant à l'avancée réelle d'une telle dynamique ? Nous pourrions ensuite réfléchir à la manière d'aborder aujourd'hui ce débat, dans un contexte nouveau qui va sans doute contribuer à rebattre en partie les cartes de la localisation.

Pourquoi localiser l'aide ?

Le projet de « localiser » l'aide a fait apparaître deux courants de pensée assez différents, chacun d'eux cherchant à promouvoir sa conception de la localisation selon des constructions argumentaires bien distinctes.

D'un côté, la localisation est vue comme un projet de renversement des rapports de pouvoir, un moyen de rééquilibrer les relations entre acteurs internationaux et locaux dans l'organisation de l'aide. Cette volonté de déplacement du pouvoir vers ces derniers se traduirait notamment par un déplacement du contrôle des ressources financières et de la décision. Les tenants de cette approche font souvent le constat d'une situation oligopolistique du secteur de l'aide, fonctionnant sur un modèle assez uniforme, et mettent en avant la nécessité d'une « désoccidentalisation de l'aide ». De l'autre, la localisation est conçue comme une réponse aux enjeux d'efficacité de l'aide et un moyen de diminuer les « coûts de transaction ».

In fact, local organisations have never seemed so essential, but over the longer term, it is unclear how current localisation scenarios will develop. At the time of writing, we can only hypothesise as to how aid localisation will be affected by the Covid-19 crisis. Will it accelerate as local actors come to the fore? Or will the partnerships between north and south be weakened due to a lack of funding?

In order to clarify this discussion, we would like to focus on two key questions. Firstly, what factors have encouraged (or discouraged) international aid organisations from participating in localisation so far? Secondly, until this pandemic struck, what did "localisation" involve and what observations could be made as to the real progress of such a dynamic? We can then think about how this debate should be approached, in a new context which will undoubtedly transform thinking around localisation.

Why localise aid?

Two different lines of reasoning have been advanced for localising aid, each presenting a distinct vision of what localisation is and justification for why it is necessary.

On the one hand, localisation can be seen as a way to redress power imbalances, as a means to recalibrate relationships between international and local actors in the organisation of aid. This commitment to empower local actors is reflected through greater control of financial resources and increased power in decision-making. Proponents of this approach frequently note the existence of an oligopoly of aid organisations with similar operational structures, and instead advocate "de-westernising aid". On the other hand, localisation is considered as a pragmatic measure that minimises the "transaction costs" of aid. It is conceived of as a way of making aid more efficient by bypassing intermediary brokers, particularly international NGOs with expensive transaction costs. In this case, localisation is justified primarily through a cost/benefit analysis of aid distribution.

Elle apparaît alors comme une forme de « désintermédiation » de l'aide, consistant à contourner les ONG internationales pour éviter le poids de leurs coûts de transaction. Il s'agit avant tout de trouver un meilleur « rapport qualité/prix » dans la distribution de l'aide.

Dans le débat autour de la localisation, ces deux approches coexistent et s'entremêlent largement, même si chacune amène à des raisonnements et à des compréhensions bien différents quant à sa mise en œuvre effective. À l'inverse, un certain nombre de limites sont avancées, principalement par les ONGI, face à la promotion de la localisation. Nous en retenons trois :

- la mise en avant d'une vision trop binaire de la solidarité internationale qui opposerait ONG « du Nord » et « du Sud », alors même que la réalité est celle d'une diversité des modes d'organisation : internationalisation des équipes et de la gouvernance des ONG, construction de réseaux internationaux, décentralisation de la décision, etc. ;
- le risque de promouvoir, au nom de la localisation, une logique du « chacun chez soi », qui irait à l'encontre d'une collaboration entre sociétés civiles et priverait les acteurs locaux de l'expérience internationale des ONGI ;
- l'exigence de contrôle des bailleurs, et la volonté de ces derniers de soutenir des projets de grande ampleur, qui s'accordent mal avec la faible capacité d'une partie des acteurs locaux à porter ce type de projets en direct. Cette exigence pousse, de fait, les bailleurs à chercher, à travers les ONGI, des « garantes » de la bonne conduite des projets.

En réalité, l'erreur consisterait à penser la localisation de l'aide comme une dynamique homogène, qui se traduirait de la même manière partout, pour tous les projets et tous les partenaires. Notre étude a permis de montrer à quel point la localisation est dépendante d'une série de variables, notamment :

- la situation des acteurs locaux de la société civile : quelle solidité ? Quelle structuration ? Quelle indépendance ?

These two perspectives coexist and broadly overlap in debates about localisation, although each is based on distinct lines of reasoning and require very different forms of implementation. Conversely, a number limits to localisation have been put forward, particularly by INGOs. Here, we have highlighted three key criticisms:

- it promotes an overly binary vision of international solidarity, based on a division between “Northern” and “Southern” NGOs. This ignores the diverse forms of organisation that exist in reality. It does not take into account NGOs' internationalised teams and governance structures, the development of international networks or the existence of decentralised decision-making structures;
- the drive for localisation threatens to encourage a parochial mentality which could undermine cooperation between civil societies and deprive local actors of the international expertise of INGOs;
- funders seeking to support ambitious projects may be sceptical about local organisations' capacities to carry out these projects alone. Due to a desire for quality control, project backers often prefer to work with INGOs, seen as guarantors of a project's success.

In reality, aid localisation is not a uniform phenomenon that occurs in the same way regardless of location or the project or organisations involved. Our study indicated that localisation varies greatly depending on a number of factors, including most importantly:

- the state of local civil society organisations: how capable, well-structured and independent are they?
- the local political context: how open is the region to international aid and foreign NGOs? How open is local civil society?
- the nature of the project: what is the project's timeframe? What level of technical expertise does it require? What sort of funds are supporting it: local, national or international?
- the capacities of local partners: what operational, managerial and reporting abilities do they have?

–le contexte politique local: quelle ouverture à l'aide internationale et aux ONG étrangères? Quelle ouverture de l'espace civique?

–la nature du projet: quelle temporalité du projet? Quel niveau d'expertise technique mobilisée dans l'intervention? Quels types de fonds mobilisés (locaux, nationaux, internationaux)?

–la nature du partenaire local: quelles capacités de mise en œuvre, de gestion et de *reporting*?

–la nature de l'ONGI impliquée: quel modèle économique (fonds propres importants ou dépendance aux financements de projets par des bailleurs institutionnels)? Quelle culture d'intervention et de collaboration?

Quels constats sur l'avancée d'une dynamique de localisation?

Pour faire le bilan de la localisation sur une série de projets, notre première question a été la suivante: que cherche-t-on réellement à localiser? L'expression « localisation de l'aide » renvoie en effet généralement au principe d'un financement accessible directement aux organisations et institutions locales. Toutefois, partout où le débat s'ouvre autour de cet enjeu, la définition est rapidement considérée comme trop étroite. Les *think tank*, ONG et plates-formes impliquées dans le débat² ont donc souvent cherché à préciser les différentes dimensions de la localisation à prendre en compte. Nous proposons de retenir trois dimensions de cette localisation pour faire le bilan de leurs avancées respectives.

Le projet est-il localisé?

Un décalage subsiste souvent entre le niveau important de localisation des activités (prise en charge directe d'une grande partie des activités par des parties prenantes locales) et le niveau encore assez faible de localisation des financements et du pilotage stratégique du projet. De ce décalage peut naître une frustration des organisations locales partenaires, notam-

– the type of INGO involved: what is its economic model? Does it have substantial funds of its own or does it rely on project-based funding from other institutions? What kinds of projects and partnerships does it specialise in?

What were the observations about the progress of localisation projects?

We evaluated aid localisation by looking at a number of sample projects, first trying to establish exactly what each project sought to localise. The expression "aid localisation" is often understood to mean making funding directly accessible to local organisations and institutions. However, in all the debates about localisation, this definition is quickly deemed too narrow to be helpful. Think tanks, NGOs and other organisations involved in the debate have frequently tried to specify the different aspects of localisation that must be taken into consideration². We suggest three different aspects of this localisation that should be considered when evaluating their respective progress.

Is the project localised?

Projects are often characterised by a division between a significant level of localised on-the-ground intervention carried out directly by local actors on the one hand, and still fairly low levels of non-localised funding and strategic management of the project on the other. This discrepancy can cause frustration among local partners, particularly those with strong operational capacities and managerial structures. Local actors may feel they have been reduced to the role of providers and denied the opportunity to bring valuable input to strategic management decisions.

— 2. Notamment Overseas Development Institute (ODI), Network for Empowered Aid Response (NEAR), le Groupe URD, Shifting the Power Project, International Council of Voluntary Agencies (ICVA).

— 2. In particular the Overseas Development Institute (ODI), Network for Empowered Aid Response (NEAR), Groupe URD, Shifting the Power Project and International Council of Voluntary Agencies (ICVA).

ment de la part des plus solides et structurées. Ces dernières peuvent se sentir placées en simple position d'exécution, alors qu'elles considèrent avoir des apports à faire sur l'orientation des projets.

La capacité et la visibilité des acteurs à porter ce projet sont-elles localisées ?

Le renforcement des capacités des partenaires locaux reste très dépendant de la stratégie d'intervention de l'ONGI. Le risque étant, pour certains projets, de limiter avant tout le renforcement aux capacités techniques nécessaires à la mise en œuvre des activités, sans chercher à favoriser le renforcement organisationnel et l'autonomisation progressive du partenaire. Les revendications locales se multiplient pour que les organisations locales bénéficient davantage d'outils de renforcement de leurs structures (frais administratifs ; financements non affectés ; etc.) et pour que leur visibilité soit augmentée.

La demande est-elle localisée ?

Cette dimension de la localisation renvoie à la quête d'une plus grande participation des citoyens dans la co-construction des interventions. Cette quête se heurte à deux écueils. Tout d'abord celui de l'aspiration de certaines ONG locales par les cadres et les exigences extérieures dans la construction de leurs objectifs et de leurs activités. Celui ensuite de la recherche du « toujours plus local », en partant du principe que la localisation ne sera aboutie que lorsque la relation sera directe entre l'organe bailleur et le bénéficiaire de l'aide. Pour faire progresser la localisation « par la demande » en contrôlant ces deux risques, il s'agirait de commencer par accompagner l'élaboration locale de la demande pour s'intéresser ensuite seulement à la question de l'organisation (nationale ou internationale) à même de répondre à cette demande.

La localisation à petits pas

Notre constat est que les organisations locales et internationales ont conscience d'avoir besoin les unes

Does the localised project build the capacities and increase the visibility of local actors?

The extent to which a project builds the capacity of local partners is still highly dependent on the INGO's intervention strategy. Consequently, for certain projects capacity building is limited to consolidating the technical expertise necessary for the given project. These kinds of projects do not progressively increase the organisational capacities of local partners or enable them to work autonomously. Local actors are increasingly calling for greater structural development resources like administrative funds and non-earmarked funds, and greater levels of visibility.

Is demand localised?

This aspect of localisation refers to the need to ensure greater local participation in project development, also known as the "joint construction" of aid interventions. Efforts to ensure local participation have encountered two major obstacles. Firstly, local NGOs may be overwhelmed by external demands for them to focus energy on certain kinds of interventions. Secondly, these efforts can result in a never-ending quest to work ever more "locally", based on the idea that localisation has not been successfully achieved until the aid provider has a direct relationship with the recipient. To encourage the development of "demand-based" localisation while accounting for these two risks, we need to start by considering how demand for aid is expressed locally, and then evaluate the national or international organisations that respond to this demand.

Localisation in small steps

According to our observations, local and international organisations are aware that they need each other and generally see the strategic interest of mutual partnerships. Nonetheless, there have been growing calls for localisation in a number of countries. These demands for localisation have become particularly virulent in places with a strong civil society and a large number of active external organisations.

des autres et perçoivent la plupart du temps assez clairement l'intérêt mutuel d'un partenariat. Pour autant, le débat sur la localisation prend de l'ampleur dans un certain nombre de pays, de manière d'autant plus virulente si la société civile nationale est forte et les acteurs extérieurs sont nombreux.

Si les études de terrain ne relèvent pas de conflit ouvert autour de cet enjeu, elles font toutefois le constat assez clair d'un décalage dans les perceptions des avancées de la localisation de l'aide, entre les ONGI et leurs partenaires locaux. Nombreuses sont les ONGI pensant avoir déjà fait de grands pas en direction de la localisation, en raison de l'évolution de leurs pratiques partenariales ou de leur structuration internationale. De leur côté, les partenaires locaux reconnaissent souvent des changements positifs dans les pratiques ou les modes d'organisation, mais soulignent la faible évolution dans les équilibres de pouvoir et la répartition des responsabilités stratégiques.

Sur le terrain, on observe donc souvent un blocage dans la progression d'un grand nombre de dimensions de la localisation, mais aussi une tendance de chaque partie (bailleur, ONGI, partenaire local) à se « renvoyer la balle » en plaçant sur les autres la plupart des freins qui empêcheraient une localisation plus poussée. La question est donc de savoir comment sortir de l'impasse.

Quelles pistes de réflexion ?

Il importe d'abord de sortir de la seule question de l'orientation des financements des projets, pour réfléchir plus largement à ce qui doit être « localisé ». Le débat autour de la localisation de l'aide ne prend de la hauteur que si l'on considère en même temps la localisation du « projet », celle des « capacités » à le porter et celle de la « demande » qui fait émerger ce projet. Chaque dimension apparaît en réalité comme un préalable à la possibilité d'une dynamique de localisation et comme une condition de succès pour les deux autres. Il faut donc s'assurer que le débat est abordé

Although our fieldwork did not reveal any cases of open conflict around this issue, it did identify considerable discrepancies between INGOs' and local partners' perceptions of the extent to which localisation had taken place. Many INGOs claimed to have taken major steps towards localising their aid efforts, by rethinking their choices of partners and adjusting their international organisational structures. On the other hand, while local partners often acknowledge that there have been some positive changes in terms of practices or organisation, they complain that general power balances have not shifted and responsibility for strategic decision-making is still shared unequally.

On the ground, we noted that many aspects of localisation seem to have stalled. Project funders, INGOs and local organisations blame each other for these blockages, each claiming that others are at the root of the problems that have hampered localisation. A way needs to be found out of this impasse.

« Le débat sur la localisation prend de l'ampleur dans un certain nombre de pays. »

"There have been growing calls for localisation in a number of countries."

New avenues to explore

It is essential that the question of localisation is no longer considered exclusively from a financial angle. Instead, we need to start thinking more broadly about what should be "localised". A proper debate on localising aid should consider how capacities to deliver projects and the demand for projects can be localised, as well as the projects themselves. Each of these elements is essential for a successful dynamic of localisation. Without any one of these three elements, localisation cannot be carried out successfully. We therefore need a comprehensive debate about lo-

dans sa globalité, en s'appuyant sur une vision partagée de « l'écosystème de localisation ». Sortir du seul cadre projet nécessite, entre autres, d'interroger les instruments de soutien des bailleurs. Pour aborder la localisation dans sa globalité, il est nécessaire d'explorer le développement d'outils de financement et d'accompagnement « hors projets » centrés sur : l'autonomisation des capacités et de la visibilité des organisations locales ; une logique de construction locale de la demande ; et le principe de complémentarité entre acteurs du Nord et du Sud.

Il s'agit ensuite d'interroger le modèle d'intervention des ONGI. La localisation met au défi leur modèle de base, construit notamment sur le contrôle et la maîtrise de trois dimensions-clés de leur légitimité : l'accès aux financements, l'expertise et la visibilité/influence. Dans une perspective de localisation de l'aide, le défi des ONGI est de passer d'une logique de contrôle/maîtrise à une logique de complémentarité et d'action collective :

- en passant de la maîtrise de l'accès aux financements, à une logique de coresponsabilité des projets, de cosignature des conventions auprès des bailleurs et de partage des risques ;
- en passant de la maîtrise de l'expertise, à une position de gestion des connaissances, avec des dispositifs de recueil et de circulation des connaissances de chacun, de capitalisations croisées ;
- en passant de la maîtrise de la visibilité et de l'influence à la mise en place de réseaux internationaux d'influence, permettant une visibilité partagée et une meilleure répartition des rôles de chacun, du niveau local à l'international.

La localisation de la « demande » reste sans doute la dimension la plus disruptive pour le modèle d'intervention des ONGI. Poussée à sa limite, elle introduit un renversement de paradigme et fait apparaître en pleine lumière un enjeu majeur pour les ONGI : se préparer à être choisi par des acteurs locaux plutôt que par des institutions de financement de l'aide.

calisation, based around a shared vision of an "ecosystem of localisation". Moving away from a solely project-based approach requires, among other things, rethinking funders' financial support mechanisms. In order to achieve comprehensive localisation, we need to explore how to develop non-project-based finance and support tools that are focused on building the capacities and increasing the visibility of local partners. Such tools should facilitate project development that answers to local demands and encourage projects carried out through equal partnerships of actors from the North and the South.

We also need to think about what form the INGOs' involvement should take. Localisation challenges the fundamental operational structure of INGOs, which is based on having exclusive control in three areas: access to funding, technical expertise, and visibility and influence. Localising aid means INGOs must move from a paradigm of organisational control to one of equal partnership and collective action. This could involve the following steps:

- instead of monopolising funding access, INGOs will have to view projects as joint ventures and be willing to co-sign funding contracts with other organisations and share management risks ;
- instead of having all the technical expertise, INGOs will have to coordinate multiple partners with different capacities. This will involve developing systems documenting different actors' competencies and allowing them to cooperate productively ;
- instead of being the only actors with institutional visibility and influence, INGOs will have to develop international networks that give other partners visibility. This will ensure exposure is shared and tasks are apportioned more fairly, on both a local and an international level.

The localisation of "demand" is undoubtedly the most disruptive aspect to INGOs' current modus operandi. If fully implemented, it could fundamen-

Quels impacts de la pandémie de la Covid-19 sur la localisation à plus long terme ?

La crise liée à cette pandémie a un effet indéniable d'accélération d'une série de tendances déjà à l'œuvre au cours de ces dernières années. De nombreux éléments de prospective que nous imaginions prendre toute leur place à l'horizon 2030 (en matière de financement, de répartition des rôles, de nature des projets, etc.) vont peut-être finalement s'imposer en quelques mois. Des procédures qui semblaient impossibles à modifier l'ont été en quelques jours (sur les décaissements, les modalités de reporting, etc.) et des flux massifs de fonds ont changé de direction très rapidement. Les acteurs locaux ont naturellement été considérés comme la « première ligne » de réponse à la crise (notamment par leurs actions de prévention et d'aide humanitaire), tandis que leurs partenaires internationaux les ont accompagnés à distance.

Une fois la phase aiguë de la crise passée, l'enjeu sera de ne pas revenir en arrière. Il faudra savoir s'appuyer sur les dynamiques et les acteurs qui auront émergé, partir des initiatives de solidarité locale et de la capacité de mobilisation des personnes dans leurs communautés. Le défi sera de repérer et de soutenir ces initiatives locales pour permettre la résilience des populations face à la crise dans la durée.

Il faudra faire le bilan des pratiques, des nouvelles manières de travailler (accompagnement à distance, diminution des voyages en avion) et des procédures mises en place pour faciliter l'action des acteurs locaux. Ce bilan permettra d'ancrer les points forts de ces pratiques dans une nouvelle normalité, avec un objectif d'accélération de la localisation.

Il faudra miser sur la complémentarité. Celle-ci pourra par exemple s'exprimer dans le cadre de réponses nationales, coordonnées, multisectorielles, mises en œuvre par des coalitions multi-acteurs, dont on constate qu'elles sont

tally transform how they work, requiring INGOs to compete to be selected for projects by local organisations rather than aid financing institutions.

What longer-term impacts will the Covid-19 pandemic have on localisation?

The Covid-19 crisis has accelerated a number of trends that were already evident in recent years. Certain changes that we initially thought would take effect by 2030 in terms of funding, allocation of responsibilities and project selection could instead become widespread within just a few months. Procedures that seemed impossible to modify have been changed in a couple of days, including those governing payments and reporting. Vast quantities of funds have been rapidly redirected. Local partners have naturally been perceived as being at the "frontline" of the response to the crisis, particularly through their preventative actions and distribution of humanitarian aid while international partners have supported them remotely.

Once the critical phase of the current crisis has passed, it is essential that we do not turn back the clock. Instead, we should take advantage of the new dynamics and actors that have emerged from the crisis. This means thinking about new local solidarity initiatives and people in local communities who have developed new organisational capacities. The challenge will be to identify and support those local initiatives, in order to help communities develop long-term resilience to crises.

We will need to study all the new working practices and procedures that have been developed to support local partners during the current crisis, including reduced international travel and increased remote support. Analysing these practices will allow us to identify the strengths that have been developed to cope with the "new normal" which can be used to accelerate processes of localisation.

nécessaires pour répondre à la crise de la Covid-19, au Nord comme au Sud. Les ONGI ont une position à occuper dans ces réponses, que ce soit pour y contribuer directement, pour les gérer et les animer, ou pour les connecter avec les stratégies globales. Le rôle de coordination et d'animation de dynamiques pluri-acteurs est l'une des forces aujourd'hui de nombreuses ONGI : elles peuvent se positionner en tiers de confiance neutre dans la construction de dynamiques locales et pousser les acteurs locaux à innover dans leurs actions ou à organiser l'échange d'expériences. Dans le domaine de l'influence également, il faudra rechercher et amplifier les complémentarités entre Nord et Sud.

La situation actuelle donne à voir, en réalité, une certaine manière d'appréhender la localisation : une localisation qui évite le chacun chez soi, qui assume l'existence d'enjeux globaux et qui reconnaît l'interdépendance des organisations locales et internationales dans la réponse à ces enjeux. Dans le même temps, cette crise interroge en profondeur le risque d'une localisation « subie » et « temporaire » qui ne remettrait pas en cause les déséquilibres de pouvoir observés dans une grande partie des partenariats et laisserait finalement les acteurs locaux affaiblis.

Face aux questions nouvelles posées par la localisation, les ONGI font partie de la solution. La volonté des organisations locales réside dans la transformation des relations, plutôt que la rupture avec les ONGI. Ce point de départ devrait être utilisé pour réfléchir à de nouvelles manières d'être utiles et solidaires, pour discuter de l'évolution du modèle de coopération avec les institutions bailleuses de fonds, et pour imaginer de nouveaux modèles de complémentarité Nord-Sud. La crise que nous traversons peut aussi servir à cela.

We need to prioritise equal partnerships. These partnerships could include, for example, the coordinated, national, multi-sector efforts implemented by multi-stakeholder coalitions that have been developed to respond to the Covid-19 crisis in both the north and south. INGOs have a role to play in these responses, whether by directly contributing to them, managing and coordinating them, or connecting them to international strategies. One of the strengths of many INGOs today is their capacity to coordinate and manage multiple actors. By positioning themselves as neutral, trusted third parties, INGOs can encourage local actors to innovate and share experiences with each other. In terms of influence, we also need to look for and increase equal partnerships between north and south.

The current situation has made one potential vision of localisation a reality. This kind of localisation is not parochial, but instead acknowledges the global nature of crises. It recognises the interdependence of local and international organisations in the response to these crises. At the same time, the current crisis presents the risk that localisation will only be seen as an "exceptional" or "temporary" solution, rather than something with the potential to redress the power imbalances inherent in a large number of aid partnerships. If this perspective becomes widespread, it will leave local actors in an even weaker position.

INGOs can help to answer the questions raised by the current localisation debate. Local organisations want to transform their relationships with INGOs, not to sever ties with them. This observation should be used as a starting point to imagine new ways of demonstrating solidarity and working to the benefit of others, including rethinking relationships with funding institutions and developing new and more equal north-south partnerships. The crisis we are currently experiencing provides us with the opportunity to do just that.

Biographies



MARTIN VIELAJUS

Consultant indépendant, spécialisé notamment dans l'analyse et l'accompagnement stratégique des projets et programmes de développement, Martin enseigne au sein de l'École des affaires internationales de Sciences Po et de l'Université Paris-Descartes. Il est également le coauteur de deux ouvrages (*L'Intelligence interculturelle*, ECLM, 2014 ; *Le Culturoscope*, ECLM, 2016) et directeur d'édition de plusieurs ouvrages et revues. Directeur adjoint de l'Institut de recherche et débat sur la gouvernance (IRG) jusqu'en 2011, il rejoint l'agence de conseil Synergence, avant de développer, à partir de 2015, sa propre activité de conseil. Il a cofondé en 2017, avec Jean-Martial Bonis-Charancle, l'initiative de réflexion prospective Kayros.

An independent consultant who specialised in providing analysis and strategic assistance for development projects and programmes. Martin teaches at Sciences Po's School of International Affairs and Paris-Descartes University. He is also the co-author of two publications (*L'intelligence interculturelle* - ECLM 2014, *Le Culturoscope* - ECLM 2016) and has coordinated several other collective publications and journal editions. Assistant director of the Institut de Recherche et Débat sur la Gouvernance (IRG) until 2011, he subsequently joined the consultancy Synergence before starting a practice as an independent consultant in 2015. He co-founded the think tank Kayros with Jean-Martial Bonis-Charancle in 2017.

JEAN-MARTIAL BONIS-CHARANCLE

Consultant indépendant depuis 2003, après avoir travaillé pendant sept ans en Afrique de l'Ouest pour une ONG française et pendant deux ans pour une ONG américaine, Jean-Martial effectue des prestations d'évaluation, d'accompagnement stratégique et d'analyse prospective pour des organisations et institutions diverses. Il a cofondé en 2017 l'initiative de réflexion prospective Kayros centrée sur la « solidarité internationale en 2030 ». Depuis 2015, il enseigne au sein de l'Université Paris-Descartes (Paris V) dans le cadre du master Populations et développement. Jean-Martial vit entre la France et le Canada et a la double citoyenneté française et canadienne.

An independent consultant since 2003, after working for seven years for a French NGO in West Africa and for two years for an American NGO. Jean-Martial Bonis-Charancle provides evaluations, strategic assistance and prospective analysis for a diverse range of organisations and institutions. In 2017, he co-founded the think tank Kayros, based around the idea of "international solidarity in 2030". Since 2015, he has taught at Paris-Descartes University (Paris V) as part of the master's degree in Population and Development. Jean-Martial lives between France and Canada and has dual French and Canadian citizenship.

Martin Vielajus et Jean-Martial Bonis-Charancle ont lancé depuis 2017 une réflexion prospective approfondie sur la « solidarité internationale en 2030 », dans le cadre de leur initiative Kayros (<https://www.kayrosnetwork.org>). Ils réalisent pour différents commanditaires (ONG, fondations, agences de développement, collectivités, etc.) des travaux de veille, des études et des accompagnements stratégiques. Leur récente étude sur la localisation de l'aide, réalisée pour Coordination Sud, sert de base à cet article (<https://www.coordinationsud.org/wp-content/uploads/synthese-etude-localisation-aide.pdf>).

Since 2017, Martin Vielajus and Jean-Martial Bonis-Charancle have been jointly involved in imagining "international solidarity in 2030" through their Kayros initiative (<https://www.kayrosnetwork.org>). Working with various partners including NGOs, foundations, development agencies and local authorities, they carry out monitoring work and studies and provide strategic assistance. Their recent study on the aid localisation, commissioned by Coordination Sud, provided the data that forms the basis for this article: <https://www.coordinationsud.org/wp-content/uploads/synthese-etude-localisation-aide.pdf>



TRIBUNE

alism
THE
rus



TRIBUNE

Néolibéralisme, le pic épidémique est-il derrière nous ?

Neoliberalism: are we past the peak of the epidemic?

*Alain Caillé • Sociologue, directeur de la Revue du MAUSS
(Mouvement anti-utilitariste dans les sciences sociales)
Bertrand Livinec • Analyste en santé publique*



Si désormais nous sommes tous devenus épidémiologistes amateurs, nous avons aussi touché du doigt les effets néfastes induits par le néolibéralisme. Dans un parallèle aussi pertinent que jubilatoire, les deux auteurs retracent l'émergence, puis la dissémination de cette pandémie qui n'est sans doute pas sans lien avec celle que nous vivons. Laquelle survivra à l'autre ?

While we have all now become amateur epidemiologists, we have also seen first-hand the adverse effects caused by neoliberalism. In an equally relevant and exhilarating parallel, the two authors recount the emergence and subsequent spread of this epidemic, which is by no means unrelated to the pandemic that we are currently experiencing. Which will outlast the other?



ALAIN
CAILLÉBERTRAND
LIVINEC

La première partie de l'année 2020 aura été marquée au fer rouge par l'actualité de la Covid-19. Plus de la moitié de la population mondiale a déjà été confinée. Avec des conséquences sanitaires parfois sévères pour certains pays, certainement dramatiques sur le plan économique et social, et, parfois, une remise en cause des libertés pour une large partie des populations. Si les citoyens sont désormais familiarisés avec le lexique médical du registre épidémique, ils ne le sont guère encore avec ce qu'il est permis d'appeler la pandémie néolibérale que nous connaissons depuis près de quarante années et qui pourrait, souhaitons-le, s'éteindre. Les sommités en infectiologie avouent leur impuissance à prédire l'apparition de pandémies virales de la famille des coronavirus, de même que leur disparition naturelle. En science politique, prédire l'apparition de nouvelles idéologies reste souvent du domaine de la science-fiction. En revanche, il est possible *a posteriori* de retracer leur origine, leur évolution épidémiologique, et leur impact, y compris sanitaire.

On se demande encore si la Covid-19 a une origine naturelle et animale à partir d'un marché de Wuhan, ou si elle sort d'un laboratoire du même Wuhan. Il est en revanche certain que le néolibéralisme est une pure création humaine. Un de ses premiers laboratoires est la réunion en 1947, au Mont-Pèlerin en Suisse, d'une trentaine d'intellectuels, dont les économistes Friedrich von Hayek, Milton Friedman ou le philosophe Karl Popper. De ce premier laboratoire vont sortir des idées virales qui, de mutation en mutation, prendront au moins six formes principales (comparables aux SRAS-CoV et au MERS-CoV). La première est que l'appât du gain est une bonne chose (*greed is good*) ; la deuxième, que le marché est en conséquence la seule forme de coordination efficace et légitime entre les humains, et qu'il s'autorégule (marché financier et spéculatif compris) ; la troisième, que la société n'existe pas (*there is no such thing as society*), qu'il n'y a que des individus ; la quatrième, que par un

The first part of 2020 was profoundly marked by the Covid-19 situation. More than half of the world's population has already experienced lockdown. This has resulted in sometimes severe health outcomes in certain countries, dramatic consequences in economic and social terms, and, at times, a challenge to the freedoms of a large part of the population. Whilst citizens are now familiar with the medical lexicon of the epidemic register, they are not yet familiar with what could be called the neoliberal pandemic, which we have been experiencing for nearly forty years and which might, we hope, be on its way out. Authorities on infectious diseases admit that they are powerless to predict the emergence of viral pandemics caused by the coronavirus family, or their natural disappearance. In political science, predicting the emergence of new ideologies often remains in the realm of science fiction. Nevertheless, it is possible in retrospect to trace back their origins, their epidemiological development and their impact, including their impact on health.

It is still unclear whether Covid-19 originated naturally from animals in a Wuhan market, or whether it came from a laboratory in the same city. What is certain, however, is that neoliberalism is a purely human creation. One of its first laboratories was the meeting in 1947 at Mont Pèlerin in Switzerland between some thirty intellectuals, including the economists Friedrich von Hayek, Milton Friedman and the philosopher Karl Popper. This first laboratory gave rise to viral ideas which, from mutation to mutation, would take on at least six main forms (comparable to SARS-CoV and MERS-CoV). The first is that greed is good; the second, that, as a consequence, the market is the only efficient and legitimate form of coordination between humans, and that the market (including the financial and speculative market) self-regulates; the third, that there is no such thing as society, there are only individuals; the fourth, that by a trickle-down effect the richer the richest people (the leaders) get, the better it is for everyone; that even more is even

effet de ruissellement, plus les riches (les premiers de cordée) s'enrichissent et mieux c'est pour tout le monde; que toujours plus c'est toujours mieux: et, enfin, qu'il n'y a pas d'alternative. Pas d'alternative, cela veut dire qu'il nous faudrait vivre jusqu'à la fin des temps sous le règne du néolibéralisme, de même qu'on nous laisse entendre que nous devons désormais apprendre à vivre indéfiniment avec des masques, des gestes barrières et des re-confinements périodiques.

Les premiers virus idéologiques néolibéraux sont restés longtemps confinés dans les chambres froides des universités, laboratoires et autres *think tanks* néolibéraux. Les patients zéros, ceux qui en raison de leur audience allaient être les premiers disséminateurs à grande échelle, sont les politiques. Il est généralement admis que Margaret Thatcher a été la pionnière dans l'application de la pensée néolibérale dès sa nomination en 1979: mise au régime sec de l'État, privatisations, mise à l'écart des corps intermédiaires, et notamment des syndicats. Quasiment au même moment, en Chine, Deng Xiaoping prenait les rênes du pouvoir et entreprenait une réforme majeure de l'économie, en proclamant: « Il est glorieux de s'enrichir. » En 1981, Ronald Reagan s'installait à la Maison Blanche et lançait un programme anti-keynésien brutal qui peut assez bien se résumer à sa citation: « L'État n'est pas la solution à nos problèmes. Il est le problème lui-même. » Avec les États-Unis pour le continent américain, la Grande-Bretagne pour l'Europe et la Chine pour l'Asie, l'OMS aurait pu dès 1981 lancer une alerte de début de pandémie. Mais, avant même Margaret Thatcher, Georges Pompidou en France avait dès 1973 interdit à la Banque de France de financer l'État, en l'obligeant à passer par les banques privées!

La puissance américaine de l'époque était suffisante pour peser sur l'ensemble des institutions internationales (FMI, Banque mondiale, OMC), changer les règles existantes et favoriser la cir-

better; and finally, that there is no alternative. No alternative means that we would be living under the reign of neoliberalism until the end of time, in the same way that we are now being told that we must learn to live indefinitely with masks, protective measures and periodical lockdowns.

The first ideological, neoliberal viruses remained locked down for a long time in the cold storage of universities, laboratories and other neoliberal think tanks. The patients zero, who, because of their audience, would become the first super-spreaders, were the politicians. It is generally acknowledged that Margaret Thatcher was the pioneer in applying neoliberal thinking from the moment she was elected in 1979: on a dry diet of the State, privatisation, and the sidelining of intermediary bodies, and especially the unions. At almost the same time, in China, Deng Xiaoping was gathering up the reins of power and undertaking major economic reforms, proclaiming that "To get rich is glorious". In 1981, Ronald Reagan moved into the White House and launched a brutal, anti-Keynesian programme, which is well-summarised by his quote: "Government is not the solution to our problems, government is the problem". With the United States on the American continent, the UK in Europe and China in Asia, the WHO might have sounded the alarm for the beginning of the pandemic as early as 1981. But even before Margaret Thatcher,

« Il nous faudrait vivre jusqu'à la fin des temps sous le règne du néolibéralisme, de même qu'on nous laisse entendre que nous devons désormais apprendre à vivre indéfiniment avec des masques, des gestes barrières et des re-confinements périodiques. »

"We would be living under the reign of neoliberalism until the end of time, in the same way that we are now being told that we must learn to live indefinitely with masks, protective measures and periodical lockdowns."

culatation active de la pensée néolibérale. S'en est suivie, de 1979 à 1989, une décennie de l'épidémie dans le monde occidental, avec des politiques de dérégulation financière et de marchandisation ou de quasi-marchandisation managériale des services publics. En 1989, le néolibéralisme triomphe avec l'effondrement de l'URSS qui s'engage dans le chaos, puis vers l'économie de marché livrée à quelques oligarques. Dans les pays en développement, le FMI et la Banque mondiale vont s'évertuer au cours des années 1980 à 1990 à mettre en œuvre des programmes d'ajustement structurel, autrement dit d'austérité publique, pour répondre aux difficultés financières de pays endettés. Qui ne pourront payer leurs dettes qu'en s'endettant toujours plus. Comme si le vaccin financier imposé les fragilisait toujours plus face au virus de la dette.

Une fois le marché totalement libéré, les équations deviennent simples: comment faire consommer au maximum l'individu ? Où aller chercher les ressources encore disponibles sur la planète ? Où produire au moindre coût ? Où héberger les bénéfices à la moindre taxation ? La seule stratégie alors pensable pour tout gouvernement est de faire de son pays une zone attractive. On assiste ainsi à une uniformisation des normes et des modes de gouvernance économique. Très peu de pays se sont tenus à l'écart de ce mouvement général de mondialisation, ce qui a permis au virus de circuler de manière active et hors de contrôle.

Nous savons identifier maintenant certains symptômes caractéristiques du virus néolibéral: la distanciation sociale et géographique que facilite l'utilisation massive des paradis fiscaux, ou encore l'explosion des inégalités de revenus qui confine les plus riches dans des *gated communities* et les plus pauvres dans des ghettos. La financiarisation des économies et la gestion des activités de biens et services en flux de plus en plus tendus imposent une vision à court terme, une montée des spéculations, et une réduction des principes de précau-

Georges Pompidou in France had forbidden the Banque de France from financing the State as early as 1973, thereby compelling it to use private banks!

America wielded sufficient power at the time to influence all the major international institutions (IMF, World Bank, WTO), change existing rules and encourage the active circulation of neoliberal thinking. From 1979 to 1989, there followed an epidemic decade in the Western world, with policies of financial deregulation and the managerial commodification or near-commodification of public services. In 1989, neoliberalism triumphed with the collapse of the Soviet Union, which fell into chaos, and then into the market economy, given over to a handful of oligarchs. In developing countries, the IMF and the World Bank did their utmost throughout the 1980s and 1990s to implement structural adjustment programmes, otherwise known as public austerity, to respond to the financial difficulties of indebted countries. These countries could only pay their debts by indebting themselves even further, as if the imposed financial vaccine kept making them more vulnerable to the virus of debt.

Once the market had been completely freed, the equations became simple: how to make individuals consume as much as possible? Where to find the resources that are still available on the planet? Where to produce at the lowest cost? Where to store the profits with the least taxation? The only conceivable strategy for governments at the time was to make their countries as attractive as possible. We witnessed a standardisation of norms and modes of economic governance. Very few countries kept their distance from this general trend of globalisation, which allowed the virus to circulate in an active and uncontrollable way.

We now know how to identify certain characteristic symptoms of the neoliberal virus: social and geographical distancing facilitated by the widespread use of tax havens, the explosion of income inequalities which confines the richest in gated

tion et de prévention qui expliquent grandement l'impuissance actuelle face au coronavirus.

Les comorbidités du néolibéralisme peuvent être analysées de manière clinique. Une surconsommation qui débouche sur des montagnes de déchets largement non recyclés. Un état environnemental de la planète surexploitée, en situation que nous pourrions qualifier de cas grave, pour ne pas dire déjà, dans certaines régions, en réanimation. Des pratiques alimentaires modifiées qui débouchent notamment sur une pandémie d'obésité largement imputable à la malbouffe. Une liberté d'entreprendre encensée, mais largement bridée par de nouveaux cartels, en particulier les GAFAM. L'aménagement des territoires est malmené par une concentration des énergies humaines et financières sur les grandes métropoles au cœur des dispositifs mondialisés, entraînant une paupérisation des territoires dits périphériques.

Enfin, et puisque notre actualité est focalisée sur la crise sanitaire de la Covid-19, il est bon de faire l'autopsie des systèmes de santé publique des principaux clusters d'origine. Les États-Unis, avec des dépenses en santé délirantes, ont parmi les plus mauvaises espérances de vie de l'OCDE. Le Royaume-Uni déplore dix ans de moins d'espérance de vie en bonne santé que la Suède, pays qui conserve encore de beaux restes sociaux-démocrates et qui mise depuis longtemps sur une forte prévention institutionnelle en santé. La Chine, où l'espérance de vie avait un temps bondi, a vu celle-ci croître à un rythme faible depuis la fin des années 1970 malgré une expansion économique sans précédent. L'hostilité du néolibéralisme à la prévention implique la forte probabilité d'une espérance de vie en mauvaise santé (physique, mentale et sociale). En matière de santé publique, force est de constater que le néolibéralisme a sérieusement touché les facultés neuronales au point de faire perdre le bon sens.

communities and the poorest in ghettos. The financialisation of economies and the management of the activities of goods and services to increasingly just-in-time production timelines which impose a short-term vision, a rise in speculation, and a decrease in the principles of precaution and prevention, which go a long way towards explaining our current powerlessness in the face of the coronavirus.

The comorbidities of neoliberalism can be analysed in a clinical manner. Overconsumption leads to mountains of largely unrecycled waste. The state of the environment on our overexploited planet, which is in what might be described as a serious condition, if not, in certain regions, already on life-support. Modified dietary practices have notably led to an obesity pandemic that is largely attributable to junk food. Freedom of enterprise is lauded but essentially restricted by new cartels, and especially GAFAM. Land use is ruined by the concentration of human and financial energy in major metropolises at the heart of globalised systems, leading to the pauperisation of so-called peripheral areas.

Finally, and since the news is focused on the Covid-19 health crisis, it behoves us to carry out an autopsy of the public health systems in the countries with the first main clusters. The United States, with its unbelievable health expenses, has one of the worst average life expectancies amongst OECD countries. The United Kingdom has ten years' less life expectancy in good health than Sweden, a country which still largely embraces the principles of social democracy and has long focused on strong institutional prevention in matters of health. In China, where life expectancy rose sharply at one time, it has only slowly increased since the late 1970s, despite unprecedented economic expansion. Neoliberalism's hostility towards prevention poses a high probability of life expectancy in poor physical, mental and social health. In terms of public health, it is clear that neoliberalism has severely affected our neuronal faculties, to the point of losing our common sense.

Le bilan néolibéral n'est donc pas brillant. La démesure (l'*hubris*) qui lui est consubstantielle génère un dérèglement immunitaire du corps social. La question que nous devons nous poser maintenant est de savoir si nous avons enfin dépassé le pic épidémique et si les citoyens disposent des bons gestes barrières. Les résistances à la pensée néolibérale, les anticorps sont légion, mais ils restent encore dispersés, atomisés. Pourtant, ce ne sont pas les intentions et les idées qui manquent pour proposer des alternatives crédibles et responsables. La préoccupation environnementale était devenue la priorité de nombreux citoyens avant la crise du coronavirus. Le besoin de proximité, de circuits courts, de davantage de convivialité dans la société, le rejet de la malbouffe font leur chemin depuis des années. Les actions altermondialistes, les lanceurs d'alerte, malgré leur dispersion, ont permis de réduire le taux de létalité du néolibéralisme. Individualiste par essence, ne valorisant que l'accumulation de la richesse privée (la pléonexie), le néolibéralisme nie le caractère profondément social de l'individu et aussi son besoin de transmettre une société en meilleur état aux générations suivantes. Face à lui, l'immunité collective gagne sérieusement du terrain, même si l'épidémiologie officielle ne reflète pas pleinement cette situation. Mais il manque encore le bon vaccin qui permettra d'en finir une bonne fois avec le virus néolibéral. Des expérimentations sont en cours dans différents pays du monde sur un nouveau remède : le convivialisme¹. Les tests réalisés *in vitro* sont prometteurs. Reste à les mener désormais *in vivo*.

Cet article est paru initialement le 26 mai 2020 dans AOC (Analyse Opinion Critique), « un quotidien d'auteurs. Conçu par des journalistes, il est écrit par des chercheurs, des écrivains, des intellectuels, des artistes et... des journalistes ». Nos sincères remerciements aux deux auteurs et à Sylvain Bourmeau, directeur d'AOC, qui nous a autorisés à reproduire cet article. Pour en savoir plus sur ce média : <https://aoc.media>

— 1. Voir le *Second manifeste convivialiste*. Pour un monde post-néolibéral, Actes Sud, 2020.

Neoliberalism's track record is therefore less than stellar. The excess and hubris with which it is synonymous have generated an immune dysregulation of the social body. The question that must now be asked is whether the peak of the epidemic is finally behind us, and whether citizens have access to the right protective measures. There are many resistances and antibodies to neoliberal thinking, but they remain scattered and piecemeal. And yet, there is no lack of intentions and ideas to suggest credible and responsible alternatives. Environmental concerns had become the priority for many citizens before the coronavirus crisis. The need for proximity, short supply chains, more conviviality in society, the rejection of junk food, etc., have been gaining ground for years. Despite their dispersal, alter-globalist actions and whistle-blowers have been able to reduce neoliberalism's lethal toll. As an ideology, individualistic in its essence, valuing only the accumulation of private wealth (pleonexia), neoliberalism denies the deeply social nature of the individual and their need to bequeath a society in better health to the following generations. Collective immunity is seriously gaining momentum against it, even though the official epidemiology does not fully reflect this situation. But we are still lacking the right vaccine to be finished with the neoliberal virus once and for all. Experiments are underway in different countries throughout the world for a new remedy: conviviality¹. The *in vitro* tests are promising. We now need to apply them *in vivo*.

The article originally appeared on 26 May 2020 in AOC (Analyse Opinion Critique), "a daily newspaper by and for authors. Devised by journalists, it is written by researchers, writers, intellectuals, artists and... journalists". Our thanks to the two authors and to Sylvain Bourmeau, the director of AOC, who allowed us to reprint this article. Find out more: <https://aoc.media>

Translated from the French by Juliet Powys

— 1. See *Second manifeste convivialiste*. Pour un monde post-néolibéral, Actes Sud, 2020.

Biographies



ALAIN CAILLÉ

Professeur de sociologie émérite à l'université Paris-Ouest-Nanterre et directeur-fondateur de *La Revue du MAUSS* (Mouvement anti-utilitariste dans les sciences sociales) publiée aux éditions La Découverte. Il est l'auteur d'une trentaine de livres dont, récemment, *Extensions du domaine du don*. *Demander-Donner-Recevoir-Rendre* aux éditions Actes Sud (septembre 2019). Animateur du mouvement des convivialistes, il a été le coordinateur de la rédaction du *Second manifeste convivialiste. Pour un monde post-néolibéral* (Actes Sud, février 2020), signé par trois-cents intellectuels, universitaires et activistes de trente-trois pays différents rassemblés sous la bannière *Internationale convivialiste*.

Professor Emeritus of Sociology at the University of Paris-Ouest-Nanterre and Founding Director of *La Revue du MAUSS* (Anti-utilitarianism movement in the social sciences) published by La Découverte. He is the author of thirty books including, recently, *Extensions du domaine du don*. *Demander-Donner-Recevoir-Rendre* (Editions Actes Sud, September 2019). A leader of the convivialist movement, he coordinated the writing of the *Second manifeste convivialiste. Pour un monde post-néolibéral* (Actes Sud, February 2020), signed by three hundred intellectuals, academics and activists from thirty-three different countries under the *Internationale convivialiste* banner.

BERTRAND LIVINEC

Ingénieur, ancien consultant en gestion des risques et dirigeant d'entreprise. Il s'est aussi impliqué à titre bénévole dans le champ de la santé publique successivement au travers des soins primaires (construction d'un centre de santé, membre de plusieurs associations de médecins), de la lutte contre les hépatites (co-coordonateur de l'Initiative Panafricaine de Lutte contre les Hépatites) et de la rédaction d'articles d'analyse sur les politiques de santé.

An engineer, former risk management consultant and business manager. He was also involved in a voluntary capacity in the field of public health, working initially in primary care (construction of a health centre, member of several doctors' associations), then subsequently involved in the fight against hepatitis (co-coordinator of the Pan-African Initiative against Hepatitis) and writing analytical articles on health policies.

CULTURE

COMPLÈTEMENT BRAX | TOTALLY BRAX

Covid-19 : les ONG confinées
Covid-19: Lockdown for NGO's

173

LIVRES | BOOKS

J. Glasman **Statistiques humanitaires**
Humanitarian statistics

174

B. Cabanes **L'exil en images**
Images of exile

180

J.-F. Corty **Humanitaire cortiqué**
The Humanitarian "Corticated"

182



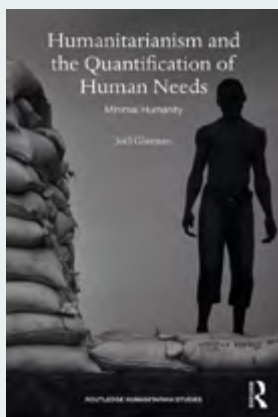


Covid-19: Lockdown for NGO's

- Stay locked-up all day
- Avoid any contact with population
- Do not get out of SUV's
- Limit trips from the base to the office
- Authorisation from the head of mission required to leave the house
- Drinks every night
- Right...
- So nothing's gonna change !



Statistiques humanitaires



Humanitarianism and the Quantification of Human Needs: Minimal Humanity

Joël Glasman

Routledge, Humanitarian Studies Series 2020, London/New York

L'humanitarisme et la quantification des besoins humains : Une humanité minimale

Joël Glasman

Routledge, Humanitarian Studies Series 2020, London/New York
(publié en anglais)

L'auteur, **Joël Glasman**, est historien et professeur à l'université de Bayreuth (Allemagne). Ses propos ont été recueillis par **Vincent Hiribarren**, maître de conférences au King's College de Londres, où il enseigne l'histoire de l'Afrique, l'histoire globale et environnementale.

Pourquoi avoir écrit un livre sur les statistiques humanitaires ?

Les statistiques sont aujourd'hui centrales dans la prise de décision humanitaire. On le voit bien sûr de manière évidente en ce moment avec la Covid-19, pour laquelle les chiffres et les graphiques sont omniprésents. Mais c'est le cas pour toutes les grandes crises humanitaires – taux de mortalité, taux de malnutrition, nombre de réfugiés... Toutes les grandes batailles humanitaires se règlent aujourd'hui aussi à coups de chiffres et de modèles mathématiques. Or la recherche historique ne s'est jusqu'à présent pas beaucoup intéressée à ces chiffres. On dispose de beaucoup de recherches sur les images de l'humanitaire, ses mots, ses catégories juridiques, ses façons de mobiliser des sentiments moraux – inspirés par exemple par les livres de Didier Fassin ou de Luc Boltanski –, mais bizarrement assez peu de travaux sur l'histoire des chiffres. Curieusement, les chiffres continuent d'avoir la réputation d'être rationnels, objectifs et froids. En réalité, ils sont investis d'une lourde charge morale : à quel moment l'ONU doit-elle intervenir ? Quelle organisation est légitime pour aller sur place ? Qui doit recevoir l'aide en premier ? Les chiffres de l'humanitaire engagent des affects, des prises de décisions ; ils ont des effets qui dépassent largement la sphère humanitaire.

On peut prendre l'exemple du fameux critère d'urgence, le « taux brut de mortalité ». L'Office de coordination des affaires humanitaires des Nations unies (OCHA) considère qu'il y a une crise humanitaire dans une région lorsque le nombre de décès y dépasse un mort pour 10 000 habitants et par jour. Mais ce seuil est arbitraire. Le même chiffre ne signifie pas du tout la même chose selon le contexte. Dans certains pays pauvres, le taux de mortalité brut est déjà très élevé en temps « normal ». Dans les pays riches comme la France, même en période de crise, on n'atteint pas ce seuil. Certaines organisations ont alors proposé d'adopter un seuil adapté à chaque région du monde, en considérant qu'il fallait qu'une catastrophe fasse au moins 1,07 mort pour 10 000 habi-

tants en Afrique subsaharienne pour que l'on parle de crise – tandis que 0,46 en Asie du Sud et 0,03 dans les pays riches suffirait. Mais selon cette nouvelle définition, une crise humanitaire nécessiterait de tuer 35 fois plus de victimes en Afrique qu'en Europe pour être reconnue comme telle. On voit qu'il n'y a pas de définition neutre de ce que serait une crise humanitaire. Définir statistiquement une crise ne résout pas la tension entre un universalisme abstrait et un relativisme inacceptable.

Toutes les organisations ont recours aux chiffres. En quoi les organisations humanitaires sont-elles spécifiques ?

Il y existe aujourd'hui deux grandes perspectives sur la statistique humanitaire. Pour les uns, la statistique est une preuve de sérieux, de transparence et d'efficacité. L'ONU en appelle même à une « révolution des données » (*data revolution*) et souhaite une aide humanitaire « fondée sur des preuves statistiques ». De nombreux auteurs abondent dans ce sens : pour eux, l'usage croissant de statistiques, d'outils technologiques, de technologies mobiles relève d'une spécialisation et d'une professionnalisation croissante.

Pour les auteurs critiques en revanche, l'usage des chiffres relève en réalité d'une gouvernementalité néolibérale. Pour une politiste comme Béatrice Hibou par exemple, la mise en chiffre permet d'exporter la logique du marché. Les techniques de l'entreprise comme la comptabilité, le management ou le *benchmarking* se diffusent partout dans le monde par le truchement des ONG qui les adoptent sous la pression des bailleurs de fonds.

Bien entendu, ces deux perspectives disent quelque chose de vrai sur l'humanitaire. Il y a indéniablement un processus de spécialisation à l'œuvre. Il y a bien sûr aussi, de façon d'ailleurs parfois assez caricaturale, une application des logiques néolibérales de mise en compétition généralisée des individus : une compétition à tous les niveaux, entre les différentes populations de victimes en concurrence pour les aides, entre les différentes ONG en concurrence pour les financements, et entre les différents bailleurs de fonds.

Cependant, la critique du néolibéralisme, même si elle est nécessaire, ne doit pas faire oublier que les organisations humanitaires ont une certaine autonomie et donc une responsabilité dans ce développement. Dans mon ouvrage, j'étudie une troisième piste. Je pense que la « fièvre quantificatrice » de l'humanitaire contemporain n'est pas seulement le fruit de pressions extérieures. Elle est aussi le fruit de l'histoire propre de l'humanitaire, comme on le voit avec la notion de « besoin minimum ». Les organisations humanitaires ont pris elles-mêmes de nombreuses décisions pour donner un poids tout à fait excessif, parfois irrationnel, aux statistiques. Or les statistiques humanitaires sont souvent de qualité assez médiocre, non pas parce que ceux qui les produisent seraient incompétents, mais bien parce que le propre des catastrophes est justement d'être difficile à saisir statistiquement. Les modèles sont utiles, mais les crises entrent mal dans les modèles. Lorsqu'une crise débute, on ne sait pas encore ce qu'il faut mesurer, comment il faut le mesurer, avec quoi il faut comparer, etc. On tâtonne forcément. En plus, les organisations humanitaires agissent souvent dans des régions où les institutions chargées de produire des chiffres et des documents ont été détruites ou affaiblies. Une attitude prudentielle exigerait donc de s'appuyer sur des expertises variées. Mais l'injonction à produire du chiffre tend à mettre fin à la discussion, à accorder trop d'importance à la « preuve statistique » pour mettre fin au débat. On place aujourd'hui une confiance excessive dans les indicateurs humanitaires.

Que signifie la notion de « besoin minimum » ? Comment les organisations humanitaires quantifient-elles ces besoins en Afrique centrale ?

La notion de « besoins » est au centre du discours humanitaire. Tous les grands acteurs de l'aide, qui sont pourtant en compétition par ailleurs, s'accordent pour donner une importance centrale aux « besoins fondamentaux ». Cela renvoie aux principes communs que les organisations humanitaires ont signés entre elles. Au début du XX^e siècle, aider les gens de façon « impartiale », cela voulait dire aider tout le monde sans faire de discriminations (de nationalité, de religion, etc.). Aujourd'hui (depuis les années 1960), la notion d'impartialité est très différente: cela signifie allouer les ressources « en fonction des besoins humanitaires » (« *Aid priorities are calculated on the basis of need alone* », nous dit le *Code of Conduct* des ONG). Pour être considérée comme juste, il faut que l'aide soit proportionnelle aux besoins. Mais cette nouvelle définition a en fait remplacé un principe moral par une règle mathématique. La doctrine humanitaire implique aujourd'hui quasiment par définition que les organisations humanitaires soient capables de définir, de mesurer et de comparer les besoins des populations. Elles définissent des seuils minimums, des standards et des listes de choses nécessaires pour survivre – par exemple 2 100 kilocalories et quinze litres d'eau par personne et par jour, 250 grammes de savon par mois, etc. Le problème est que ces standards universels sont forcément arbitraires. Les sociétés ont en réalité des visions très différentes de ce dont les personnes ont besoin. Mais les organisations humanitaires définissent les besoins des gens en fonction de leurs propres préoccupations – leurs ressources limitées, les rapports de force sur le terrain, leur nécessité d'avoir de bonnes relations avec leurs partenaires, etc.

On peut prendre l'exemple du Cameroun, qui est devenu assez récemment un pays qualifié de pays « en crise » humanitaire. Avec l'arrivée de réfugiés nigériens et centrafricains de 2014-2015 sont intervenues sur le terrain toute une série d'organisations internationales spécialisées dans l'aide d'urgence: des ONG comme Médecins Sans Frontières, Première Urgence, etc., mais aussi des agences de l'ONU – l'UNICEF, le Programme alimentaire mondial, le Haut-Commissariat aux réfugiés. Toutes ces organisations produisent des chiffres – le HCR sur le nombre de réfugiés, l'UNICEF sur la malnutrition des enfants, le PAM sur la sécurité alimentaire, etc. Mais comment décider finalement à qui il faut donner les ressources ? Faut-il privilégier les réfugiés défendus par le HCR, les déplacés comptés par l'IOM, ou les enfants malnutris comptabilisés par l'UNICEF ? Comment comparer les besoins des uns et des autres, et décider lesquels sont prioritaires ? C'est à OCHA en tant qu'office central de l'ONU de faire ce travail de coordination. Mais pour ne pas s'attirer les foudres des organisations humanitaires en concurrence les unes avec les autres, OCHA utilise des algorithmes qui construisent des moyennes arithmétiques par secteur sanitaire – bref, des notes de « vulnérabilité » assez arbitraires, qui n'ont pas d'autre ambition que de produire un consensus parmi les acteurs de l'aide. Le calcul des « besoins » est ainsi autant le résultat des rapports de forces entre organisations humanitaires que le reflet des demandes des populations.

Nos remerciements à Vincent Hiribarren pour nous avoir autorisés à reproduire cet entretien avec Joël Glasman, initialement publié sur le blog Africa4 (<http://libeafrika4.blogs.liberation.fr>) qu'il anime avec Jean-Pierre Bat.

Humanitarian statistics



Joël Glasman is a historian and professor at the University of Bayreuth (Germany). Here, the author discusses his book with **Vincent Hiribarren**, Senior Lecturer in Modern African History, World History and Environmental History at King's College London.

What prompted you to write a book on humanitarian statistics?

Statistics have become central to humanitarian decision-making. The omnipresence of numbers and graphics in the ongoing response to Covid-19 makes this very clear. Yet, numbers – such as mortality rates, malnutrition prevalence and refugee numbers – are ubiquitous in all major humanitarian crises. Today, all critical humanitarian battles are fought wielding numerical data and mathematical models. However, historical research has shown little interest in such numbers, until now. There has been significant research into the imagery of humanitarian action, its narratives, legal codification, and the ways in which it galvanises moral sentiment, inspired by the writings of authors such as Didier Fassin and Luc Boltanski. But strangely enough, there has been minimal research into the history of numbers. It is curious indeed that numerical data continues to be perceived as rational, objective and dispassionate. In reality, a heavy moral responsibility is conferred upon numerical data, as it is used to answer questions such as: when should the United Nations intervene? Which organisation has legitimacy on the ground? Which populations should be the first to receive aid? Humanitarian data triggers emotions and informs decision-making, and has impacts that reach far beyond the humanitarian sector.

As an example, let's look at the "crude death rate", a widely used emergency threshold. For the United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), a humanitarian crisis is considered to be occurring in a given region if the crude death rate exceeds 1 death per 10,000 inhabitants per day. However, this threshold is arbitrary. Indeed, the significance of any given indicator varies greatly from one context to another. In some poor countries, crude death rates are particularly high, even under "normal" circumstances. While in rich countries, such as France, the 1 death per 10,000 inhabitants per day threshold is not exceeded, even in times of crisis. This variability has prompted a number of organisations to propose the use of thresholds adapted to the different regions of the world. Thus, in order to qualify as a crisis, a disaster would need to cause at least 1.07 deaths per 10,000 inhabitants per day in sub-Saharan Africa, while 0.46 deaths would suffice in South Asia and 0.03 deaths in rich countries. However, this new definition would require that, before it could be recognised as such, a humanitarian crisis would have to claim 35 times more lives in Africa than in Europe. It is clearly impossible to define a humanitarian crisis in neutral terms. Defining a crisis statistically does not resolve the tension between abstract universalism and unacceptable relativism.

All organisations rely on numbers. How are humanitarian organisations specific in this regard?

There are two main points of view regarding humanitarian statistics today. For some, statistics guarantee integrity, transparency and effectiveness. The United Nations itself is calling for a “data revolution” and “statistical evidence-based” humanitarian aid. Many authors ardently argue this point of view: they see the growing use of statistics, technological tools and mobile technologies as a natural corollary to increasing specialisation and professionalisation in the humanitarian sector.

Other more critical authors see the use of numerical data as a consequence of neoliberal governmentality. For French political scientist Béatrice Hibou, for example, translating circumstances into numbers is a means of exporting market logic. As NGOs adopt business practices under the pressure of donors, practices such as accounting, management and benchmarking are gaining ground throughout the world.

There is, of course, a measure of truth in both these points of view on humanitarianism. On the one hand, a process of specialisation is undeniably underway. And on the other, neoliberal principles are in effect being applied, causing widespread competition between individuals, in ways that sometimes tend towards the absurd. Competition is increasing between affected populations competing for aid, between NGOs competing for funding, and between donors.

However, though the critique of neoliberalism is necessary, it must not blind us to the fact that humanitarian organisations have a measure of independence, and therefore a responsibility in the development of humanitarian statistics. In my book, I consider a third perspective. I believe that contemporary humanitarianism’s “quantification fervour” is not solely attributable to external pressure. It is also a natural by-product of humanitarianism’s own self-determined trajectory, as can be seen by examining the concept of “basic human need”. Humanitarian organisations have themselves repeatedly made decisions that lend altogether excessive – and sometimes irrational – weight to statistics. Yet, humanitarian statistics are often quite poor in quality. This is not because those who produce statistics are inept, but because disasters are by their very nature difficult to comprehend statistically. Models are useful, but crises do not fit neatly into models. When a crisis first occurs, nobody knows what parameters to measure, how to measure those parameters, what to compare them with, etc. We are inevitably in the dark. What is more, humanitarian organisations often operate in regions where the institutions that are responsible for producing numerical data and documents have been destroyed or considerably weakened. Caution would therefore require that humanitarian organisations rely upon a diversity of expertise. However, the data generation imperative tends to end dialogue, attributing disproportionate importance to “statistical evidence” that curtails debate. The faith placed in humanitarian indicators today is excessive.

What is the significance of the concept of “basic human need”? How are humanitarian organisations quantifying these needs in Central Africa?

The concept of “needs” is central to the humanitarian narrative. Despite competing in other arenas, all major humanitarian aid actors agree when it comes to the crucial importance of “basic needs”. This consensus is expressed in the Core Principles signed by humanitarian organisations. At the beginning of the 20th century, helping people “impartially” meant helping everyone without discrimination (based on nationality, religion, etc.). Today (since the 1960s), the concept of impartiality has evolved considerably. Indeed, impartiality has come to signify the allocation of resources “based

on humanitarian needs” (as specified by the Humanitarian NGO Code of Conduct: “aid priorities are calculated on the basis of needs alone”). In order to be considered fair, aid must be proportional to need. However, this new definition has, in essence, replaced a moral principle with a mathematical rule. Nowadays, humanitarian doctrine requires, almost by definition, that humanitarian organisations are able to define, measure and compare the needs of populations. Humanitarian organisations define minimum thresholds, standards and lists of conditions required for survival (e.g. 2,100 kilocalories and 15 litres of water per person per day, 250 grams of soap for bathing per person per month, etc.). The problem lies in the inevitable arbitrariness of these universal standards. In reality, different societies have very different outlooks on what people need. Yet, humanitarian organisations define the needs of populations based on their own concerns – their own limited resources, their own power struggles on the ground, their own need for good relations with their partners, etc.

Let’s take the example of Cameroon. In recent years, Cameroon has been qualified as a country “undergoing a humanitarian crisis”. With the influx of Nigerian and Central African refugees between 2014 and 2015, a host of international emergency aid organisations intervened on the ground: NGOs such as *Médecins sans Frontières*, *Première Urgence*, etc. along with United Nations agencies such as the United Nations Children’s Fund, (UNICEF), the World Food Programme (WFP) and the Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). All these organisations produce numerical data: UNHCR on the number of refugees, UNICEF on child malnutrition, WFP on food security, etc., but ultimately, the question of how to allocate resources remains. Should priority be given to the refugees defended by the UNHCR, the displaced persons documented by the International Organization for Migration, or the malnourished children identified by UNICEF? How should the needs of different groups be compared? And how should these needs be prioritised? As the central office of the United Nations, it is OCHA’s duty to carry out this coordination work. Yet, in order to avoid the wrath of competing humanitarian organisations, OCHA employs algorithms to produce health-sector-specific arithmetic averages. In other words, OCHA produces somewhat arbitrary “vulnerability” ratings, the ambition of which is simply to achieve consensus among aid operators. Thus, the calculation of “needs” is determined as much by the power struggles between humanitarian organisations as it is by the requests of populations.

We would like to thank Vincent Hiribarren for allowing us to reproduce his interview with Joël Glasman, originally published on the Africa4 Blog (<http://libeafrica4.blogs.liberation.fr>) that he hosts alongside Jean-Pierre Bat.

Translated from the French by Naomi Walker



L'exil en images



Un siècle de réfugiés.
Photographier l'exil
Bruno Cabanes
Le Seuil, 2019

A Century of refugees.
Photographing exile
Bruno Cabanes
Le Seuil, 2019
(published in French)

Le mot de l'éditeur



Le XX^e siècle a été le siècle du déplacement et de l'exode. Depuis la fin de la guerre froide, la crise mondiale des réfugiés est toujours d'actualité. En fait, à la suite des récents conflits en Afrique, au Moyen-Orient et en Amérique centrale, le nombre de réfugiés est en augmentation régulière. Au cours des premières décennies du XX^e siècle, la Première Guerre mondiale et les années qui ont suivi ont vu un développement spectaculaire de la diffusion d'images sur les diverses tragédies humanitaires, produites et diffusées par des individus et des organisations dédiés à l'aide et au secours de populations en danger. De grandes ONG ont engagé des photographes pour documenter la violence de la guerre ainsi que la vie dans les camps de réfugiés. Des photographes légendaires du XX^e siècle, tels que Robert Capa ou Margaret Bourke-White, ont veillé à ce qu'un enregistrement visuel soit préservé de la guerre civile espagnole, de la Seconde Guerre mondiale, de la guerre du Vietnam...

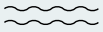
Ce livre retrace l'histoire de réfugiés du début de la Première Guerre mondiale à la crise actuelle des réfugiés en Syrie, dans les Balkans, en Méditerranée et à la frontière américano-mexicaine à travers des photographies emblématiques. Il remet également en question l'utilisation de la photographie à des fins humanitaires. Les perceptions du public à l'égard des réfugiés sont façonnées par la façon à travers laquelle elles sont le plus souvent présentées :

par le drame et la victimisation. Les bateaux, les camps et les foules dominent ce paysage. Certains photographes en activité ont commencé à élargir cette vision étroite en donnant aux réfugiés un rôle déterminant dans la manière dont ils sont représentés, en promouvant la dignité des sujets ou en explorant des approches visuelles plus créatives. Cet ouvrage témoigne de leur travail.

Images of exile



Publisher's note



The 20th century was the century of displacement and exodus. Since the end of the cold war and to this day, the refugee crisis has been a worldwide reality. In fact, following the recent conflicts in Africa, the Middle East and Central America refugee numbers have been steadily increasing. During the first decades of the 20th century, the First World War and the years following it saw a dramatic expansion in the dissemination of images of the various humanitarian tragedies, produced and distributed by individuals and organisations dedicated to providing relief and aid to endangered populations. Major NGOs engaged photographers to document the violence of war and life in the refugee camps. The legendary photographers of the 20th century such as Robert Capa or Margaret Bourke-White, ensured that a visual record was kept of conflicts such as the Spanish Civil War, the Second World War and the war in Vietnam.

This book uses iconic photographs to chart the history of refugees from the beginning of the First World War to the current refugee crises in Syria, the Balkans, the Mediterranean and on the United States-Mexico border. It also challenges the concept of using photography for humanitarian ends. The public's perception of refugees is fashioned by the way they are most often presented: as the victims of tragedy and disaster. Boats, camps and crowds dominate the landscape. Some photographers working currently have started to widen this narrow view by giving the refugees a decisive role in the way they are represented, by focusing on the dignity of their subjects or by exploring more creative visual approaches. This book is a testament to their work.



Humanitaire cortiqué



*Profession solidaire.
Chroniques de l'accueil*

Jean-François Corty, en collaboration
avec Jérémie Dres (scénario)
et Marie-Ange Rousseau (illustrations)
Éditions Les escales/Steinkis, 2020

*Profession – Aid Worker.
Chronicles of reception*

Jean-François Corty, with the
participation of Jérémie Dres (storyline)
and Marie-Ange Rousseau (illustrations)
Éditions Les escales/Steinkis, 2020
(published in French)

Le mot de l'éditeur



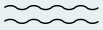
Jean-François Corty, médecin et humanitaire, nous livre un témoignage libre et sincère sur l'arrivée des migrants en France et le drame qui se joue sous nos yeux.

La question migratoire est au cœur du discours politique et médiatique en France et en Europe, souvent traité sous un angle sécuritaire où se côtoient fantasme, peur et données erronées... Au cours de son expérience au sein de diverses ONG, Jean-François Corty a sillonné le monde et la France qui est aussi, aujourd'hui, un terrain d'actions humanitaires. Souvent interrogé en tant qu'expert de la question, ce roman graphique lui permet de livrer différemment son témoignage. Sa parole est plus libre que sur les plateaux télé... et la déconstruction des clichés d'autant plus efficace !

The Humanitarian "Corticated"



Publisher's note



Jean-François Corty, doctor and aid worker, gives us a free and honest account of the arrival of migrants in France and of the drama unfolding before our eyes.

The issue of migration is at the heart of political and media discourse in France and in Europe, and it is often addressed from a security perspective with a mixture of fantasy, fear and spurious data. Through his experience with various NGOs, Jean-François Corty has travelled throughout the world, and in France, today also the theatre of humanitarian action. Often asked for his views as an expert on this question, his graphic novel gives him the opportunity of sharing his experience in a different way. He can speak more freely than in a television studio... and so dismantle stereotypes that much more effectively!

Translated from the French by Fay Guerry

CRÉDITS PHOTOS

1 – Couverture

| Cover

© S.W Saddiqui / HI

- Khandahar, Afghanistan. Akhter Mohammad coud des masques de protection en tissu. Mi-mars 2020, HI a formé une vingtaine de personnes ayant besoin de revenus, pour confectionner des masques à Kandahar. Les masques sont vendus à la population, aux pharmacies et aux hôpitaux. Deux couturiers ont reçu une commande de 250 masques par semaine de la part du centre de réhabilitation tenu par HI et ses équipes mobiles à Kandahar. Les instructions concernant les masques, une formation à l'hygiène ainsi qu'à la Covid-19 ont été données par téléphone. Un couturier produit entre 40 et 50 masques par jour pour un salaire journalier de 4 dollars.
- Kandahar, Afghanistan. Akhter Mohammad sews protective cloth masks. Mid-March 2020, HI trained about 20 people in need of income, to make masks in Kandahar. The masks are sold to the population, pharmacies and hospitals. Two tailors received an order for 250 masks per week from the rehabilitation centre run by HI and its mobile teams in Kandahar. Instructions on the masks, hygiene training and training on Covid-19 were given by phone. One tailor produces between 40 and 50 masks a day for a daily salary of \$4.

2 – Éditorial

| Editorial

© Adli Wahid/Unsplash

- Affiches « Repose en paix » du Dr Li Wenliang, médecin ayant mis en garde les autorités contre l'épidémie de coronavirus avant d'en mourir. Affiches observées à Hosier Lane à Melbourne, en Australie.
- Rest in Peace posters of Dr Li Wenliang, who warned authorities about the coronavirus outbreak before dying. Posters seen at Hosier Lane in Melbourne, Australia.

3 – Perspectives

© ICRC/ YAZDI, Pedram /2017/ V-P-SO-E-00852

- Région de Sool, village de Tukaraq, Somalie. Un petit groupe de familles attend le transport pour prendre la nourriture distribuée par le CICR.
- Sool region, Tukaraq village, Somalia. A small group of families wait for transport to take the food distributed by the ICRC.

4 – Focus

© Nicolas Fuchs

- Opération de repérage des personnes symptomatiques (Covid-19) et vulnérables au Squat « Bugatti », Eurométropole de Strasbourg, 26 mars 2020.
- Operation to locate symptomatic (Covid-19) and vulnerable people at the "Bugatti" Squat, Eurometropole of Strasbourg, 26 March 2020.

5 – Transitions

© HI

- Sensibilisation sur la Covid-19 de femmes en consultation prénatale et de santé maternelle et distribution de kits d'hygiène produits par HI Togo.
- Awareness campaign on Covid-19 of women in prenatal and maternal health consultations and distribution of hygiene kits produced by HI Togo.

6 – Tribune

© Mike Erskine / Unsplash

- Cardiff, Royaume-Uni. Capitalisme et coronavirus.
- Cardiff, United Kingdom. Capitalism and coronavirus.



1



4



2



5



3



6



Hommage à Olivier Mouzay

A tribute to Olivier Mouzay

Avec son sourire bienveillant, Olivier disposait d'une ouverture naturelle vers l'Autre. Je crois qu'elle lui venait du fond du cœur et qu'elle ne s'encombrait pas de considérations inutiles pour laisser place avant tout à la clarté. Il avait cette capacité à nous mettre à l'aise en parlant avec tact, mais en toute franchise. On se sentait proche d'Olivier et avec lui, on basculait rapidement d'une relation professionnelle à une relation amicale et complice.

Dans les années 1990, il a enchaîné plusieurs missions humanitaires avec Médecins Sans Frontières et Action contre la Faim (ACF). Au siège d'ACF où je me trouvais à l'époque, il me livrait sans détours ce qu'il vivait au Rwanda, dans ce contexte inouï de violences que connaissait ce pays. Responsable du Desk Afrique à Médecins du Monde entre 2001 et 2007, il a par la suite dirigé Enfants du Monde-Droits de l'Homme, avant de rejoindre la Guilde du Raid. Son action humanitaire s'est toujours accompagnée d'un questionnement sur le sens de l'action et la façon d'être plus efficace collectivement. Je me souviens quand il est venu me voir avec Patrick Edel, pour proposer la création de la Coordination Humanitaire et Développement (CHD). Il fallait Olivier pour parvenir à faire le lien avec une telle diversité d'organisations rassemblées aujourd'hui dans ce collectif qui a toute sa place au sein de Coordination SUD. Il portait aussi efficacement l'Alliance pour les Micro-Projets (AMP) qui permet de fédérer des moyens autour de microprojets locaux. Loin de l'ampleur des programmes des grandes ONG humanitaires, ces microprojets permettent de maintenir le lien avec de nombreuses communautés locales et de tisser des réseaux de solidarité indispensable au développement.

Olivier est parti le 6 mai dernier, sans doute pour une nouvelle aventure...

Le lendemain, alors que le premier vol ayant mobilisé le commissaire européen à l'Action humanitaire et le directeur du Centre de crise décollait de Lyon pour Bangui en République centrafricaine, nous avons voulu avec les directeurs d'ONG présents lui rendre hommage. Olivier avait commencé son engagement humanitaire dans la logistique et nous avons décidé de lui dédier ce « pont aérien » entre l'Europe et l'Afrique, qui se poursuit encore aujourd'hui avec le Réseau Logistique Humanitaire (RLH) et Bioport.

L'équipe d'*Alternatives Humanitaires* et ses membres fondateurs, qui ont bien connu Olivier, se joignent à moi pour adresser nos sincères condoléances à ses proches. Je pense en particulier à ses quatre enfants dont il me parlait régulièrement. Nous n'oublierons pas Olivier, son sourire et sa capacité à nous faire avancer ensemble.

Benoît Miribel
Membre fondateur d'*Alternatives Humanitaires*

Olivier had a natural openness towards others, reflected in his kindly smile. I believe this was truly heartfelt, unencumbered by any unnecessary considerations and so leaving room above all for clarity. He had the ability to put people at ease, speaking tactfully but with complete frankness. One felt close to Olivier and with him one rapidly moved from a professional relationship to one of great complicity and friendship.

In the 1990s, he carried out several humanitarian missions in succession, with *Médecins Sans Frontières* and *Action contre la Faim* (ACF). At ACF headquarters, where I was at that time, he told me in stark terms what he was living through in Rwanda against the backdrop of unprecedented violence that the country was experiencing. In charge of the Africa Desk at *Médecins du Monde* between 2001 and 2007, he then headed the NGO *Enfants du Monde-Droits de l'Homme*, before joining The European Guild. His humanitarian work was always accompanied by a reflection on the meaning of this action and on how it could be more effective by working together. I remember when he came to see me with Patrick Edel, to propose setting up *Coordination Humanitaire et Développement* (CHD). Only Olivier could have managed to gather together such a variety of organisations under one umbrella, now in its rightful place within Coordination SUD. He was just as effective leading the *Alliance pour les Micro-Projets* (AMP), the organisation enabling the pooling of resources for local micro-projects. Far from the scale of the programmes of the major humanitarian NGOs, these micro-projects maintain links with many local communities and build up the networks of solidarity essential for development.

Olivier left us on 6 May, no doubt to embark on a new adventure...

The next day, when the first flight having mobilised the European Commissioner for Humanitarian Action and the Head of the French *Centre de crise* took off from Lyon for Bangui in the Central African Republic, we took the opportunity, with the heads of NGOs present, to pay tribute to him. Olivier had begun his career in humanitarian work in the field of logistics and we decided to dedicate to his memory this "air bridge" between Europe and Africa, which *Réseau Logistique Humanitaire* (RLH) and Bioport are continuing to run today.

All the team at *Humanitarian Alternatives* and its founding members who knew Olivier well join me in expressing our sincere condolences to his family and friends. I am thinking in particular of his four children about whom he often spoke to me. We will not forget Olivier, his smile and his ability to help us to move forward together.

Benoît Miribel
Founding member of Humanitarian Alternatives

Abonnement à l'édition imprimée de la revue
ALTERNATIVES HUMANITAIRES

Subscription for the printed edition of the review
HUMANITARIAN ALTERNATIVES

Les tarifs correspondent à une politique de prix coûtant, contribuant à la couverture des coûts de mise en page et d'impression de la revue. Le téléchargement en PDF de la version digitale est également possible sur le site de la revue pendant une période initiale de parution.

These rates correspond to a pricing policy calculated to cover layout and printing costs of the review. The download of the digital version in PDF is also possible from the review's website during an initial period of publication.

TARIF/RATES

	TARIF <i>Rates</i>	FRANCE		INTERNATIONAL	
		Frais d'envoi <i>Shipping costs</i>	Total <i>Total</i>	Frais d'envoi <i>Shipping costs</i>	Total <i>Total</i>
ABONNEMENT ANNUEL (3 NUMÉROS) <i>ANNUAL SUBSCRIPTION (3 ISSUES)</i>					
Étudiants <i>Students</i>	35 €	(3x5 €) = 15 €	50 €	(3x8 €) = 24 €	59 €
Particuliers <i>Individuals</i>	45 €		60 €		69 €
Institutions <i>Institutions</i>	90 €		105 €		114 €
Soutien <i>Support</i>	200 € ou plus <i>200 € or more</i>	Envoi inclus <i>Shipping included</i>		_____ €	
ACHAT AU NUMÉRO <i>PURCHASE BY ISSUE</i>					
Étudiants <i>Students</i>	12 €	5 €	17 €	8 €	20 €
Particuliers <i>Individuals</i>	18 €		23 €		26 €

POSSIBILITÉ DE TARIF DÉGRESSIF SUR DEMANDE
POSSIBILITY OF DISCOUNT ON REQUEST

Pour abonnement multiple (à partir d'une souscription de 3 abonnements)
For multiple subscriptions (minimum of 3 subscriptions)
Pour achat en nombre d'un même numéro (à partir de 5 numéros)
For the purchase of several issues (minimum of 5 copies)

POSSIBILITÉ D'ACHAT DE NUMÉROS ANTÉRIEURS SUR DEMANDE
PURCHASE OF PAST ISSUES ON REQUEST

REMPLIR LA VERSION ÉLECTRONIQUE DU BULLETIN DISPONIBLE SUR NOTRE SITE INTERNET :
FILL THE SUBSCRIPTION FORM AVAILABLE ON OUR WEBSITE:

<http://alternatives-humanitaires.org>

L'abonnement se clôture à la réception du troisième numéro. Les commandes seront honorées après réception du paiement. Une facture attestant du paiement vous sera adressée sur demande. Pensez à vous réabonner.
The subscription will end after reception of the third issue. Orders will be honoured after reception of payment. An invoice will be sent certifying of your payment on demand. Don't forget to subscribe again.

À propos / About us

La création de la revue répond aux ambitions suivantes :

- Encourager et participer à la réflexion globale du secteur humanitaire sur ses pratiques et son évolution grâce à une publication imprimée sur abonnement et une diffusion numérique en accès libre.
- Établir un espace de rencontre et de dialogue, une proximité et une dynamique d'échange entre chercheurs en sciences humaines (sociologie, histoire, économie, anthropologie...) et praticiens de l'action humanitaire sur les défis auxquels ce secteur est confronté.
- Faire mieux entendre sur la scène internationale les approches humanitaires puisant leurs racines dans le courant « sans-frontières » grâce à une mise en commun de moyens, de pensée et de projets.
- Favoriser le dialogue et les échanges dans ces domaines entre chercheurs et praticiens des pays du Nord et du Sud.

The creation of the review pursues the following ambitions:

- Encourage and participate in the global reflection concerning the humanitarian sector, its practices and its evolution, with a digital open access distribution and a printed edition available by subscription.
- To create a meeting place and a space for dialogue, proximity and a dynamic exchange between researchers in humanities (sociology, history, economy, anthropology...) and practitioners of humanitarian action concerning the challenges that this sector is confronted with.
- To give a broader international audience to a specific approach of humanitarian action rooted in the "without borders" movement, through the pooling of resources, thinking and projects.
- Stimulate the dialogue and exchanges in these fields between researchers and practitioners from the countries of the North and the South.

Remerciements | Acknowledgements

Pour leurs contributions bénévoles à ce numéro :

For their voluntary contribution to this issue :

Brax • Matthieu de Bénazé • Nicolas Fuchs • Damian Gonzalez Dominguez (CICR/ICRC) • Fay Guerry
• Karima Kenane (Médecins du Monde France) • Laethicia Lamotte (HI - Humanité & Inclusion)

Conception | *Conception*

In medias res

ISSN : 2492-7120

ISBN : 978-2-37704-655-3

Imprimerie | *Printer*

Imprimerie Brailly – Saint-Genis-Laval



This product comes from sustainably managed forests and controlled sources

Politique de diffusion de la revue

Alternatives Humanitaires est disponible :

- en accès libre dans sa version numérique (lecture seule et téléchargement) sur notre site : <http://alternatives-humanitaires.org>
- sur support papier, soit par abonnement annuel soit par achat au numéro.

Distribution policy of the review

Humanitarian Alternatives is available:

- in open access in its digital version (read-only and download) on our website: <http://alternatives-humanitaires.org>
- on subscription or by purchasing a single hard copy issue.

Pour toute question ou souhait de contribution, n'hésitez pas à nous contacter :

If you have any questions or if you wish to contribute to the review please do not hesitate to contact us:

contact@alternatives-humanitaires.org

Twitter: @AlterHuma

Facebook: www.facebook.com/AltHuma/

LinkedIn: <https://fr.linkedin.com/company/alternatives-humanitaires-humanitarian-alternatives>

YouTube: https://www.youtube.com/channel/UCJXwxApzR_fxMj5rDKboyHg

<http://alternatives-humanitaires.org>



B. Martin

ÉDITORIAL | EDITORIAL

L'humanitaire saisi par la Covid-19
— Humanitarian aid hit by Covid-19

1

PERSPECTIVES

Entretien
J.-F. Mattei

« Les changements de notre environnement et les épidémies
sont liés à l'action de l'homme »
— "Changes in our environment and epidemics are linked
to human activity"

8

COVID-19: IMPACTS DANS LE CHAMP HUMANITAIRE

COVID-19: IMPACTS IN THE HUMANITARIAN FIELD

J. Freney

Comprendre l'histoire, la dynamique et le fonctionnement
des épidémies — Understanding the history, dynamics
and workings of epidemics

18

S. Maltais

Apprendre à la dure : comment l'expérience de la maladie
à virus Ebola peut aider la Guinée à faire face à la Covid-19
— Learning the hard way: how the Ebola virus experience
can help Guinea deal with Covid-19

38

F. Grünewald

Ce que la crise de la Covid-19 nous dit de nos capacités
d'apprentissage — What the Covid-19 crisis tells us about
our ability to learn

48

C. Cébron
S.-R. Hyppolite
N. Pollaert

Le rôle central de la santé communautaire dans la lutte contre la
pandémie de la Covid-19 : l'expérience de Médecins du Monde Canada
— The central role of community health in the fight against
the Covid-19 pandemic: the experience of *Médecins du Monde* Canada

60

M. Kasztura
F. Duroch

Des choix difficiles : les défis moraux rencontrés par les travailleurs
humanitaires durant la pandémie de la Covid-19 — Tough choices:
moral challenges experienced by aid workers during the Covid-19
pandemic

71

M. Hofman

Covid-19 en situation de conflit : une réponse difficile,
mais nécessaire — Responding to Covid-19 in conflicts:
difficult but necessary

84

Y. Jaffré
F. Hane
H. Kane

Une épreuve de dignité : regard anthropologique sur les réponses
à la Covid-19 en Afrique de l'Ouest — A test of dignity:
an anthropological analysis of Covid-19 responses in West Africa

96

K. Blanchet

La pandémie de la Covid-19 : un double fardeau en temps de crise
humanitaire — The Covid-19 pandemic: a double burden
in humanitarian crises

114

N. Niland

Une association malsaine : la guerre, la Covid-19 et la politique
de la métaphore — An unhealthy combination: War, Covid-19
and the politics of metaphor

126

A. Khakee

Pourquoi la Covid-19 ne doit pas être considérée uniquement
comme une urgence humanitaire — Why Covid-19 should not be
considered as solely a humanitarian emergency

137

TRANSITIONS

M. Vielajus
J.-M. Bonis-
Charancle

Localisation de l'aide : situation actuelle du débat et possibles
impacts de la crise de la Covid-19 — Aid localisation: current state
of the debate and potential impacts of the Covid-19 crisis

150

TRIBUNE

A. Caillé
B. Livinec

Néolibéralisme, le pic épidémique est-il derrière nous ?
— Neoliberalism: are we past the peak of the epidemic?

164

CULTURE

B. Miribel

Complètement Brax — Totally Brax — Livres — Books

172

Hommage à Olivier Mouzay — A tribute to Olivier Mouzay

185

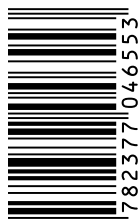
Juillet 2020
—
Numéro 14

ALTERNATIVES HUMANITAIRES

HUMANITARIAN ALTERNATIVES

July 2020
— Issue 14

18 €



9 782377 046553