

ALTERNATIVES HUMANITAIRES

Février 2016
Numéro inaugural —

February 2016
— Inaugural Issue

HUMANITARIAN ALTERNATIVES

FOCUS
EBOLA



La fin du cauchemar?

The end of the nightmare?

MAIS ÉGALEMENT...

PERSPECTIVES

L'action humanitaire au-delà
des *French doctors* • p. 10

Humanitarian action beyond the
"French doctors" • p. 10

BUT ALSO...

TRANSITIONS

Haïti, ou l'éthique humanitaire
en question • p. 96

Haiti, or humanitarian ethics
under question • p. 96

INNOVATIONS

L'humanitaire à l'épreuve des mo-
bilisations citoyennes... • p. 110

Humanitarian action in the face
of civic mobilisations.... • p. 110

Directeur de la publication | *Publication director*
Bernard Michel

Comité de rédaction
(provisoire)
| *Editorial board (temporary)*
Jean-François Mattei
• Benoît Miribel
• Jean-Baptiste Richardier

Conseil d'orientation
(provisoire)
| *Steering council (temporary)*
Serge Breyse • Yvan Conoir
• Bruno David
• Jean-François Mattei
• Benoît Miribel
• Jean-Baptiste Richardier
• Jean-Christophe Rufin

Comité de lecture (provisoire)
| *Reading committee (temporary)*
Boris Martin
• Jean-François Mattei
• Benoît Miribel
• Jean-Baptiste Richardier

Rédacteur en chef
| *Chief editor*
Boris Martin, contact e-mail:
boris.martin@alternatives-
humanitaires.org

Conseiller éditorial pour
la version anglaise
| *Editorial adviser for
the English version*
Philip Wade

Coordination
| *Coordination*
Audrey Sala
contact@alternatives-
humanitaires.org

Traducteurs
| *Translators*
Marc Duc • Mandy Duret
• Alain Johnson
• Renny Ngo • Philip Wade

Correction de
la version française
| *Correction for
the French version*
Catherine Tranchant

Correction de
la version anglaise
| *Correction for
the English version*
Philip Wade

Remerciements
| *Acknowledgements*
Pour leurs contributions
bénévoles:
Philippe Bohland
• Laurent Butstraen
• Bruno David • Nathalie Fayette
• Bernard Michel
• Gisèle Michon
• Cyrill Torres • Pauline Restoux
• Philip Wade
• Koren Wolman-Tardy

Conception
| *Conception*
In medias res

ISSN: en cours

Numéro gratuit
– Ne peut être vendu
| *Free Issue*
– *Can not be sold*

Imprimeur
| *Printer*
Imprimerie Brailly
– Saint-Genis-Laval

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

« Alternatives Humanitaires » est un projet initié et financé par quatre fondations:
la Fondation Action Contre la Faim, le Fonds Croix-Rouge française,
la Fondation Handicap International et la Fondation Mérieux.

En collaboration avec un réseau d'universités et d'instituts partenaires en cours de constitution.
À ce jour: Université Laval (Québec), Chaire Raoul Dandurand / UQAM (Montréal), Université Lumière
Lyon II / Université de Lyon, Institut Bioforce.

*"Humanitarian Alternatives" is a project initiated and funded by four foundations:
the Action Against Hunger Foundation, the French Red-Cross Fund,
the Handicap International Foundation and the Mérieux Foundation.*

*In collaboration with a network of partner universities and institutes being developed:
Université Laval (Québec), Chaire Raoul Dandurand / UQAM (Montréal),
Université Lumière Lyon II/Université de Lyon, Bioforce Institute*



ÉDITORIAL

Pourquoi se risquer à publier une nouvelle revue internationale dédiée à l'action humanitaire ?

Why risk publishing a new international humanitarian review?

Jean-François Mattei • Fonds Croix-Rouge française (French Red Cross Fund)

Benoît Miribel • Fondation Mérieux (Mérieux Foundation)

Jean-Baptiste Richardier • Fondation Handicap International (Handicap International Foundation)

Jean-Christophe Rufin • Fondation Action contre la Faim (Action against Hunger Foundation)

Membres du Conseil d'orientation – Members of the Steering Council



Au début des années 1970, la création de *Médecins sans Frontières* écrivait les premières pages d'une histoire dans laquelle s'inscriront de nombreuses initiatives, participant d'une conception renouvelée de l'action humanitaire. Près d'un demi-siècle plus tard, un constat s'impose: la réputation du « sans frontiérisme » reste attachée aux ruptures et aux innovations originelles, mais il se fait moins entendre sur la scène internationale. Depuis longtemps les acteurs anglosaxons peuvent quant à eux s'appuyer sur des publications de haut niveau, sans équivalent dans la sphère francophone. Certes, des publications de qualité existent déjà à l'initiative d'organisations spécifiques, pionnières d'une réflexion salutaire; l'originalité du projet *Alternatives Humanitaires* est toutefois de traduire d'emblée une initiative transversale, portée par plusieurs fondations représentatives d'un secteur où les divergences de points de vue, à la fois constitutives et constructrices, sont légion.

Pour les initiateurs du projet, la nécessité de lancer une telle revue est apparue d'évidence comme un complément au *Forum Espace Humanitaire*. Depuis 2009, tous les 18 mois et durant trois jours, cet espace d'échange informel s'ouvre aux dirigeants des principales ONG françaises ou francophones ainsi que du mouvement Croix-Rouge et Croissant-Rouge pour réfléchir ensemble aux grands enjeux du secteur humanitaire. Les organisateurs veillent aussi à la participation d'autres acteurs de l'aide sur la scène internationale et s'assurent de la contribution d'experts académiques reconnus.

Alternatives Humanitaires veut ainsi contribuer à faire valoir au plan international la voix singulière d'une réflexion humanitaire aux racines francophones, véritable passerelle avec ses collègues anglophones mais aussi, et peut-être surtout, entre deux univers mutuellement intéressés mais qui s'ignorent trop souvent, celui des chercheurs en sciences humaines et sociales et celui des praticiens de terrain.

Le positionnement de la revue se veut très ouvert, fondé sur la qualité de la réflexion et de l'expérience, permettant d'attirer les contributions de chercheurs ayant une légitimité scientifique indiscutable, tout en invitant les praticiens, forts de leur expérience d'acteurs de terrain, à s'engager dans la discussion. Por-



**JEAN-FRANÇOIS
MATTEI**



**BENOÎT
MIRIBEL**



**JEAN-BAPTISTE
RICHARDIER**



**JEAN-CHRISTOPHE
RUFIN**

At the beginning of the 1970s, the creation of *Médecins sans Frontières* wrote the first pages of a history in which numerous initiatives sharing a renewed conception of humanitarian action are inscribed. Close to half a century later the following recognition is required: the reputation of the "frontierless" movement remains attached to the original ruptures and innovations but its voice is not that much heard on the international scene. Native English speaking actors have long been able to rely on high level publications, with no equivalent in the francophone sphere. Of course quality publications due to the initiative of specific organisations, pioneers of salutary ways of thinking, already exist; the originality of the *Humanitarian Alternatives* project is nonetheless to launch a cross-cutting initiative, carried by several foundations representing a sector in which divergent points of view, both constituent and constructive, are numerous.

For the initiators of the project, the necessity of launching such a review obviously appeared as a complement to the *Humanitarian Space Forum*. Since 2009, every 18 months and during three days, this informal place of exchange opens to leaders of the main French or Francophone NGOs as well as the Red Cross and Red Crescent movements, to reflect upon the major stakes of the humanitarian sector. The organisers are also attentive to the participation of other international aid actors and ensure that recognised academic experts are contributors.

Humanitarian Alternatives thus wishes to contribute towards emphasising in the international arena the original voice of a humanitarian approach with francophone roots, true bridge towards its English speaking colleagues, but also, and maybe especially between two mutually interested universes that nonetheless ignore each other too often, that of researchers in humanities and that of field practitioners.

The positioning of the review is decidedly very open, based on quality of thinking and experience, enabling to attract the contributions of researchers with an undisputable scientific legitimacy, while inviting practitioners, deriving strength from their experience as field actors, to engage in the discussion. Carried by an affirmed prospective ambition, the review will seek the contributions

tée par une ambition prospective affirmée, la revue recherchera les contributions d'auteurs désireux d'investir les secteurs inexplorés des questions humanitaires, d'analyser les impasses actuelles et de mettre les questionnements et les réponses en perspective. La fièvre d'innovation qui s'est emparée du secteur pour répondre aux défis de la « transition humanitaire » fera notamment l'objet d'un regard attentif et critique.

Publier dans *Alternatives Humanitaires* doit représenter pour les chercheurs « une bouffée d'oxygène » par des prises de parole libérées des contraintes habituelles des revues académiques. Ils seront, nous l'espérons, séduits par la possibilité de partager un espace de réflexion sur une action humanitaire devenue objet d'intérêt social, sociétal et politique. Dès lors, l'objectif de la revue *Alternatives Humanitaires* est bien de construire et d'animer au fil du temps un espace de rencontre et de débat, de donner corps à une communauté de praticiens et de chercheurs résolus à faire progresser les concepts humanitaires et à inscrire les sujets traités dans les champs du pertinent et du possible.

En faisant dialoguer le monde humanitaire et les milieux académiques, notre ambition est de susciter un *impact sector* autant qu'un *impact factor*... L'horizon de lecture de la revue, ce sont les décideurs et praticiens de l'aide, les bailleurs et les instances nationales et multilatérales responsables de la réponse humanitaire, aussi bien que les milieux universitaires, chercheurs, enseignants et étudiants en sciences humaines et sociales. Nous souhaitons également intéresser les entreprises déjà engagées ou souhaitant intégrer de manière sincère et responsable une politique d'aide au plan international, sans écarter les publics éclairés et toute personne désireuse d'approfondir sa compréhension critique du secteur. Ce choix d'un lectorat éclectique est ambitieux et suggère un traitement à mi-chemin entre approche scientifique et mise en forme accessible, intégrant pour certaines rubriques une approche plus casuistique, voire narrative.

Réussir une diffusion internationale est un défi que nous savons difficile, d'où le choix exigeant du bilinguisme. Adossé à un réseau d'universités francophones, *Alternatives Humanitaires* entend privilégier les contributions de tout chercheur souhaitant voir

of authors wishing to invest the unexplored sectors of humanitarian issues, analyse the present deadlocks and put questioning and responses in perspective. The innovation fever that has seized the sector to answer the challenges of the "humanitarian transition" will in particular be the object of an attentive and critical scrutiny.

Publishing in *Humanitarian Alternatives* must represent for researchers a "breath of oxygen" by delivering papers freed from the usual constraints of academic reviews. They will, we hope, be seduced by the possibility of sharing a place to think about humanitarian action, that has become an object of social, societal and political concern. This way, the objective of *Humanitarian Alternatives* is effectively to build and animate, as time goes on, a place to meet and debate and to give shape to a community of practitioners and researchers resolved to make humanitarian concepts progress and to establish the subjects dealt with in fields of relevance and possibility.

By having the humanitarian world and academia engage in dialogue, our ambition is to give rise to an "impact sector" as well as to an "impact factor"... The horizon of readers of *Humanitarian Alternatives* is that of decision makers and aid practitioners, financial contributors and the national and multilateral institutions dealing with the humanitarian response, just as well as academics, researchers, teachers and students in humanities and social sciences. We also wish to create interest amongst the firms already engaged or wishing to adopt, in a sincere and responsible way, an international aid policy, without leaving aside the enlightened public and all persons wishing to deepen their critical understanding of the sector. The choice of an eclectic audience is ambitious and it suggests a focus half way between a scientific approach and an accessible formulation, integrating for certain headings a more case-like or narrative approach.

Succeeding in international distribution is a challenge that we know is difficult, hence the demanding choice of bilinguism. Backed by a network of francophone universities, *Humanitarian Alternatives* will deliberately privilege the contributions of researchers wishing to have their work published both in French and English.

publier ses travaux à la fois en français et en anglais.

Alternatives Humanitaires sera prioritairement diffusée sur un support digital autorisant des liens immédiats avec une richesse infinie de déclinaisons et d'informations complémentaires. Nous croyons toutefois à la pertinence de proposer une version imprimée de la revue pour répondre aux attentes et préférences des deux familles de lecteurs. Des actions complémentaires – débats, colloques, éditions d'ouvrages – pourront également être entreprises, visant à prolonger l'audience de la revue.

L'analyse des publications existantes nous a confortés dans le constat que n'existait pas au plan international de média comparable d'inspiration francophone, porté par un regroupement de fondations issues du milieu praticien, nourri des approches académiques de partenaires universitaires et traduisant une mise en commun de moyens, de pensée et de projets. À distance des impératifs opérationnels comme des contraintes institutionnelles, la liberté de la ligne éditoriale se veut totale, soutenue par un ton volontiers rebelle au « politiquement correct », garantie par un comité de rédaction et un comité d'orientation indépendants des organismes financeurs. *Alternatives Humanitaires* se positionne ainsi non pas en rupture, ni même en concurrence, mais en renforcement des publications existantes, déterminée à contribuer à la structuration d'une pensée innovante au service d'analyses et de propositions créatives.

Alternatives Humanitaires sera dans un premier temps proposée en accès libre dans sa version numérique et nous engageons, par notre signature, chacune de nos fondations à contribuer financièrement à son lancement et sa diffusion pour les trois années à venir.

Dans toute aventure on compte des éclaireurs et les auteurs de ce numéro sont de ceux-là. Avec eux, nous avons élaboré une première approche qui donne à voir, modestement, ce que pourra être cette revue. Articulée autour d'un dossier principal – ici la crise Ebola qui n'en finit pas de livrer ses enseignements –, elle puise à l'histoire du mouvement « sans-frontériste » vue au prisme d'une auteure anglo-saxonne, puis elle s'envole vers les Suds pour s'inspirer des mobilisations en

Humanitarian Alternatives will be distributed in priority fashion by a digital media, allowing immediate links with an infinite richness of expressions and complementary information. We believe nonetheless in the relevance of proposing a printed version of the review, so as to respond to the expectations and the preferences of both types of readers. Complementary actions – debates, conferences, book publishing – can also be carried out, to extend the audience of the review.

The analysis of existing publications has comforted us in the realisation that there did not exist on the international level a comparable media with a francophone inspiration, carried by a grouping of foundations coming from practitioners, nourished by the academic approaches of university partners and expressing a sharing of means, thinking and projects. At distance from operational imperatives as well as from institutional constraints, the freedom of the editorial line will be unhindered, supported by a willingly rebellious tone versus the “politically correct”, guaranteed by an editorial committee and a steering committee independent from financial sources. *Humanitarian Alternatives* positions itself nor as a breakaway or even as a competitor but as a reinforcement for existing publications, determined to contribute to the structuring of innovative thinking at the service of analyses and creative proposals.

Humanitarian Alternatives will be available to begin with in free access for the digital version and we pledge, by our signature, that each of our foundations will contribute financially to its launch and its distribution for the next three years.

In every adventure there are trail blazers and the authors of this issue are amongst them. With them we have elaborated a first approach that shows, modestly, what this review can be. Articulated around a main heading – here the Ebola crisis that has not yet finished delivering its lessons – it draws from the history of the “frontierless” movement, as witnessed through the prism of an English speaking author, flies towards the “Souths”, drawing inspiration from the undergoing mobilisations and looks towards ethics which are the future of the sector. Hence, the present issue is a proposal, in the

cours et porte enfin son regard vers l'éthique qui est l'avenir du secteur. Le présent numéro est donc une proposition, au sens le plus fort du terme : une offre soumise à délibération. En somme, cette proposition est à l'image de l'humanitaire : un chantier en perpétuel renouvellement, arrimé à ses fondations, prêt à s'élancer vers de nouveaux horizons.

Nous vous invitons à nous faire part de vos avis et recommandations ; ils nous seront précieux car les premiers pas d'une revue qui se veut innovante ne sont jamais faciles. Et bien sûr, nous vous invitons à nous rejoindre pour soutenir et enrichir cette initiative collective, établir son influence et contribuer à sa pérennité.

strongest sense of the term: an offer submitted to deliberation. In short, this proposal is in conformity with the image of humanitarian action: a work site in perpetual renewal, anchored to its foundations, ready to venture towards new horizons.

We invite you to communicate your advice and recommendations; they will be precious because the first steps of a review that wishes to be innovative are never easy. And of course we invite you to join us to support and enrich this collective initiative, establish its influence and contribute to its everlastingness.

PERSPECTIVES





PERSPECTIVES

L'action humanitaire au-delà des *French doctors*

Humanitarian action beyond the "French doctors"

Eleanor Davey • University of Manchester



Pour inaugurer cette rubrique « Perspectives », Eleanor Davey nous propose de relire la geste des *French doctors* tout en allant au-delà du « moment » fondateur qu’a représenté le Biafra. Ce regard porté par un chercheur anglo-saxon sur cette « histoire française » ébranlera quelques certitudes hexagonales. Elle nourrira sans nul doute le débat, objectif premier d’*Alternatives Humanitaires*. Parce qu’elle nous invite à porter notre propre regard plus loin et « plus large » pour embrasser toutes les influences intervenues depuis la fin des années 1960, Eleanor Davey convie l’ensemble de la communauté humanitaire à nourrir une compréhension plus large de l’action qu’elle porte et de son évolution.

To inaugurate this section “Perspectives”, Eleanor Davey invites us to reread the history of the “French doctors” while going beyond the foundational “moment” of Biafra. This look offered by an Anglo-Saxon researcher on this “French history” will probably shake some hexagonal certainties. It certainly nourishes debate, the first objective of *Humanitarian Alternatives*. Because it invites us to carry our own look further and “broader” to embrace all the influences that have occurred since the late 1960s, Eleanor Davey invites the entire humanitarian community to feed a broader understanding of the action it carries and its evolution.



Chercheurs et commentateurs s'accordent pour reconnaître l'importance historique et actuelle des *French doctors*. Le modèle d'action humanitaire auquel ont donné naissance les cercles militants, médiatiques et médicaux dans la France des années 1970 a eu un impact majeur sur les concepts et les pratiques de l'aide humanitaire aux ^{xx}e et ^{xxi}e siècles. Les organisations associées à ce modèle – en premier lieu Médecins Sans Frontières (MSF) – et les individus qui ont influencé sa pratique sont au premier plan des débats actuels et continuent de séduire et convaincre les travailleurs humanitaires, les journalistes comme les universitaires. Cependant, porter le regard au-delà de ce modèle dans une perspective historique s'avère essentiel si l'on veut rappeler d'autres développements advenus dans le champ humanitaire, mais aussi parce que cela permet de mieux comprendre et avec davantage de nuances la contribution des *French doctors*.

Le « moment » *French doctors*

Médecins Sans Frontières (MSF) est sans conteste l'incarnation la plus influente des *French doctors*; elle est décrite par le commentateur de l'aide humanitaire David Rieff comme « la conscience du monde humanitaire » et sa plus importante organisation non gouvernementale (ONG), et par l'anthropologue Miriam Ticktin comme « pratiquement synonyme d'humanitaire dans le monde contemporain¹ ». Du point de vue opérationnel, sa position force le respect: en 2010, alors que seules 5 % des ONG internationales au sein du système humanitaire étaient d'origine française, le « mouvement MSF » (puisque c'est ainsi qu'est baptisé le rassemblement de ses différentes sections nationales) comptait parmi le top cinq des meilleures organisations mondiales, en termes de budget et de couverture². L'*ethos* en même temps que l'épithète « Sans Frontières » ont conquis une véritable notoriété tant en France qu'à l'étranger, influençant toute une génération d'organisations huma-

« L'*ethos* en même temps que l'épithète "Sans Frontières" ont conquis une véritable notoriété tant en France qu'à l'étranger, influençant toute une génération d'organisations humanitaires ainsi que d'autres réseaux transnationaux. »

"The 'Without Borders' ethos and epithet has gained attention in France and abroad, influencing a generation of humanitarian organisations as well as other transnational networks."

Scholars and commentators are in agreement on the historical and contemporary importance of the "French doctors". The model of humanitarianism that emerged out of French activist, media and medical circles in the 1970s has had a major impact on the concepts and practices of humanitarian aid in the twentieth and twenty-first centuries. Organisations associated with this model – above all Médecins Sans Frontières (MSF) – and the individuals who have shaped its practice are foremost in current debates and continue to appeal to aid workers, journalists, and academics alike. Yet to look beyond this model when drawing upon history is beneficial not only as a reminder of other developments but also to help understand the contribution of the "French doctors" with more nuance and perspective.

The "French doctors" moment

MSF is without doubt the single most influential incarnation of the "French doctors", described by aid commentator David Rieff as "the conscience of the humanitarian world" and its most important non-governmental organisation (NGO), and by anthropologist Miriam Ticktin as "nearly synonymous with humanitarianism in the contemporary world".¹ Operationally, its position is compelling: while in 2010 only five per cent of international NGOs within the humanitarian system were French in origin, the MSF movement (as its different national sections are collectively known) was amongst the top five organisations worldwide in terms of budget and reach.² The "Without Borders" ethos and epithet has gained attention in France and abroad, influencing a generation of humanitarian organisations as well as other transnational networks. Their insistence on the entitlement of affected populations to access relief over the principle of state sovereignty has found international resonance.

The success of the "French doctors" has also shaped narratives of modern humanitarian action. Many accounts of humanitarian

— 1. David Rieff, *A Bed for the Night: Humanitarianism in Crisis*, New York, Simon and Schuster, 2002, p. 84; Miriam Ticktin, "Where ethics and politics meet: The violence of humanitarianism in France", *American Ethnologist*, vol. 33, n° 1, 2006, p. 35.

— 2. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP), *State of the Humanitarian System*, Londres, Overseas Development Institute, 2012, p. 29.

— 1. David Rieff, *A Bed for the Night: Humanitarianism in Crisis* (New York: Simon and Schuster, 2002), 84; Miriam Ticktin, "Where Ethics and Politics Meet: The Violence of Humanitarianism in France", *American Ethnologist* 33:1 (2006), 35.

— 2. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP), *State of the Humanitarian System* (London: Overseas Development Institute, 2012), 29.

nitaires ainsi que d'autres réseaux transnationaux. Leur insistance sur le droit fondamental des populations en souffrance à une aide au-delà du principe de la souveraineté étatique a trouvé une résonance internationale.

Leur succès a d'ailleurs formaté les récits sur l'action humanitaire moderne. Nombre d'entre eux considèrent la guerre du Biafra au Nigeria (1967-1970) comme un moment crucial, symbolique pour ceux qui allaient être surnommés les *French doctors*. Ce conflit, ainsi que la crise du Pakistan oriental (1970-1971), a mis en lumière pour un groupe de volontaires et de journalistes les réalités et les inadéquations de la pratique humanitaire d'alors. Cela aboutira à la création de MSF en 1971. De manière graduelle, tandis que s'affirmaient son expérience et sa capacité, MSF développera et affinera la pratique du « témoignage », désormais considérée comme l'un des principaux héritages de l'expérience française au Biafra. Mais cette guerre du Biafra aura également représenté un moment de forte remise en question pour un certain nombre d'organisations plus anciennes, dont le Comité international de la Croix-Rouge, les agences des Nations unies et d'autres ONG³. Il est en effet désormais avéré que l'aide apportée a servi d'instrument de propagande et contribué à prolonger le combat des sécessionnistes. De même, les relations entre l'action humanitaire et les médias de masse étaient très étroites et parfois ambiguës. Pour toutes ces raisons, le Biafra sert souvent de référence dans l'époque la plus récente de l'action humanitaire.

Il existe cependant d'autres voies pour faire l'historique des *French doctors*, qui ajoutent de la profondeur à sa caractérisation. L'héritage du Biafra et du Pakistan oriental, ainsi que du tremblement de terre au Pérou en 1972, incluait non seulement le *témoignage* mais mettait également l'accent sur la logistique, un domaine dans lequel les innovations de MSF interviendront assez largement à partir de la seconde moitié des années 1970⁴. Les avancées logistiques ne



ELEANOR DAVEY

history turn around the Biafra-Nigeria War (1967-70) as a crucial moment, in part precisely because of its significance for those who would become known as the "French doctors". This conflict – along with the East Pakistan crisis (1970-71) – exposed a key group of volunteers and journalists to the realities and inadequacies of relief practice, leading to the founding of MSF in 1971. Gradually, over time and as its own experience and capacity grew, MSF extended and refined the practice of "témoignage" or "speaking out" which is now viewed as one of the main legacies of the French experience in Biafra. But the war was also profoundly challenging for a number of older organisations including the International Committee of the Red Cross, United Nations (UN) agencies, and other NGOs.³ Aid provided a propaganda tool and material resources for the secessionist campaign; the relationship between humanitarian action and the mass media was close and at times compromising. For these reasons Biafra often serves as a marker of the most recent era of humanitarianism.

There are, however, other ways of historicising the "French doctors" moment that add depth to this characterisation. The legacies of Biafra and East Pakistan, and of the 1972 earthquake in Peru, not only included *témoignage* but also a renewed emphasis on logistics, a domain where MSF's innovations date largely from the second half of the 1970s onwards.⁴ Logistical advances could only occur as the movement expanded, but nonetheless hark back to an early aspiration to supply a flexible and fast-moving relief response where one was lacking.

— 3. Marie-Luce Desgrandchamps, "Dealing with 'Genocide': the ICRC and the UN during the Nigeria-Biafra War, 1967-70", *Journal of Genocide Research*, vol. 16, n° 2-3, 2014, p. 281-297; Philippe Ryfman, *La Question humanitaire*, Paris, Ellipses, 1999, p. 35.

— 4. Voir Marc Payet, *Logs. Les hommes-orchestres de l'humanitaire*, Paris, éditions Alternatives, 1996.

— 3. Marie-Luce Desgrandchamps, "Dealing with 'Genocide': the ICRC and the UN during the Nigeria-Biafra War, 1967-70", *Journal of Genocide Research* 16:2-3 (2014): 281-97; Philippe Ryfman, *La question humanitaire* (Paris: Ellipses, 1999), 35.

— 4. See Marc Payet, *Logs. Les hommes-orchestres de l'humanitaire* (Paris: Editions Alternatives, 1996).

pouvaient en effet se développer sans la progression de l'organisation elle-même, même si elles relevaient d'une aspiration plus ancienne à fournir une réponse humanitaire flexible et rapide là où elle faisait défaut. Cette aspiration n'était pas limitée aux *French doctors*: les Nations unies avaient aussi cherché à améliorer leurs processus de coordination, après que l'aide internationale eut laissé cruellement à désirer, et que le Programme alimentaire mondial ait commencé sa mue d'une organisation spécialisée dans le développement en spécialiste de la réponse d'urgence⁵.

Au-delà de l'histoire de l'action humanitaire en tant que réponse en situation d'urgence, le Biafra fut aussi une époque déterminante de l'histoire des droits de l'homme et des réponses aux atrocités d'après-guerre. Une raison significative en est le rôle qu'il a joué dans l'émergence d'un débat sur un génocide postcolonial et, plus particulièrement, l'invocation de la mémoire de l'Holocauste. Les événements au Biafra – auxquels, de nouveau, il faut ajouter les violences dans le Pakistan oriental, ainsi que les crimes des Khmers Rouges au Cambodge dans la seconde moitié des années 1970 – étaient fréquemment présentés comme des « génocides » par les journalistes et les activistes européens et nord-américains⁶. Ceux qui firent campagne pour une action plus ferme en réponse aux atrocités mettaient souvent en avant l'urgence et une morale de l'intervention s'appuyant sur la rhétorique de l'Holocauste. L'idée que les droits de l'homme étaient la réponse aux atrocités prit ainsi de l'ampleur dans les années 1970, en parallèle et parfois en correspondance avec l'accent mis par les *French doctors* sur le *témoignage*. Selon l'expression de Bernard Kouchner, cofondateur de MSF et de Médecins du Monde (MDM), « Auschwitz, les Khmers Rouges, les grandes hécatombes : nous, volontaires de l'humanitaire, nous les avons rendu plus

« Le Biafra fut aussi une époque déterminante de l'histoire des droits de l'homme et des réponses aux atrocités d'après-guerre. »

“Biafra was a major moment in the post-war history of human rights and responses to atrocity.”

This aspiration was not limited to the “French doctors”: the UN also sought to improve its coordination processes after these moments when international aid was found sorely wanting and the World Food Programme began its transformation from a development organisation to an emergency response specialist.⁵

Beyond the history of humanitarian action as an emergency response, Biafra was a major moment in the post-war history of human rights and responses to atrocity. A significant reason for this was its role in the emergence of a discourse of post-colonial genocide and, more specifically, the invocation of the Holocaust memory. Events in Biafra – again, alongside violence in East Pakistan as well as the crimes of the Khmers Rouges in Cambodia in the second half of the 1970s – were frequently described as “genocide” by European and North American journalists and activists.⁶ Those who campaigned for more robust action in response to atrocities often conveyed the urgency and morality of intervention through the use of Holocaust rhetoric. The idea of human rights as a response to atrocities gained momentum in the 1970s and paralleled, indeed at times corresponded with, the “French doctors” emphasis on *témoignage*. In the words of Bernard Kouchner, co-founder of MSF and Médecins du Monde (MDM), “Auschwitz, the Khmer Rouges, the large-scale massacres: we, humanitarian volunteers, have made them more difficult to perpetrate and the press more difficult to cover up. [...] The ‘French doctors’ changed the world’s indignation”.⁷ At times the convergence of human rights and humanitarianism in this period was explicitly invoked by the latter’s practitioners: they would

— 5. Randolph Kent, *Anatomy of Disaster Relief: The International Network in Action* (London: Pinter Publishers, 1987); D. John Shaw, *The World’s Largest Humanitarian Agency: The Transformation of the UN World Food Programme and of Food Aid* (London: Palgrave Macmillan, 2011), 52–62.

— 6. Karen E. Smith, *Genocide and the Europeans* (Cambridge: Cambridge University Press, 2010), 65–104. This portrayal of the conflict as genocide, including the use of Holocaust rhetoric, was also encouraged and espoused by the Biafran propaganda services.

— 7. Bernard Kouchner, *Le malheur des autres* (Paris: Odile Jacob, 1991), 13. In the original French: « Auschwitz, les Khmers Rouges, les grandes hécatombes : nous, volontaires de l’humanitaire, nous les avons rendus plus difficiles à perpétrer et la presse plus ardue à dissimuler. [...] Les *French doctors* ont modifié l’indignation du monde. »

— 5. Randolph Kent, *Anatomy Of Disaster Relief: The International Network in Action*, Londres, Pinter Publishers, 1987; D. John Shaw, *The World’s Largest Humanitarian Agency: The Transformation of the UN World Food Programme and of Food Aid*, Londres, Palgrave Macmillan, 2011, p. 52–62.

— 6. Karen E. Smith, *Genocide and the Europeans*, Cambridge University Press, 2010, p. 65–104. Cette représentation du conflit comme un génocide, y compris l’utilisation de la rhétorique de l’Holocauste, a également été encouragée et adoptée par les services de propagande du Biafra.

difficiles à perpétrer et à dissimuler par la presse [...]. Les *French doctors* ont modifié l'indignation du monde⁷ ». À certains moments de cette période, la convergence des droits de l'homme et de l'action humanitaire fut explicitement invoquée par les praticiens de cette dernière: ils aideraient à changer la situation, au lieu de panser les blessures, à résister aux atrocités plutôt que de simplement réagir à celles-ci. De tels aspects utopistes amènent à lire cette nouvelle forme d'engagement comme un défi au *statu quo*. Malgré l'influence qu'il a pu avoir, ce mouvement n'est pourtant qu'une partie d'une plus longue histoire de l'action humanitaire incluant bien d'autres pratiques, d'autres idées et d'autres influences⁸.

Une vision à plus long terme

Tout comme en anglais, les mots utilisés pour décrire l'action humanitaire en français et les significations données ont évolué avec le temps. Selon les usages, le mot anglais « humanitaire » était relié à des discussions théologiques ou pour désigner « une inquiétude vis-à-vis de l'humanité tout entière, une compassion et une parenté avec toutes les créatures vivantes⁹ ». De la même manière, le mot français « humanitaire » trouve ses origines dans le philanthropisme du XVIII^e siècle, émergeant aux alentours des années 1760 pour décrire « l'amour général de l'humanité¹⁰ ». Un demi-siècle plus tard, le mot était utilisé comme un adjectif dérivé d'« humanité », mais souvent dans un sens péjoratif. *Humanitaire*, à cette période, était souvent équivalent à ce que l'on appellerait en anglais contemporain « bleeding heart liberalism » et, dans le français d'aujourd'hui, au mot peu employé d'« humanitarisme »: sentimental, compatissant, peu pratique¹¹.

— 7. Bernard Kouchner, *Le Malheur des autres*, Paris, Odile Jacob, 1991, p. 13.

— 8. Les développements qui suivent se fondent sur Eleanor Davey, *Beyond the "French Doctors": The Evolution and Interpretation of Humanitarian Action in France*, Londres, Overseas Development Institute [ODI], 2012 et d'autres publications du projet *A Global History of Modern Humanitarian Action*, disponible sur: www.odi.org.uk/hpg

— 9. Katherine Davies, *Continuity, change and contest: Meanings of "humanitarian" from the "Religion of Humanity" to the Kosovo war*, Londres, ODI, 2012.

— 10. Edward D. Seeber, "Humanisme, Humanitisme, and Humanitarisme", *Modern Language Notes*, vol. 49, n° 8, 1934, p. 521.

— 11. Marianne Valentin, « Les infortunes du mot humanitaire », *Vacarme*, vol. 4-5, 1997.

« Le mot français "humanitaire" trouve ses origines dans le philanthropisme du XVIII^e siècle, émergeant aux alentours des années 1760 pour décrire "l'amour général de l'humanité". »

"The French word 'humanitaire' (humanitarian) has its origins in eighteenth-century philanthropy, with the word 'humanisme' emerging in the mid-1760s to describe the 'general love of humanity'."

contribute to change instead of simply patching up wounds, resisting atrocities not simply reacting to them. Utopian aspects like this encourage a reading of the new engagement as a way to challenge the status quo. Yet their moment, influential as it has been, is only part of a much longer history of humanitarianism that includes many other practices, ideas, and influences.⁸

A longer term view

As in English, the words used to describe humanitarian action in French and the meanings ascribed to them have evolved over time. In some usages the English term "humanitarian" was part of theological discussions or meant to design "a concern for the whole of mankind, a compassion and kinship with all living creatures".⁹ Similarly, the French word "humanitaire" (humanitarian) has its origins in eighteenth-century philanthropy, with the word "humanisme" emerging in the mid-1760's to describe the "general love of humanity".¹⁰ Half a century later, the French word was being used as an adjective derivative of "humanité" (humanity), but often in a pejorative manner. *Humanitaire* in this period was often equivalent to what in contemporary English might be referred to as "bleeding heart liberalism" and in today's French is captured by the little-used term "humanitarisme": sentimental, pitying, impractical.¹¹

Scholars who consider humanitarian histories through the lens of motivations and concepts have often emphasised the wide spectrum of humanitarian endeavours in this early period. The abolitionist movement, for instance, is frequently cited as an influential prototype because of the role of associational activity, lobbying and public pressure in the name of "humanity". It was in studying the anti-slavery campaign that Thomas Haskell argued hu-

— 8. The following discussion draws upon Eleanor Davey, *Beyond the "French Doctors": The Evolution and Interpretation of Humanitarian Action in France* (London: Overseas Development Institute [ODI], 2012) and other publications of the project *A Global History of Modern Humanitarian Action*, available at: www.odi.org.uk/hpg

— 9. Katherine Davies, *Continuity, Change and Contest: Meanings of "Humanitarian" from the "Religion of Humanity" to the Kosovo War* (London: ODI, 2012).

— 10. Edward D. Seeber, "Humanisme, Humanitisme, and Humanitarisme", *Modern Language Notes* 49:8 (1934), 521.

— 11. Marianne Valentin, « Les infortunes du mot humanitaire », *Vacarme* 4-5 (1997).

Les chercheurs qui analysent l'histoire de l'action humanitaire à travers le prisme des motivations et des concepts ont souvent mis en évidence le large spectre des activités « humanitaires » de cette première période. Le mouvement « abolitionniste », par exemple, est fréquemment cité comme un prototype influent du fait du rôle de l'activité associative, du lobbying et de la pression publique au nom de l'« humanité ». C'est en étudiant la campagne contre l'esclavage que Thomas Haskell démontra que les sentiments humanitaires ne se forment que lorsqu'il y a la perception de la possibilité d'un changement, et ainsi d'une responsabilité morale. Une situation nouvellement perçue comme intolérable devient l'objet d'un nouvel engagement, précisément du fait d'un changement dans la perception des relations causales¹².

L'héritage du colonialisme est à première vue moins confortable pour l'humanitaire que la campagne contre l'esclavage, car – pour adopter la terminologie de Michael Barnett – il est bien plus clairement paternaliste et bien moins en faveur de l'émancipation¹³. Si la « mission civilisatrice » du pouvoir colonial pouvait se concevoir comme une entreprise humanitaire en ce qu'elle cherchait à améliorer les vies des habitants des territoires colonisés, elle s'appuya pour cela sur la croyance selon laquelle les non-Européens vivaient dans un état de sauvagerie et de barbarie. Cette croyance rationalisa à la fois les interventions caritatives et punitives.

De ce point de vue-là, il est tout aussi inexact de considérer l'abolitionnisme comme positif par opposition à l'histoire plus sombre de l'impérialisme – le premier étant fermement impliqué dans le moralisme, l'interventionnisme et la campagne pour la « civilisation » du second¹⁴. La recherche récente a mis en évidence que l'action humanitaire et l'impérialisme sont « liés dans des séries d'histoires se construisant mutuellement, dans lesquelles les idées et les pratiques associées

manitarian sentiments form only when there is a perception of the possibility of change, and thus of moral responsibility. A situation newly perceived as intolerable becomes the object of new engagement, precisely because of the shift in how causal relationships were understood.¹²

The legacy of colonialism for humanitarianism is at face value less comfortable than the anti-slavery campaign, because (to adopt Michael Barnett's terminology) it is more clearly paternalist and less clearly emancipatory.¹³ While the "civilising mission" of colonial rule could be conceived as a humanitarian undertaking in that it sought to improve the lives of those in the colonised territories, this was only possible because of the belief that non-Europeans lived in a state of savagery and barbarism. This belief rationalised both caring interventions and punitive ones.

It is therefore not the case that abolitionism stands as positive against the darker story of imperialism – the former is firmly implicated in the latter's moralism, interventionism and campaign for "civilisation".¹⁴ Recent scholarship has emphasised that humanitarianism and imperialism are "bound together in a series of mutually constituting histories, in which the ideas and practices associated with imperial politics and administration have both been shaped by and have in themselves informed developing notions of humanitarianism."¹⁵ Expertise developed in the colonies was also channelled directly into international civil society through the movement of individuals from missionary work and colonial service to international agencies and NGOs.

— 12. Thomas Haskell, "Capitalism and the Origins of the Humanitarian Sensibility", *The American Historical Review*, vol. 90, n° 2/3, 1985, p. 339-361 et 547-566.

— 13. Michael Barnett, *Empire of Humanity: A History of Humanitarianism* ?, Londres, Ithaca, Cornell University Press, 2011.

— 14. Françoise Vergès, *Abolir l'esclavage: une utopie coloniale. Les ambiguïtés d'une politique humanitaire*, Paris, Albin Michel, 2001.

— 12. Thomas Haskell, "Capitalism and the Origins of the Humanitarian Sensibility", *The American Historical Review* 90:2/3 (1985): 339-61, 547-66.

— 13. Michael Barnett, *Empire of Humanity: A History of Humanitarianism* (London; Ithaca: Cornell University Press, 2011).

— 14. Françoise Vergès, *Abolir l'esclavage: une utopie coloniale. Les ambiguïtés d'une politique humanitaire* (Paris: Albin Michel, 2001).

— 15. Rob Skinner and Alan Lester, "Humanitarianism and Empire: New Research Agendas", *The Journal of Imperial and Commonwealth History* 40:5 (2012), 731.

à la politique et à l'administration impériale ont autant façonné des notions naissantes relatives à l'action humanitaire qu'elles ont été influencées par ces dernières¹⁵ ». L'expertise développée dans les colonies était aussi canalisée directement vers la société civile internationale par le mouvement des missionnaires et des membres du service colonial vers les agences internationales et les ONG. Tracer des parcours de carrière continue ainsi d'être un moyen utile d'analyser les relations entre les systèmes politique, diplomatique et militaire actuels d'une part, et la société civile nationale et internationale d'autre part¹⁶.

Une vision à plus long terme contribue également à ranger l'action humanitaire parmi les autres techniques nationales et internationales de gouvernement, rappelant sa relation au pouvoir. Une telle perspective est pertinente à la lumière des combats de certains humanitaires dans les dernières décennies pour s'affirmer contre le pouvoir étatique tandis que l'intérêt de ce dernier pour l'action humanitaire en a fait un des acteurs-clés de l'expansion du secteur. Des études touchant à des domaines voisins de l'histoire de l'action humanitaire, comme l'histoire de l'internationalisme ou de la médecine, éclairent la manière dont l'idée de coopération au-delà des frontières étatiques a émergé et évolué. Elles nous aident à comprendre comment les développements dans la gouvernance humanitaire faisaient partie d'un ensemble d'idées similaires et d'initiatives venues d'Europe, et plus tard des États-Unis, mêlant réformes du commerce, socialisme et mouvements pacifistes¹⁷. Ces connexions deviendront particulièrement évidentes au moment de la consolidation et de l'articulation des affaires humanitaires : dans la collaboration internationale après la Première Guerre mondiale, à l'occasion

« Une vision à plus long terme contribue également à ranger l'action humanitaire parmi les autres techniques nationales et internationales de gouvernement, rappelant sa relation au pouvoir. »

"A longer term view also helps to place humanitarian action amongst other national and international techniques of rule, reminding us of its relationship with power."

Tracing career pathways continues to be a useful way of considering the relationship between contemporary political, diplomatic, and military systems and national and international civil society.¹⁶

A longer term view also helps to place humanitarian action amongst other national and international techniques of rule, reminding us of its relationship with power. Such a perspective is pertinent in light of the struggles of certain humanitarians in recent decades to assert themselves against state power even as the increase of government interest in humanitarian action has been one of the key drivers of the sector's expansion. Studies in fields cognate to humanitarian history, like the history of internationalism or medicine, illuminate how the idea of cooperation beyond state borders emerged and evolved. They help us to understand how developments in humanitarian governance were part of a whole chorus of similar ideas and initiatives emanating from Europe and later the United States, including trade reforms, socialism, and pacifist movements.¹⁷ These connections become particularly evident at times of consolidation and articulation in humanitarian affairs: in international collaboration in the aftermath of the First World War, during the mass relief works in the Second World War, with the stitching together of the post-colonial aid programme, and with reform and coordination efforts since the end of the Cold War.

A wider lens

This long term vision, however, is inherently geared towards Western forms of humanitarian action. It takes us beyond the "French doctors", but not outside their frame of reference. And yet, as seen in the prominent position of Cuban medical staff in the Ebola epidemic of 2014-15, humanitarian action is not the preserve of those who espouse the "humanitarian principles" first made familiar by the Red Cross/Red Crescent movement.

— 15. Rob Skinner et Alan Lester, "Humanitarianism and Empire: New Research Agendas", *The Journal of Imperial and Commonwealth History*, vol. 40, n° 5, 2012, p. 731.

— 16. Guillaume Lachenal et Bertrand Taithe, « Une généalogie missionnaire et coloniale de l'humanitaire : le cas Aujoulat au Cameroun, 1935-1973 », *Le mouvement social*, n° 227, 2009, p. 45-63 ; David Lewis, "International development and the 'perpetual present': Anthropological approaches to the re-historicization of policy", *European Journal of Development Research*, n° 21, 2009, 40-42.

— 17. Mark Mazower, *Governing the World: The History of an Idea*, Londres, Allen Lane, 2012.

— 16. Guillaume Lachenal et Bertrand Taithe, "Une généalogie missionnaire et coloniale de l'humanitaire : le cas Aujoulat au Cameroun, 1935-1973", *Le mouvement social* 227 (2009):45-63 ; David Lewis, "International Development and the 'Perpetual Present': Anthropological Approaches to the Re-historicization of Policy", *European Journal of Development Research* 21 (2009), 40-42 ;

— 17. Mark Mazower, *Governing the World: The History of an Idea* (London : Allen Lane, 2012).

des opérations massives d'aide durant la Seconde Guerre mondiale, avec l'élaboration du programme d'aide postcolonial, puis la réforme et les efforts de coordination depuis la fin de la guerre froide.

Une vision plus large

Cette vision à long terme reste néanmoins tournée vers les formes occidentales de l'action humanitaire. Si cela nous permet de porter notre regard au-delà des *French doctors*, elle ne nous permet pas de sortir de leur cadre de référence. Et pourtant, comme en témoigne la présence massive des équipes médicales cubaines lors de l'épidémie d'Ebola de 2014-2015, l'action humanitaire n'est pas le domaine réservé de ceux qui adhèrent aux « principes humanitaires » édictés à l'origine par le mouvement Croix-Rouge et Croissant-Rouge. Cuba préfère ainsi les termes de solidarité et de coopération à celui d'aide pour décrire ses programmes internationaux en matière médicale comme d'éducation¹⁸.

Ces dernières années s'est développée une critique de l'action humanitaire, souvent décrite – dans la lignée de l'histoire esquissée plus haut – comme eurocentrée et transatlantique. Cette critique découle, non sans ironie, d'un récit simpliste et à courte vue des pressions géopolitiques supportées par l'action humanitaire depuis les attaques du 11 septembre 2001. Même si elle a connu des antécédents, cette accusation portée contre le secteur humanitaire d'être dans son ensemble trop lié aux agendas politiques américain et européen a depuis cette date gagné en intensité. Un rapport de 2006 du Feinstein International Centre résumait ces inquiétudes : « Étant donnés les récents niveaux de polarisation et de manipulation auxquels il est soumis, existe-t-il quelque chose de vraiment universel dans ce que nous appelons l'action humanitaire ? En d'autres termes, la nature essentiellement occidentale de l'appareil humanitaire se heurte-t-elle aux valeurs universelles qu'elle est censée transmettre ? Le fait que l'action humanitaire soit "du Nord" compromet-il la capacité des agences humanitaires à fonctionner et à être considérées comme

« Une des particularités de la réponse française est son caractère intégré associant réponse sanitaire et recherche opérationnelle. »

"A specificity of the French response is the integration of health relief activities and operational research."

Cuba prefers the language of solidarity and cooperation, not aid, for its international medical and educational programmes.¹⁸

Recognition of the bias that informs most accounts of the evolution of humanitarian action – a story that often appears, like the one sketched out above, Eurocentric and trans-Atlantic in its orientation – has deepened in recent years. The reason for this lies, somewhat ironically, in what is often a simplistic and short-sighted narrative of geopolitical pressures being brought to bear on humanitarianism since the attacks of 11th September 2001. Although there are earlier examples, criticism of the "humanitarian sector" as a whole for being too bound up in North American and European political agendas gained intensity after this time. A 2006 report by the Feinstein International Center captured the anxiety: "given the new levels of polarization and manipulation to which it is subjected, is there anything truly universal about what we call humanitarian action? In other words, does the predominantly Western nature of the humanitarian apparatus clash with the universalist values that it purports to convey? Does the fact that humanitarianism is 'of the North' compromise the ability of humanitarian agencies to function and to be seen as neutral, impartial and independent?"¹⁹

One of the ripples this concern caused was the increase in perception studies. Another was a greater interest in mapping and analysing contributions of various kinds from countries sometimes referred to as "rising global powers", from regional organisations, faith-based networks, Southern NGOs, national organisations, Diaspora communities, as well as private enterprise and military actors.

In historiographical terms, significant gaps remain in accounts of humanitarianism in general and enormous blind spots regarding Southern histories especially. An insistence on the diversity of "cultures of humanitarianism" is one accessible approach; an atten-

— 18. Elena Fiddian-Qasmieh, *South-South Educational Migration, Humanitarianism and Development: Views from Cuba, North Africa and the Middle East*, Oxford, Routledge, 2015.

— 18. Elena Fiddian-Qasmieh, *South-South Educational Migration, Humanitarianism and Development: Views from Cuba, North Africa and the Middle East* (Oxford: Routledge, 2015).

— 19. Antonio Donini *et al*, *Humanitarian Agenda 2015: Principles, Power, and Perceptions* (Medford: Feinstein International Centre, Tufts University, 2006), p.13.

neutres, impartiales et indépendantes¹⁹ ? »

Une des conséquences de cette inquiétude fut le développement des études de perception. Une autre fut un intérêt grandissant pour les expériences issues de différents pays auxquels on se réfère parfois comme des « puissances globales émergentes », mais aussi d'organisations régionales, de réseaux organisés sur la religion, d'ONG du Sud, d'organisations nationales, de communautés diasporiques, ainsi que d'entreprises privées et d'acteurs militaires.

En termes historiographiques, des lacunes significatives subsistent concernant les descriptions de l'action humanitaire en général, tandis que des trous noirs béants demeurent concernant l'histoire de l'humanitaire du Sud en particulier. Mettre l'accent sur la diversité des « cultures de l'action humanitaire » serait un moyen de pallier ce manque ; de même, une attention portée sur les pratiques permettrait d'atténuer les différences conceptuelles rhétoriques et ainsi d'aider à mettre en valeur des aspects souvent sous-estimés de la réponse humanitaire²⁰. Mais la recherche en ce sens reste pour l'heure dispersée et partielle si bien qu'il est difficile pour des non-spécialistes de l'identifier et d'y accéder, tandis que le discours dominant ne permet pas à cette vision plus large de nous aider à relativiser la compréhension que nous avons de l'action humanitaire globale. Pour toutes ces raisons, sans aucun doute à notre détriment et malgré nos ambitions en sens contraire, nous courons le risque de perpétuer notre connaissance élabo- rée avec une courte vue et dans un cadre étroit.

Traduit de l'anglais par Renny Ngo

— 19. Antonio Donini et al., *Humanitarian Agenda 2015: Principles, Power, and Perceptions*, Medford, Feinstein International Center, Tufts University, 2006, p. 13.

— 20. Voir par exemple Jacinta O'Hagan et Miwa Hirano, "Fragmentation of the International Humanitarian Order? Understanding 'Cultures of Humanitarianism' in East Asia", *Ethics & International Affairs*, vol. 28, n° 4, 2014, p. 409-424 ; Pierre Fuller, "North China famine revisited: Unsung native relief in the warlord era, 1920-1921", *Modern Asian Studies*, vol. 47, n° 3, 2013, p. 820-850.

tion to practice offers another way of making conceptual and rhetorical differences less daunting and thus helps to recover aspects of humanitarian response often overlooked.²⁰

But this scholarship is scattered and partial; it is difficult for non-specialists to identify and access and the dominant discourse is a long way from understanding how applying this wider lens might challenge or revise our understandings of global humanitarian action. For these reasons, no doubt to our detriment and despite ambitions to the contrary, we are at risk of perpetuating our reliance on a short view and a narrow frame.

— 20. See for example Jacinta O'Hagan and Miwa Hirano, "Fragmentation of the International Humanitarian Order? Understanding 'Cultures of Humanitarianism' in East Asia", *Ethics & International Affairs* 28:4 (2014): 409-24; Pierre Fuller, "North China Famine Revisited: Unsung Native Relief in the Warlord Era, 1920-1921", *Modern Asian Studies* 47:3 (2013): 820-50.

Biographie | Biography

ELEANOR DAVEY

Historienne de l'humanitaire. Sa thèse de doctorat, soutenue à l'université de Londres en 2011, portait sur l'évolution des réponses françaises dans le « tiers-monde », avec un accent sur Médecins Sans Frontières (MSF). De 2011 à 2014, elle a travaillé au sein du Humanitarian Policy Group (HPG) de l'Overseas Development Institute (ODI) sur les usages de l'histoire dans la pratique et la politique humanitaires. Elle a rejoint le Humanitarian and Conflict Response Institute (HCRI) en mai 2014 et enseigne au département d'histoire de l'université de Manchester. Paru en décembre 2015 chez Cambridge University Press : *Idealism beyond Borders. The French Revolutionary Left and the Rise of Humanitarianism, 1954-1988*.

Lecturer in history of humanitarianism. Her PhD thesis, defended at the University of London in 2011, focused on the evolution of French responses in the "third world", with a focus on Médecins Sans Frontières (MSF). From 2011 to 2014, she worked in the *Humanitarian Policy Group* (HPG) of the *Overseas Development Institute* (ODI) on the uses of history in humanitarian practice and policy. She joined the *Humanitarian and Conflict Response Institute* (HCRI) in May 2014 and teaches in the History Department of the University of Manchester. Published in December 2015 by Cambridge University Press: *Idealism beyond Borders. The French Revolutionary Left and the Rise of Humanitarianism, 1954-1988*.



A photograph showing a health worker in red scrubs and white rubber boots standing on a dirt road, gesturing while talking to a group of people. To the left is a white ambulance with a blue stripe and the word 'AMBULANCE' written on its side. A woman in a patterned top and black skirt stands near the ambulance. In the foreground, a young boy in a red patterned skirt stands with his back to the camera. Other people, including a woman in a headscarf and a child in a blue shirt, are also visible. The background shows a dirt road, trees, and a building with laundry hanging on a line.

FOCUS EBOLA

La fin du cauchemar?
The end of the nightmare?

Les leçons d'Ebola

Lessons from Ebola

Jean-François Delfraissy • Académie des Sciences
Benoît Miribel • Fondation Mérieux / Action contre la Faim

A

près plus de 11 000 décès selon l'OMS et environ 30 000 personnes infectées en Afrique de l'Ouest, la baisse de la propagation du virus Ebola s'est confirmée à partir de l'été 2015. Pourquoi a-t-il fallu autant de temps et de pertes humaines pour parvenir à contenir cette dernière épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest? Au-delà de l'impact en vies humaines, nous voyons que c'est tout un système sanitaire, social et économique qui s'est retrouvé frappé par ces épidémies. Sommes-nous condamnés à les subir ou pouvons-nous endiguer ces épidémies qui ne connaissent pas de frontières entre les espèces et les territoires?

Retour sur une menace globale

Il y a presque deux ans, le 21 mars 2014, alors que nous étions réunis à l'occasion du comité annuel de suivi des activités du Laboratoire P41 Jean Mérieux – Inserm de Lyon, nous avons eu la confirmation, grâce à l'identification du Dr Sylvain Baize de l'équipe Pasteur-Inserm, que nous étions face à une nouvelle épidémie Ebola. Provenant de la Guinée forestière, les échantillons suspects avaient en effet pu être acheminés par les équipes de Médecins sans Frontières (MSF) avec l'accord de la cellule de crise guinéenne

After more than 11,000 deaths, according to the WHO, and about 30,000 infected people in West Africa, the spread of the Ebola virus has finally decreased since the summer of 2015. Why did it take so much time and loss of human lives before this last Ebola epidemic in West Africa was contained? Beyond the impact on human lives, we can see that it is a whole health, social and economic system that has been struck by such epidemics. Are we condemned to put up with them or can we contain these epidemics, which disregard borders between species and territories?

Looking Back at a Global Threat

Almost two years ago, on March 21st 2014, as we gathered for the annual steering committee of the Jean Mérieux-Inserm P4¹ Laboratory of Lyon, we received confirmation, thanks to the identification by Dr Sylvain Baize from the Pasteur-Inserm team, that we were facing a new Ebola epidemic. The suspected samples came from the Forest region of Guinea and were brought by Médecins sans Frontières (MSF) teams in agreement with the Guinean crisis cell led by Dr Aboubacar Sidiki Diakité².

Even if the World Health Organization (WHO)

— 1. Pour « Pathogènes de classe 4 », c'est-à-dire des virus provoquant des fièvres hémorragiques (comme Ebola) ou des maladies extrêmement infectieuses et avec un fort taux de mortalité (comme la variole). Le Laboratoire P4 Jean Mérieux – INSERM est le seul laboratoire P4 civil en France [NDLR].

— 1. For the "biosafety level 4 pathogens", i.e. viruses inducing hemorrhagic fevers (such as Ebola) or highly infectious diseases, with a strong death rate (such as smallpox). The Jean Mérieux-Inserm P4 Laboratory is the only civil BSL4 laboratory in France [editor's note].

— 2. Read in this edition the article by Aboubacar Sidiki Diakité.

dirigée par le Dr Aboubacar Sidiki Diakité². Même si l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) n'a pas tardé à déclarer, le 25 mars, la confirmation d'une nouvelle épidémie Ebola, la plupart des spécialistes s'accordaient sur le fait que, comme ce fut le cas pour la vingtaine d'épidémies survenues depuis 40 ans, on ne dépasserait pas les 500 cas et que le virus serait éteint dans les deux à trois mois³. Malgré les appels répétés de MSF, en première ligne dans ce combat, il aura fallu attendre le 18 septembre 2014 et la résolution 2177⁴ du Conseil de Sécurité de l'ONU pour que la communauté internationale se mobilise véritablement face à « la menace globale » que constituait le virus Ebola. La réponse internationale à l'appel des Nations unies fut conséquente à partir de septembre avec le déploiement par les États-Unis de 3 000 militaires au Liberia pour l'installation de plusieurs centres d'hospitalisation mobiles, l'engagement financier de 150 millions d'euros par l'Union européenne, l'installation de centres de traitement et de formation et du Centre de Traitement des Soignants en Guinée soutenu par la France et enfin la contribution de nombreux États tels que le Royaume-Uni, le Brésil et la Chine.

Même si beaucoup des maladies infectieuses⁵ tuent annuellement plus qu'Ebola, il y a longtemps que l'humanité n'avait pas eu à faire face à un agent infectieux entraînant une aussi forte létalité pouvant aller jusqu'à

« Il y a longtemps que l'humanité n'avait pas eu à faire face à un agent infectieux entraînant une aussi forte létalité. »

“Human-kind has not had to face since a long time ago an infectious agent causing such a high rate of mortality.”

— 2. Lire dans ce numéro l'article d'Aboubacar Sidiki Diakité.

— 3. « Chacun (y compris le modeste auteur de ce texte) prédisait que, tout comme pour la vingtaine d'épidémies connues depuis 1976 n'ayant jamais dépassé les 500 cas, les choses allaient se calmer rapidement. De fait, en mai, l'incidence baissait... avant de repartir en flèche ! » : Olivier Bouchaud, « Ebola 2014-2015 : le prix à payer d'un fiasco à tous les étages », *La lettre de l'Infectiologue*, tome xxix, n° 5, septembre-octobre 2014, p. 1161.

— 4. Les objectifs principaux étaient de limiter la propagation du virus, d'assurer les services de bases, de soigner les malades, prévenir la maladie et contribuer à préserver la stabilité.

— 5. Selon l'OMS, la grippe hivernale tue en moyenne chaque année entre 300 et 500 000 personnes.

wasted no time in declaring the new epidemic on March 25th, most experts agreed that it wouldn't entail more than 500 cases, as with the 20 or so outbreaks over the past 40 years³. Despite repeated calls from MSF, on the front lines of this fight, it took until September 18th and resolution 2177⁴ from the UN Security Council for the international community to become truly mobilised to confront the “global threat” constituted by the Ebola virus. The international response to the United Nations call was substantial from September onwards, with the deployment of 3,000 U.S. troops to Liberia to establish several mobile hospitals, 150 million euros of financial backing from the European Union, the creation of treatment and training centers, including the Medical Staff Treatment Center in Guinea, supported by France, and the contribution of many other countries such as the United Kingdom, Brazil and China.

Even if there are many infectious diseases⁵ that cause more deaths each year than Ebola, humankind has not had to face since a long time ago an infectious agent causing such a high rate of mortality: up to 80%⁶. This Ebola crisis resulted in a significant loss of medical staff, working on the front lines with infected patients, without any vaccine available and often without proper protective equipment⁷. The lack of preparedness and the

— 3. “Everyone (including the humble author of this text) predicted that, like the 20 some epidemics since 1976, which never surpassed 500 cases, the situation would settle down rapidly. Indeed, in May, the incidence rate had fallen... before skyrocketing! Olivier Bouchaud, « Ebola 2014-2015 : le prix à payer d'un fiasco à tous les étages », *La lettre de l'Infectiologue*, Vol. xxix, n° 5, September-October 2014, p. 1161.

— 4. The main goals were to limit the virus's propagation, ensure core basic services, care for the sick, prevent the disease and help preserve stability.

— 5. According to WHO, winter flu kills on average 300 to 500,000 people every year.

— 6. The Ebola virus identified in 1976 is characterized by a strong mortality rate, up to 90% in the past epidemic outbreaks. The mortality rate is the ratio between the number of people infected and the number of deaths. The mortality rate of the Ebola Makena outbreak (2014), similar to Ebola Zaire, is estimated at 60 to 70%. The Ebola virus belongs to the Filovirus family that includes the most dangerous viruses such as Marburg or the Lhasa Fever virus.

— 7. Dr. Christophe Peyrefitte's Report after his mission in Guinea in September 2014 to establish an inventory of the capacities of clinical biology laboratories. Source: RESAOLAB 2014.

80 %⁶. Cette crise Ebola a vu la disparition de nombreux personnels de santé en première ligne face aux patients infectés, sans vaccin disponible et souvent sans équipements de protection adaptés⁷. Le manque de préparation et la faiblesse des systèmes de santé ont eu un impact considérable sur les populations africaines touchées. Beaucoup de familles ont perdu l’un des leurs et se retrouvent vulnérables en termes de revenus. Les pertes humaines de l’épidémie s’accompagnent de pertes économiques importantes en raison des entraves en termes de transport et de circulation des biens. Action contre la Faim (ACF) a dû renforcer dès le mois d’avril 2014 ses actions de sécurité alimentaire pour faire face aux risques d’insécurité nutritionnelle⁸. Les personnels de santé fortement touchés par le virus et prioritairement accaparés par l’épidémie n’ont pas été en mesure de soigner tous les patients souffrant d’autres maladies. Ebola a complexifié le rapport entre soignants et patients en raison de l’impossibilité de toucher directement ces derniers, les personnels de santé étant obligés de réduire les examens au strict minimum et de porter systématiquement les combinaisons de protection. Comme le soulignait ACF, l’épidémie a eu un effet sur la lutte contre la malnutrition : « Les enfants ne sont plus mesurés ni pesés, seule la mesure brachiale (MUAC [*Mid-Upper Arm Circumference*]) et le test d’appétit sont toujours réalisés »⁹. Alors que les besoins en réhydratation sont très importants pour les patients atteints d’Ebola, on a assisté à une pénurie de kits de réhydratation, pourtant indispensables pour soigner les enfants atteints de diarrhées¹⁰. Les mêmes consé-

weakness of the health systems had a considerable impact on the African populations that were affected. Many families lost a member and became economically vulnerable. The epidemic’s human losses were tied to important economic losses due to hindrances in terms of transportation and the circulation of goods. As early as April 2014, “Action contre la Faim” (ACF) had to reinforce its interventions in the area of food security to face the risk of nutritional insecurity⁸. Medical staff suffering heavy losses from the virus and giving priority to the epidemic were not able to care for patients with other diseases. Ebola made the interactions between the medical staff and patients more complex since direct contact with patients was impossible, medical staff had to reduce exams to the strict minimum and systematically wear protective suits. As highlighted by ACF, the epidemic had an impact on the fight against malnutrition: “The Children are no longer measured or weighed, only the brachial measure (MUAC [*Mid-Upper Arm Circumference*]) and the appetite test are still performed”⁹. Although rehydration is very important for patients suffering from Ebola, a shortage of rehydration kits, essential for treating children with diarrhea¹⁰, was witnessed. The same secondary negative consequences of Ebola were observed for patients suffering from HIV, malaria or for infant vaccinations, with an interruption in care. Had health centers equipped with trained personnel been available in the spring of 2014, thousands of lives would have been spared and the virus would not have encountered as many available hosts. Indeed, the drop in Ebola virus transmission in West Africa, confirmed since the summer of 2015, is mainly due to the capacity to detect and isolate infected patients and to safe burial practices for the virus’victims¹¹.

— 6. Le virus Ebola identifié en 1976 est caractérisé par une forte létalité qui a pu atteindre plus de 90 % dans les épidémies précédentes. Le taux de létalité est le rapport entre le nombre de personnes infectées et le nombre de décès. L’épidémie Ebola Makena (2014), proche d’Ebola Zaire, a une létalité estimée entre 60 et 70 %. Le virus Ebola fait partie de la famille des Filovirus qui regroupent les virus les plus dangereux tels que Marburg ou Fièvre de Lhassa.

— 7. Rapport du Dr Christophe Peyrefitte à l’issue d’une mission effectuée en Guinée en septembre 2014 pour inventorier les capacités des laboratoires de biologies cliniques. Source RESAOLAB 2014.

— 8. www.actioncontrelafaim.org

— 9. Témoignage de Julie Calafat, coordinatrice des programmes ACF au Liberia, 27 novembre 2014, site ACF.

— 10. Selon l’OMS, la diarrhée tue chaque année dans le monde plus 760 000 enfants. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/fr>

— 8. www.actioncontrelafaim.org

— 9. Statement of Julie Calafat, ACF Program Coordinator in Liberia, November, 27, 2014, ACF website.

— 10. According to WHO, diarrhea kills each year throughout the world over 760,000 children. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/>

— 11. Interview of Sylvain Baize by Benoît Miribel at the Pasteur Institute in Wuhan (China) on January, 31, 2015.

quences négatives secondaires d’Ebola ont été observées pour la prise en charge des patients atteints de VIH, de paludisme ou dans le domaine des vaccinations infantiles (rougeole...) avec une rupture de prise en charge et/ou de traitements. Si des centres de santé équipés avec des personnels formés avaient été disponibles en région dès le printemps 2014, des milliers de vies auraient pu être épargnées et le virus n’aurait pas rencontré autant d’hôtes disponibles. En effet, la baisse de la propagation du virus Ebola en Afrique de l’Ouest, confirmée depuis le début de l’été 2015, est due prioritairement à la capacité de détection et d’isolement des patients infectés et à la pratique d’enterrements sécurisés des victimes du virus¹¹.

Triple crise

Ebola est une crise sanitaire qui s’est donc transformée rapidement en crise humanitaire et économique. Au-delà des aspects médicaux et scientifiques, la dimension sociale et anthropologique d’une épidémie est trop souvent négligée alors qu’elle nécessite une approche appropriée dans le respect du contexte culturel. La transversalité des enjeux incite les experts à croiser leurs connaissances pour envisager des réponses encore plus adaptées, portées localement par les responsables communautaires et politiques. Si l’attention internationale s’est portée à juste titre sur l’absence de vaccin et de traitement, on ne doit pas occulter la faiblesse du système de santé et l’importance de le renforcer. La santé est un bien public, trop souvent négligé par les responsables nationaux et internationaux : elle doit devenir une priorité pour les politiques africaines si l’on veut être en mesure de contenir les épidémies telles qu’Ebola et les pandémies telles que le sida.

L’action de MSF a été remarquable et conséquente en raison notamment de la défaillance des systèmes de santé des trois pays frappés en Afrique de l’Ouest. La question de l’appropriation des capacités de diagnostic et de traitement est un enjeu qui passe par une volonté politique affirmée des ministères de la Santé et par un partenariat dans la durée pour accroître le niveau de compétences et les équipements. À titre d’exemple, le programme Réseau d’Afrique de l’Ouest des



**PROFESSEUR
JEAN-FRANÇOIS
DELFRAISSY**



**BENOÎT
MIRIBEL**

Triple Crisis

Ebola is a health crisis that rapidly transformed into a humanitarian and economic crisis. Beyond the medical and scientific aspects, the social and anthropological dimension of an epidemic is far too often neglected, when an appropriate approach respecting the cultural context is needed. Due to the cross-cutting stakes, experts are obliged to pool their knowledge to design a response that is better adapted and supported by the local community and political leaders. If international attention has been justifiably focused on the absence of a vaccine and treatment, this should not overshadow the weakness of health systems and the importance of strengthening them. Health is a public good too often neglected by national and international leaders: it should become a priority for African policies if we wish to have the capacity to contain epidemics like Ebola and pandemics like AIDS.

MSF’s action was particularly remarkable and substantial, due to flaws in the health systems of the three West African countries that were affected. Taking ownership of diagnosis and treatment capacities is a major issue that depends on strong political will of Health ministries and on a long-term partnership to increase the level of skills and equipment. As an example, RESAOLAB¹² – the West African network of medical biology laboratories launched in 2009 in Mali, Senegal and Burkina-Faso, which now covers seven countries in the sub-region, including Guinea – showed that countries that invested in a good clinical biology network were able to fight against an epidemic’s spread. This program is one of a few actions, engaging multiple partners from the public and private sectors, supported by the “Agence française de développement” (AFD), which must be encouraged and developed through local appropriation.

— 11. Interview de Sylvain Baize par Benoît Miribel à l’Institut Pasteur à Wuhan (Chine) le 31 janvier 2015.

— 12. RESAOLAB: Réseau d’Afrique de l’Ouest des laboratoires d’analyses biologiques

laboratoires d'analyses biologiques (RESAO-LAB), lancé en 2009 au Mali, Sénégal et Burkina-Faso et qui concerne aujourd'hui sept pays de la sous-région, dont la Guinée, a montré que les pays qui se dotaient d'un bon réseau de laboratoires de biologie clinique avaient la capacité de lutter contre la propagation d'une épidémie. Ce programme fait partie des quelques actions multipartenaires publics et privés, soutenues par l'Agence française de développement (AFD), qui doivent être encouragées et développées par une appropriation locale.

Après Ebola

Au global, la France a engagé jusqu'ici plus de 200 millions d'euros avec plusieurs centaines de personnels impliqués dans le cadre de la « task force Ebola » et dans la mise en œuvre de nombreux projets sur le terrain. L'Inserm s'est mobilisé dans plusieurs grands projets de recherche clinique et opérationnelle, évaluant notamment l'efficacité d'un médicament – le favipiravir – seul ou en combinaison, participant à plusieurs essais vaccinaux en partenariat avec la Commission européenne et le National Institute of Health (NIH) britannique et mettant en place une cohorte de suivi des survivants. Des programmes de recherche en sciences humaines et sociales, essentielles dans cette épidémie où l'impact sociétal est majeur, ont également été lancés. Un Institut Pasteur va être aménagé à Conakry. L'institut Pasteur (Paris et Dakar) a joué un rôle important dans l'identification moléculaire du virus Ebola et son analyse phylo-génétique ainsi que pour le diagnostic virologique des patients.

Une des particularités de la réponse française est son caractère intégré associant réponse sanitaire et recherche opérationnelle. Ceci s'est mis en place grâce à une collaboration étroite et innovante entre chercheurs et ONG (Alima, MSF, Croix-Rouge française, Waha, Solthis...). Ce modèle de collaboration ONG – chercheurs restera un élément fondateur pour le futur dans la construction de la recherche en situation d'urgence en particulier pour le Réseau REACTing (Aviesan) et le réseau GloPID-R (Aviesan – Fondation Mérieux – Commission européenne).

À moyen terme, la task force Ebola a contribué à mettre en place trois projets importants pour l'après Ebola en partenariat avec l'AFD et Expertise France et les différentes ONG :

« Une des particularités de la réponse française est son caractère intégré associant réponse sanitaire et recherche opérationnelle. »

"A specificity of the French response is the integration of health relief activities and operational research."

After Ebola

Overall, France has so far invested more than 200 million euros, with several hundred people involved in the "Ebola task force" and the implementation of numerous field projects. Inserm engaged in several major clinical and operational research projects, evaluating the efficacy of a treatment, favipiravir (alone or combined), participating in several vaccine trials in partnership with the European Commission and the British National Institute of Health (NIH), and establishing a cohort of survivors to be monitored. Research programs in human and social sciences, that were essential because of the utmost importance of social impact in this epidemic, were also launched. A Pasteur Institute will be created in Conakry. The Pasteur Institutes in Paris and Dakar played a major role in the molecular identification of the Ebola virus and its phylogenetic analysis, as well as in the virological diagnosis of patients.

A specificity of the French response is the integration of health relief activities and operational research. This was made possible through a close and novel collaboration between researchers and NGOs (Alima, MSF, French Red Cross, Waha, Solthis...). This NGO-researcher partnership model will be a fundamental part of the emergency research response that will be developed for the future, in particular for the REACTing (Aviesan) and the GloPID-R (Aviesan – Mérieux Foundation – European Commission) initiatives.

In the medium-term, the Ebola task force has contributed to setting up three major post-Ebola projects with the AFD and Expertise France and a number of NGOs: PREPARE – establishing regional response teams when suspected cases occur; RIPOST – the West African network of surveillance and alert, which is supported by the public health structures of participating countries, in partnership with the WHO – and a project for hospital hygiene and security.

However world health governance may evolve, without local action to establish genuine health systems, there will not be sufficient impact to effectively combat epidemics and, more globally, infectious diseases. The issue of the responsibility of governments and ministries that are confronted with public health challenges must be clo-

PREPARE – installation d'équipes de réponses régionales lors des cas suspects –; RIPOST – Réseau Ouest Africain de surveillance et d'alerte s'appuyant sur les structures de santé publique des différents pays de la grande région en partenariat avec l'OMS et, enfin, un projet d'hygiène et de sécurité hospitalière.

Quelles que soient les évolutions de la gouvernance mondiale sanitaire, sans une action locale en faveur de la construction de véritables systèmes de santé, on ne parviendra pas à avoir un impact suffisant pour faire face efficacement aux épidémies et plus globalement aux maladies infectieuses. 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. La mise en place d'un réseau africain de surveillance et d'alerte sera un élément clé dans les futures épidémies.

« La vulnérabilité sanitaire des pays dépourvus de système de santé concerne aussi les pays développés. »

“The health risk of countries lacking health systems is also of concern for developed countries.”

sely 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 be at any time exposed to emerging or re-emerging pathogens. The creation of an African surveillance and alert network will be key for future epidemics.

Translated from the French by Renny Ngo

Biographies

PROFESSEUR JEAN-FRANÇOIS DELFRAISSY

Coordinateur interministériel de l'ensemble des opérations internationales et nationales de réponse à l'épidémie d'Ebola, directeur de l'Institut d'immunologie, inflammation, infectiologie et microbiologie (I3M) et directeur de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS). Il est membre de l'Académie des Sciences.

Coordinator for international and national operations in response to the Ebola epidemic, Director of the Institute of Immunology, Inflammation, Infectiology and Microbiology (I3M) and Director of the National Agency for Research on AIDS and Viral Hepatitis (ANRS). He is a member of the French Academy of Sciences.

BENOÎT MIRIBEL

Directeur général de la Fondation Mérieux et président d'honneur d'Action contre la Faim.

Benoît Miribel is Director General of the Mérieux Foundation and Honorary President of Action contre la Faim (Action against hunger).

Ebola: passé, présent et futur

Ebola: past, present and future

Michael Edelstein • Centre on Global Health Security
David L. Heymann • London School of Hygiene
and Tropical Medicine



Épidémiologistes suivant le virus Ebola depuis son émergence en 1976 et impliqués au cœur de la réponse à sa dernière et plus terrible épidémie, Michael Edelstein et David L. Heymann ont réalisé une synthèse des données médicales disponibles en juillet 2015. Ils nous aident ainsi à mieux comprendre la dynamique de ce virus, cet « ennemi » auquel restent confrontés scientifiques et humanitaires, et les dispositifs mis en œuvre ou perfectionnés afin d'y faire face. Pour arriver à la « fin de partie » en ce qui concerne la présente épidémie et anticiper d'autres crises sanitaires de cette ampleur.

L'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest qui, malgré une réponse majeure mais tardive, vient seulement d'être surmontée, constitue la 24^e épidémie d'Ebola enregistrée en Afrique depuis que la maladie a été décrite pour la première fois à Yambuku, République démocratique du Congo, en 1976¹. Si cette épidémie est devenue la plus importante et la plus longue comparée aux précédentes, c'est en partie parce qu'elle n'a pas reçu de réponse rapide et forte lorsqu'elle fut notifiée pour la première fois en mars 2014. En juillet 2015,

Epidemiologists following the Ebola virus since its emergence in 1976 and involved in the heart of the response to this last and most terrible epidemic, Michael Edelstein and David L. Heymann realised a synthesis of medical data available in July 2015. They thus help us to better understand the dynamics of this virus, this "enemy" which still faces scientific and humanitarian actors, and the measures implemented or upgraded to cope with it. To get to the "end game", in relation to this outbreak and anticipate other health crises of this magnitude.

The Ebola outbreak in West Africa, which, despite a major, but delayed global response, has just only been overcome, was the 24th recorded in Africa since the disease was first described in Yambuku, Democratic Republic of Congo in 1976¹. This outbreak has, however, become much larger and much longer than any previous ones, partly because it did not have a rapid and robust response when first reported in March 2014. As of July 2015, in Guinea, Liberia and Sierra Leone, the three most affected countries, it infected 27 642 and killed 11 261², almost

— 1. US Center for disease control and prevention, *Outbreaks Chronology: Ebola Virus Disease*. <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/history/chronology.html> (consulté le 20 juillet 2015).

— 1. US Center for disease control and prevention, *Outbreaks Chronology: Ebola Virus Disease*, <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/history/chronology.html> (accessed July 20 2015).

— 2. World Health Organization, *Ebola Situation Report*, 15 July 2015 (<http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-15-july-2015>) (accessed July 20 2015).

dans les trois pays les plus touchés – Guinée, Liberia et Sierra Leone –, elle avait déjà infecté 27 642 personnes, en tuant 11 261², presque dix fois plus que toutes les autres épidémies combinées. Les épidémies d’Ebola étaient jusqu’alors généralement circonscrites en quelques mois, mais celle-ci aura duré jusqu’au second semestre 2015. Alors que le nombre hebdomadaire de nouveaux cas était passé de presque 1 000 en octobre 2014 à quelques douzaines en juillet 2015³, ramener ce chiffre à zéro aura représenté un défi. Six cas d’Ebola sont apparus au Liberia dans les deux mois qui ont suivi la déclaration de fin d’épidémie le 9 mai 2015⁴, tandis que la transmission n’a pas encore été arrêtée en Sierra Leone ou en Guinée. Ce qui fait véritablement le caractère exceptionnel de cette épidémie, c’est que la perception d’Ebola a évolué d’une maladie rurale africaine avec un potentiel limité de contagion à une menace mondiale de santé atteignant les centres urbains et les pays développés, dépassant les limites de la capacité de réponse de la communauté internationale et soulignant les lacunes de l’Organisation mondiale de la santé (OMS) et d’autres agences techniques internationales qui répondent habituellement aux demandes de soutien. Le déclenchement de cette épidémie, la réponse tardive qui lui a été apportée et les leçons apprises serviront à refonder l’approche de la communauté internationale en matière de sécurité sanitaire globale.

L’émergence et la propagation des épidémies d’Ebola

La maladie à virus Ebola (MVE) est une maladie zoonotique [qui se transmet des animaux vertébrés à l’homme et inversement, NDLR] causée par le virus Ebola. On pense que les chauves-souris fructivores sont les hôtes naturels du virus Ebola. Il serait introduit, pense-t-on, au sein de la population humaine par contact étroit avec le sang, les sécrétions, les organes ou d’autres fluides corporels de ces chauves-souris ou d’animaux infectés par ces dernières, ou peut-être par une autre source inconnue dans la nature. On pense que ces animaux contaminés vont des primates à

« Ce qui fait véritablement le caractère exceptionnel de cette épidémie, c’est que la perception d’Ebola a évolué d’une maladie rurale africaine avec un potentiel limité de contagion à une menace mondiale de santé. »

“What truly sets this outbreak apart is that it changed the perception of Ebola from a rural African disease with limited spreading potential to a global health threat.”

ten times more than all other outbreaks combined. Ebola outbreaks are generally controlled within a few months, but this one will have lasted until the second semester of 2015. While the weekly number of new cases decreased from almost 1,000 in October 2014 to a few dozen in July 2015³, getting to zero proved to be a challenge. Six cases of Ebola have surfaced in Liberia in the two months since the country was declared disease-free on May 9 2015⁴, and transmission has not yet been interrupted in Sierra Leone or Guinea. What truly sets this outbreak apart is that it changed the perception of Ebola from a rural African disease with limited spreading potential to a global health threat extending to urban centres and developed countries, stretching the international community’s response capacity to its limits and highlighting the shortcomings of the World Health Organization (WHO) and other international technical agencies that usually respond to calls for support. This outbreak, the slow response to it and the lessons learnt will reshape the international community’s approach to global health security.

Emergence and spread of Ebola outbreaks

Ebola Virus disease (EVD) is a zoonotic disease caused by the Ebola Virus. It is thought that fruit bats are natural Ebola virus hosts. Ebola is probably introduced into the human population through close contact with the blood, secretions, organs or other bodily fluids of fruit bats or of animals that have become Ebola infected from fruit bats or possibly another unknown source in nature. These animals are thought to range from primates to forest antelopes and porcupines in the rainforest⁵. Exposure most commonly occurs when these animals are butchered for bushmeat production, or when they are found dead or ill⁶. It has been suggested that the index case of the West African outbreak was a 2 years old who became infected by playing in a hollow tree housing a colony

— 2. World Health Organization, *Ebola Situation Report*, 15 juillet 2015. <http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-15-july-2015> (consulté le 20 juillet 2015).

— 3. *Ibid.*

— 4. *Ibid.*

— 3. *Ibid.*

— 4. *Ibid.*

— 5. World Health Organization, *Ebola virus disease, Fact sheet n° 103*, avril 2015 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/>) (accessed July 20 2015)

— 6. *Ibid.*

l'antilope de forêt et aux porcs-épics dans la forêt tropicale humide⁵. L'exposition se fait le plus souvent lorsque ces animaux sont découpés pour la production de viande de brousse, ou lorsqu'ils sont retrouvés morts ou malades⁶. On a suggéré que le cas index de l'épidémie en Afrique de l'Ouest était un enfant de 2 ans qui aurait été contaminé en jouant dans un arbre creux abritant une colonie de molosses insectivores⁷. Dès lors qu'un humain est contaminé, le virus Ebola se transmet d'homme à homme par le contact direct avec le sang, les sécrétions, les organes ou d'autres fluides corporels de personnes infectées, ou avec des surfaces et des matières contaminées par de tels fluides⁸. Cette condition de contact étroit avec un individu activement malade signifie qu'Ebola n'est pas aussi infectieux que d'autres maladies: chaque cas génère en moyenne 1,5 à 2 cas nouveaux⁹, contre 16 pour la rougeole¹⁰. Cependant, la transmission est amplifiée dans des conditions spécifiques où l'exposition aux fluides corporels d'une personne malade est plus vraisemblable, comme des installations sanitaires avec un contrôle d'infection insuffisant, et les enterrements traditionnels¹¹ qui impliquent des pratiques comme laver la bouche ou couper les ongles du défunt¹². Les personnels de santé sont généralement les premiers, en dehors de la famille, à être en contact avec les personnes contaminées, si bien qu'ils deviennent source d'infection pour les membres de leur propre famille et de la communauté; ils transmettent alors l'infection d'un patient à d'autres personnes

of insectivorous free-tailed bats⁷. Once a human is infected, the Ebola virus spreads from human to human through direct contact with the blood, secretions, organs or other bodily fluids of infected people, and with surfaces and materials contaminated with these fluids⁸. This requirement for close contact with an actively ill individual means Ebola is not as infectious as other diseases: each case generates on average 1.5 to 2 new cases⁹, compared with 16 for measles¹⁰. However, transmission is amplified in specific settings where exposure to bodily fluids of an ill person is more likely, namely health facilities with poor infection control, and traditional burials¹¹, which involve practice such as washing the mouth or clipping the fingernails of the deceased¹². Health workers are usually the first persons outside the family to be in contact with persons infected, and they become the source of infection to their family members and the community; they also spread infection from one patient to others if hygiene and infection control measures are not applied¹³. In Bong County, Liberia, in 2014 as an example, five nurses and one doctor died treating a single Ebola patient¹⁴ which subsequently led to the disease spreading through the county.

— 5. World Health Organization, *Ebola virus disease*, document de travail n° 103, avril 2015, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/> (consulté le 20 juillet 2015).

— 6. *Ibid.*

— 7. Almudena Mari Saéz, Sabrina Weiss, Kathrin Nowak *et al.*, "Investigating the zoonotic origin of the West African Ebola epidemic", *EMBO Molecular Medicine*, vol. 7, n° 1, 30 décembre 2014, p. 17-23.

— 8. World Health Organization, *Ebola virus disease*, *op. cit.*

— 9. Gerardo Chowell, Hiroshi Nishiura, "Transmission dynamics and control of Ebola virus disease (EVD): a review", *BMC Medicine*, 2014; vol. 12, n° 196.

— 10. David L. Heymann, *Control of Communicable Diseases Manual*, 20^e édition, American Public Health Association, Washington, APHA Press, 2015.

— 11. J. Legrand, R. F. Grais, P. Y. Boelle, "Understanding the dynamics of Ebola epidemics", *Epidemiol Infect.*, mai 2007, vol. 135, n° 4, p. 610-621.

— 12. David L. Heymann, "Ebola: learn from the past", *Nature*, n° 514, 16 octobre 2014, p. 299-300.

— 7. Mari Saéz A, Weiss S, Nowak K *et al.*, "Investigating the zoonotic origin of the West African Ebola epidemic", *EMBO Mol Med.* 2014 Dec 30; 7(1):17-23.

— 8. World Health Organization, *Ebola virus disease*, *op. cit.*

— 9. Chowell G., Nishiura H., "Transmission dynamics and control of Ebola virus disease (EVD): a review", *BMC Med.* 2014; 12: 196.

— 10. Heymann DL, "Control of Communicable Diseases Manual", 20th edition, *American Public Health Association*. 2015, Washington: APHA Press.

— 11. Legrand J., Grais RF, Boelle PY, "Understanding the dynamics of Ebola epidemics", *Epidemiol Infect.*, 2007 May; 135(4): 610-621.

— 12. Heymann DL, "Ebola: learn from the past", *Nature*, 514, 299-300 (16 October 2014).

— 13. *Ibid.*

— 14. Freeman C., "One patient in a 200-bed hospital: how Ebola has devastated Liberia's health system", *The Telegraph*, August 15 2014, <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/ebola/11037365/One-patient-in-a-200-bed-hospital-how-Ebola-has-devastated-Liberias-health-system.html> (accessed July 20 2015).

si l'hygiène et les mesures de contrôle de l'infection ne sont pas appliquées¹³. Dans le comté de Bong, Liberia, en 2014 par exemple, cinq infirmières et un médecin sont morts, en traitant un seul patient Ebola¹⁴, ce qui a entraîné par la suite une dissémination de la maladie dans tout le comté.

Le nombre sans précédent de cas d'Ebola en Afrique de l'Ouest a permis de mieux comprendre le comportement du virus chez les individus ayant survécu à la MVE et a potentiellement mis à jour de nouveaux modes de transmission. Chez certains survivants de sexe masculin, le virus Ebola a été retrouvé dans le sperme 82 jours après le début des symptômes et des fragments d'ARN du virus [matériel génétique du virus, NDLR] jusqu'à 101 jours après le début de ces derniers¹⁵. Dans certains cas, le seul lien épidémiologique établi chez des individus contaminés était un contact sexuel avec un survivant¹⁶. De plus, le virus Ebola actif a été détecté dans l'humeur aqueuse de l'œil d'un survivant 14 semaines après le début de la MVE et 9 semaines après l'élimination du virus du sang¹⁷. Ces nouvelles découvertes sur le comportement et la transmission du virus pourraient expliquer la réémergence du virus Ebola au Liberia après que le pays fut déclaré exempt de la maladie, la preuve génomique suggérant que les nouveaux cas ont leur origine chez un survivant et non dans des pays voisins¹⁸. De plus, il existe une preuve de plus en plus affirmée de la survenance d'infections



**MICHAEL
EDELSTEIN**



**DAVID
L. HEYMANN**

The unprecedented number of Ebola cases in West Africa has enabled to better understand the virus's behaviour in individuals who have recovered from EVD and potentially uncover new modes of transmission. In some male survivors, the Ebola virus has been isolated from semen as long as 82 days after symptom onset and viral RNA has been detected in semen up to 101 days after symptom onset¹⁵. In some instances the only epidemiological link established in infected individuals was sexual contact with a survivor¹⁶. In addition, viable Ebola virus was detected in the aqueous humor of the eye of a survivor 14 weeks after the onset of EVD and 9 weeks after the clearance of virus from the blood¹⁷. These new findings about how the virus behaves and transmits may explain why Ebola virus has re-emerged in Liberia after the country was declared free of the disease, as genomic evidence suggests the new cases have originated from a survivor rather than from neighbouring countries¹⁸. In addition, there is growing evidence of the occurrence of asymptomatic infection with Ebola virus¹⁹. These new findings are a challenge to ending the outbreak as the response focuses on the traditional understanding of Ebola transmission dynamics.

— 13. *Ibid.*

— 14. Colin Freeman, "One patient in a 200-bed hospital: how Ebola has devastated Liberia's health system", *The Telegraph*, 15 août 2014. <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/ebola/11037365/One-patient-in-a-200-bed-hospital-how-Ebola-has-devastated-Liberias-health-system.html> (consulté le 20 juillet 2015).

— 15. Athalia Christie, Gloria J. Davies-Wayne, Thierry Cordier-Lasalle et al., "Possible sexual transmission of Ebola virus - Liberia, 2015, Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), 8 mai 2015, vol. 64, n° 17, p. 479-481.

— 16. *Ibid.* et P. Sonnenberg, N. Field, "Sexual and mother-to-child transmission of Ebola virus in the postconvalescent period", *Clinical Infectious Diseases*, mars 2015, vol. 60, n° 6, p. 974-975.

— 17. Jay B. Varkey, Jessica C. Shantha, Ian Crozier et al., "Persistence of Ebola virus in ocular fluid during convalescence", *The New England Journal of Medicine*, n° 372, 18 juin 2015, p. 2423-2427.

— 18. World Health Organization, *Ebola Situation Report*, op. cit.

— 15. Christie A, Davies-Wayne GJ, Cordier-Lasalle T, "Possible sexual transmission of Ebola virus - Liberia", 2015, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 2015 May 8; 64(17):479-81.

— 16. *Ibid.* and Sonnenberg P, Field N., "Sexual and mother-to-child transmission of Ebola virus in the postconvalescent period", *Clin Infect Dis*, 2015 Mar 15; 60(6):974-5.

— 17. Varkey, J., Shantha J., Crozier I., "Persistence of Ebola Virus in Ocular Fluid during Convalescence", *N Engl J Med* 2015; 372:2467-2469, June 18, 2015.

— 18. World Health Organization, *Ebola Situation Report*, op. cit.

— 19. Akerlund E., Prescott J., Tampellini L., "Shedding of Ebola Virus in an Asymptomatic Pregnant Woman", *N Engl J Med* 2015; 372:2467-2469, June 18, 2015; Bellan S, Pulliam J., Dushoff J., "Ebola control: effect of asymptomatic infection and acquired immunity", *Lancet*, 2014 Oct 25; 384(9953):1499-500.

asymptomatiques par le virus Ebola¹⁹. Ces nouvelles découvertes sont un défi à l'élimination de l'épidémie, alors que la réponse repose sur une compréhension traditionnelle de la dynamique de la transmission d'Ebola.

Pourquoi cette épidémie est-elle différente ?

Historiquement, toutes les précédentes épidémies d'Ebola étaient stoppées avant de s'étendre en dehors des zones rurales en utilisant la même stratégie: tout d'abord, une identification rapide et l'isolement des cas d'Ebola dans des installations sanitaires avec un contrôle infectieux rigoureux; en second lieu, un traçage et un suivi de tous les contacts, en isolant ceux qui développaient des symptômes; et, en troisième lieu, une mobilisation sociale au sein des communautés affectées pour diminuer la contagion de personne à personne, en incluant des mesures d'hygiène, une distanciation sociale et des pratiques funéraires sûres²⁰. Il est toutefois indiscutable que ces mesures sont plus faciles à mettre en œuvre lorsque les épidémies sont limitées à des zones rurales où la densité de population est faible et les liens communautaires plus étroits²¹. Cependant, la stricte application de ces principes a réduit le nombre de nouveaux cas de plus d'un millier par semaine à quelques douzaines. Parvenir à zéro, ce que l'on appelle la « fin de partie », reste néanmoins un défi, l'actuelle épidémie présentant plusieurs caractéristiques uniques qui imposent une adaptation de cette stratégie.

En premier lieu, l'ampleur de l'épidémie était telle que, dès le départ, le nombre de cas a rapidement dépassé la capacité des centres de traitement, et que des centaines, voire des milliers de nouveaux contacts devaient être localisés et suivis quotidiennement. Dès

« L'ampleur de l'épidémie était telle que, dès le départ, le nombre de cas a rapidement dépassé la capacité des centres de traitement. »

“The outbreak's sheer size meant that initially cases could not be accommodated in treatment centres.”

Why is this outbreak different?

Historically, all previous Ebola outbreaks were stopped before spreading outside of rural areas, using the same strategy: first, rapid identification and isolation of Ebola cases in health facilities with rigorous infection control; second, tracing and monitoring of all contacts, isolating those who developed symptoms; and third, social mobilisation in affected communities to reduce person-to-person spread, including hygiene measures, social distancing and safe burial practices²⁰. Arguably these measures are easier to implement when outbreaks are limited to rural areas where population density is lower and community ties are stronger²¹. Nevertheless, the strict application of these principles has reduced the number of new cases from over a thousand a week to a few dozen. Getting to zero, the so-called “endgame” is however proving challenging as this outbreak presents several unique features that require this strategy to be adapted.

First, the outbreak's sheer size meant that initially cases could not be accommodated in treatment centres and hundreds, if not thousands of new contacts had to be located and followed up daily. By June 2014, Médecins Sans Frontières (MSF), the principal NGO responder to the outbreak with several treatment centres in all three affected countries, reached capacity and could no longer deploy teams to newly affected areas²². Because MSF concentrated much of the global Ebola-management expertise, they had to train other medical non-governmental organisations before these could operate, causing further delays²³. The outbreak was therefore beyond the international community's response capacity and led to cases remaining in the community contacts not being followed up, which in turn amplified the outbreak. This phenomenon was made worse by the urban setting where it is harder to locate people

— 19. Emma Akerlund, Joseph Prescott, Livia Tampellini, “Shedding of Ebola virus in an asymptomatic pregnant woman”, *The New England Journal of Medicine*, n° 372, 18 juin 2015, p. 2467-2469; Steve E. Bellan, Juliet R. C. Pulliam, Jonathan Dushoff, Lauren Ancel Meyers, “Ebola control: effect of asymptomatic infection and acquired immunity”, *The Lancet*, vol. 384, 25 octobre 2014, p. 1499-1500.

— 20. Michael Edelstein, Philip K. Angelides, David L. Heymann, “Ebola and future health crises: the role of the G7”, G7/G20 Research group, avril 2015. <http://www.g7g20.com/articles/michael-edelstein-david-l-heyman-and-philip-k-angelides-ebola-and-future-health-crises-the-role-of-> (consulté le 20 juillet 2015).

— 21. David L. Heymann, “Ebola: learn from the past”, *op. cit.*

— 20. Edelstein M, Angelides PK, Heymann DL., “Ebola and future health crises: the role of the G7. G7/G20 Research group”, April 2015. <http://www.g7g20.com/articles/michael-edelstein-david-l-heyman-and-philip-k-angelides-ebola-and-future-health-crises-the-role-of-> (Accessed July 20 2015).

— 21. David L. Heymann, “Ebola: learn from the past”, *op. cit.*

— 22. Michael Edelstein, Philip K. Angelides, David L. Heymann, “Ebola and future health crises: the role of the G7”, *op. cit.*

— 23. *Ibid.*

juin 2014, Médecins Sans Frontières (MSF), la principale ONG engagée contre l'épidémie avec plusieurs centres de traitement dans les trois pays affectés, avait atteint ses limites de capacité et n'était plus en mesure de déployer des équipes dans les nouvelles zones affectées²². MSF concentrant toute l'expertise globale de gestion d'Ebola, il lui a fallu former d'autres organisations médicales non gouvernementales, avant que celles-ci ne soient opérationnelles, ajoutant donc au retard²³. L'épidémie se plaça ainsi en dehors de la capacité de réponse de la communauté internationale, si bien que des cas restants dans les contacts de la communauté ne purent être suivis, ce qui amplifia encore l'épidémie. Ce phénomène fut aggravé par le contexte urbain, dans lequel il est plus difficile de localiser les personnes et où il y a moins de cohésion communautaire. Cela eut néanmoins pour résultat d'accroître le niveau de la réponse et de recentrer intensément l'engagement de la communauté, dont le *Global Outbreak and Alert Response Network* (GOARN), le mécanisme actuel déployé par l'OMS afin de mobiliser rapidement des experts techniques d'organisations partenaires, des anthropologues, des sociologues et des épidémiologistes. Alors que le nombre de cas décroissait, briser les dernières chaînes de transmission a exigé des efforts continus de la part d'un personnel soignant exténué qui se sentait moins soutenu à mesure que se dissipait l'attention internationale. En outre, d'autres priorités sanitaires les appelaient tandis que le fardeau d'Ebola diminuait²⁴.

En second lieu, l'épidémie doit être analysée dans le contexte sociopolitique des pays affectés : le Liberia et la Sierra Leone ont fait l'expérience de guerres civiles extrêmement violentes qui ne se sont achevées que depuis seulement 10 ans, tandis que le processus difficile de décolonisation en Guinée nourrit une attitude ambiguë envers l'intervention étrangère. Il en résulte une profonde méfiance envers les autorités nationales et étrangères ayant abouti au mieux à l'émer-

and where there is less community cohesion. This eventually resulted in scaling up the response and in an intense focus on community engagement, including the Global Outbreak and Alert Response Networks (GOARN), the WHO's current mechanism to rapidly mobilise technical experts from partner organisations, deploying anthropologists and sociologists alongside epidemiologists and other technical experts. As the number of cases decreased, breaking the last chains of transmission required continued efforts for an exhausted healthcare workforce that may have felt less supported as international attention waned. In addition, other health priorities competed for healthcare workers' time as the Ebola burden decreased²⁴.

Second, the outbreak must be understood in the socio-political context of the affected countries: Liberia and Sierra Leone experienced extremely violent civil wars that ended only 10 years ago, while Guinea's difficult decolonisation process arguably contributes to an ambivalent attitude towards foreign intervention. As a result, there is deep mistrust in both national and foreign authorities which have led to the emergence of conspiracy theories²⁵ at best and lethal attacks on healthcare staff²⁶ at worst.

The Ebola outbreak in West Africa is also a consequence of weak healthcare and public health systems. Weak surveillance allowed the outbreak to rapidly spread across a wide geographic region initially undetected²⁷ and the insufficient healthcare workforce²⁸ has further shrunk with health-care workers being disproportionately infected by the virus, in turn limiting national response capacity.

— 24. *Ibid.*

— 25. Edelstein M., "Ebola Thrives in Brittle West African Health Systems", *Chatham House*, October 2014, <http://www.chathamhouse.org/expert/comment/15955> (accessed July 2015).

— 26. BBC, "Ebola outbreak: Guinea health team killed", September 2014, <http://www.bbc.co.uk/news/world-africa-29256443> (accessed July 20 2015).

— 27. Michael Edelstein, Philip K. Angelides, David L. Heymann, "Ebola and future health crises: the role of the G7", *op. cit.*

— 28. There are about 100,000 patients per physician in Liberia, 50,000/1 in Sierra Leone, and 10,000/1 in Guinea, compared with 400 patients per physician in the USA. World Health Organization, *WHO country profiles*, WHO, Geneva; 2015, <http://www.who.int/countries/en/>. (accessed July 20, 2015); The World Bank, *Open data: physicians (per 1,000 people)*, <http://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS> (accessed July 20, 2015).

— 22. Michael Edelstein, Philip K. Angelides, David L. Heymann, "Ebola and future health crises: the role of the G7", *op. cit.*

— 23. *Ibid.*

— 24. *Ibid.*

gence de théories conspirationnistes²⁵ et, au pire, à des attaques meurtrières contre le personnel médical²⁶.

L'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest est également la conséquence de la faiblesse des systèmes de soins médicaux et de santé publique. Une surveillance insuffisante a permis à l'épidémie de s'étendre rapidement, initialement sans être détectée²⁷, à travers une vaste région géographique où le personnel soignant, déjà en nombre réduit²⁸, a vu ses effectifs diminuer suite à de nombreux cas de contamination par le virus, limitant d'autant les capacités de réponse nationales. Le fait que ces systèmes de santé fragiles aient été dépassés par les événements a eu des conséquences bien au-delà de la morbidité et de la mortalité liées à Ebola.

La première conséquence est une couverture vaccinale plus réduite, en particulier concernant la rougeole, se traduisant par une augmentation du nombre de cas²⁹. En 2015, le Liberia a déclaré plus de 850 cas de rougeole, incluant des décès – la pire épidémie depuis des années³⁰ – alors que la Guinée a déclaré 500 cas et trois décès depuis le début de l'année³¹. De plus, la réaffectation du personnel

The consequences of these fragile health systems being overwhelmed by Ebola extended well beyond Ebola-associated morbidity and mortality.

The first consequence is decreased vaccination coverage, particularly for measles, resulting in an increase in the number of cases²⁹. In 2015, Liberia reported over 850 measles cases, including deaths, the worst outbreak in years³⁰, while Guinea reported 500 cases and three deaths since the beginning of the year³¹. In addition, the repurposing of healthcare workers to the Ebola response brought routine health programmes tackling common diseases such as malaria, tuberculosis or HIV to a halt³². Models suggest that untreated malaria cases as a result of reduced health-care capacity may have contributed an additional 11,000 malaria deaths³³, a figure comparable to mortality directly attributable to Ebola infection.

After the outbreak

In February and March of 2015, clinical trials to examine the efficacy of some of the Ebola vaccines that have been developed since the early 2000s have been undertaken in countries where outbreaks are occurring. One trial – in Guinea – has shown that these vaccines may hold great potential as an added tool for containing future Ebola outbreaks, and study continues³⁴.

— 25. Michael Edelstein, *Ebola Thrives in Brittle West African Health Systems*, Chatham House, octobre 2014. <http://www.chathamhouse.org/expert/comment/15955>

— 26. BBC, "Ebola outbreak: Guinea health team killed", septembre 2014. <http://www.bbc.co.uk/news/world-africa-29256443> (consulté le 20 juillet 2015).

— 27. Michael Edelstein, Philip K. Angelides, David L. Heymann, "Ebola and future health crises: the role of the G7", *op. cit.*

— 28. On compte environ 100 000 patients pour un médecin au Liberia, 50 000/1 en Sierra Leone et 10 000/1 en Guinée, contre 400 patients pour un médecin aux États-Unis, World Health Organization, *WHO country profiles*, Genève, 2015, <http://www.who.int/countries/en/> (consulté le 20 juillet 2015); The World Bank, *Open data: physicians (per 1 000 people)*. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS> (consulté le 20 juillet 2015).

— 29. Michael Edelstein, Philip K. Angelides, David L. Heymann, "Ebola: the challenging road to recovery", *The Lancet*, vol. 385, n° 9984, 8 février 2015, p. 2234-2235.

— 30. World Health Organization, *Liberia tackles measles as the Ebola epidemic comes to an end*, juin 2015, <http://www.who.int/features/2015/measles-vaccination-liberia/en/> (consulté le 20 juillet 2015).

— 31. Unicef, *Measles Situation report*, mars 2015, http://www.unicef.org/appeals/files/UNICEF_Guinea_Measles_SitRep_24Mar2015.pdf (consulté le 20 juillet 2015).

— 29. Edelstein M, Angelides P, Heymann DL., "Ebola: the challenging road to recovery", *Lancet*, 2015 Feb 8; 385(9984):2234-5.

— 30. World Health Organization, *Liberia tackles measles as the Ebola epidemic comes to an end*, June 2015, <http://www.who.int/features/2015/measles-vaccination-liberia/en/> (accessed July 20 2015).

— 31. Unicef, *Measles Situation report*, March 2015, http://www.unicef.org/appeals/files/UNICEF_Guinea_Measles_SitRep_24Mar2015.pdf (accessed July 20 2015).

— 32. Michael Edelstein, Philip K. Angelides, David L. Heymann, "Ebola: the challenging road to recovery", *op. cit.*

— 33. Walker P. *et al.*, "Malaria morbidity and mortality in Ebola-affected countries caused by decreased health-care capacity, and the potential effect of mitigation strategies: a modelling analysis", *Lancet Infect Dis.*, 2015 Jul; 15(7):825-32.

— 34. Ana Maria Henao-Restrepo, Ira M Longini, Matthias Egger *et al.*, "Efficacy and effectiveness of an rVSV-vectored vaccine expressing Ebola surface glycoprotein: interim results from the Guinea ring vaccination cluster-randomised trial", July 31, 2015, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61117-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61117-5) (accessed August 3 2015).

soignant sur la réponse Ebola a mis un terme aux programmes de routine combattant des maladies courantes, telles que la malaria, la tuberculose ou le VIH³². Des modèles suggèrent que les cas de malaria non soignés, résultat de la capacité réduite en soins médicaux, pourraient avoir contribué à 11 000 décès supplémentaires dus à la malaria³³, des chiffres comparables à la mortalité directement attribuée à l'infection d'Ebola.

Après l'épidémie

En février et mars 2015, des essais cliniques pour tester l'efficacité de certains des vaccins contre Ebola – développés depuis le début de l'année 2000 – ont été menés dans les pays où se propageait l'épidémie. En Guinée, un essai a démontré que de tels vaccins présentent un grand potentiel en tant qu'instrument additionnel capable de contenir de futures épidémies d'Ebola, si bien que la recherche continue³⁴.

Cependant, qu'il existe ou non des vaccins efficaces pour protéger contre l'infection par Ebola, l'effort doit porter au niveau national sur la reconstruction des systèmes de santé, et ce sera un défi: alors que le discours ambiant parle d'un retour à la normale, les trois pays connaissent encore une transmission active du virus, et parvenir à la « fin de partie » doit rester la priorité. Malgré la promesse de fonds pour la reconstruction, reconstituer la main-d'œuvre prendra du temps alors qu'une proportion significative du personnel de santé est décédée³⁵ et que la fermeture des écoles de santé et d'infirmières pendant l'épidémie a contribué à retarder le renforcement des capacités³⁶. Au niveau mondial, la réponse tardive et insuffisante de la commu-

« L'effort doit porter au niveau national sur la reconstruction des systèmes de santé. »

“Focus must be on rebuilding health systems.”

But whether there are effective vaccines to protect against Ebola infection or not, at the national level, focus must be on rebuilding health systems, and this will be a challenge: while the discourse has shifted to recovery, all three countries are still experiencing active transmission, and getting to zero should remain the priority. Despite pledged funding for reconstruction, rebuilding the workforce will take time as a significant proportion of the healthcare workforce has died³⁵ and the closure of medical and nursing schools through the outbreak has slowed capacity building³⁶. At the global level, the slow and insufficient response from the international community, including WHO, has highlighted the need to review emergency response mechanisms³⁷. The outbreak has also re-highlighted low compliance with International Health Regulations obligations on building national core public health capacities, particularly in low income countries³⁸. Had this capacity been in place, the outbreak may have been detected and controlled where and when it emerged.

— 32. Michael Edelstein, Philip K. Angelides, David L. Heymann, "Ebola: the challenging road to recovery", *op. cit.*

— 33. Patrick Walker P. *et al.*, "Malaria morbidity and mortality in Ebola-affected countries caused by decreased health-care capacity, and the potential effect of mitigation strategies: a modelling analysis", *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 15, n° 7, juillet 2015, p. 825-32.

— 34. Ana Maria Henao-Restrepo, Ira M. Longini, Matthias Egger *et al.*, "Efficacy and effectiveness of an rVSV-vectored vaccine expressing Ebola surface glycoprotein: interim results from the Guinea ring vaccination cluster-randomised trial", 31 juillet 2015, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61117-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61117-5) (consulté le 3 août 2015).

— 35. Edelstein M, Angelides P, Heymann DL. Ebola: the challenging road to recovery, *op. cit.*

— 36. *Ibid.*

— 35. Edelstein M, Angelides P, Heymann DL. Ebola: the challenging road to recovery, *op. cit.*

— 36. *Ibid.*

— 37. World Health Organization, *Report of the Ebola Interim Assessment Panel*, July 2015, <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf?ua=1> (accessed July 20 2015).

— 38. Fidler D., *Ebola Report Misses Mark on International Health Regulations*, Chatham House, July 2015, <http://www.chathamhouse.org/expert/comment/ebola-report-misses-mark-international-health-regulations> (accessed July 20 2015).

nauté internationale, y compris de l'OMS, a mis en évidence le besoin de revoir les mécanismes de réponse en urgence³⁷. L'épidémie a également et de nouveau mis en évidence la faible conformité au règlement sanitaire international de l'OMS, en particulier au niveau de capacités nationales en matière de santé publique dans les pays à faible revenu³⁸. Si de telles capacités avaient été disponibles, l'épidémie aurait sans doute pu être détectée et contrôlée en lieu et en heure.

L'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest a démontré une fois encore comment la faible capacité d'un système de santé dans un seul pays peut menacer la sécurité sanitaire mondiale. Alors que les trois pays les plus affectés, avec l'aide de la communauté internationale, poursuivent leurs efforts pour briser les dernières chaînes de transmission, plusieurs leçons doivent être retenues : en premier lieu, le mécanisme mondial de réponse à de telles crises de santé publique, en particulier la capacité et les processus de l'OMS, nécessite un examen et un renforcement, voire une révision³⁹. De nombreuses propositions ont déjà été faites, en particulier autour de la création d'un fonds d'urgence ou de l'augmentation des fonds disponibles au sein d'un plan d'urgence existant ; et la mise en place d'une force internationale d'intervention sanitaire, à vocation mondiale⁴⁰. Le lien entre un tel contingent et le GOARN n'est cependant pas encore défini. En deuxième lieu, la constitution de la capacité de base en matière de santé publique doit être accélérée. C'est ce dont s'occupe en partie l'Agenda de sécurité sanitaire mondiale (GHSA), conduit par les États-Unis, qui aide 44 pays à réaliser l'application totale du règlement sanitaire international⁴¹,

The Ebola outbreak in West Africa demonstrated once more the ability of a weak public health system in one country to threaten global health security for all. As the three most affected countries, with the support of the international community, continue their efforts to break the last chains of transmission, there are several lessons to be learnt: first, the global response mechanism to such public health crises, in particular the WHO's capacity and processes needs examination and strengthening or revision³⁹. Several proposals have already been made, in particular around the creation of a new emergency fund, or the increase of the sums available in an existing contingency fund; and the creation of an international global health workforce⁴⁰. How this workforce will relate to GOARN is not yet defined. Second, core public health capacity-building must be accelerated. This is in part being addressed by the US-led Global Health Security Agenda, which supports 44 countries to achieve full implementation of the IHR⁴¹, although it remains unclear how this initiative links with the WHO mandate to strengthen core public health capacity. Third, the Ebola outbreak saw the emergence of new, non-traditional actors such as the private sector and armed forces. Their mandate and ongoing involvement in future health crises remains to be defined⁴². Ebola will not be the last Public Health Event of International Concern- these questions need urgent answers before the emergence of the next global health crisis.

— 37. World Health Organization, *Report of the Ebola Interim Assessment Panel*, juillet 2015, <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf?ua=1> (consulté le 20 juillet 2015).

— 38. David P. Fidler, *Ebola Report Misses Mark on International Health Regulations*, Chatham House, juillet 2015, <http://www.chathamhouse.org/expert/comment/ebola-report-misses-mark-international-health-regulations> (consulté le 20 juillet 2015).

— 39. World Health Organization, *Report of the Ebola Interim Assessment Panel*, *op. cit.*

— 40. World Health Organization, *WHO response to the Ebola Interim Assessment Panel report*, juillet 2015, <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ebola-panel-report/en/> (consulté le 20 juillet 2015).

— 41. Center for Disease Control and Prevention, *Global Health Security Agenda*, <http://www.cdc.gov/globalhealth/security/> (consulté le 20 juillet 2015).

— 39. World Health Organization, *Report of the Ebola Interim Assessment Panel*, *op. cit.*

— 40. World Health Organization, *WHO response to the Ebola Interim Assessment Panel report*, July 2015, <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ebola-panel-report/en/> (accessed July 20 2015).

— 41. Center for Disease Control and Prevention, *Global Health Security Agenda*, <http://www.cdc.gov/globalhealth/security/> (accessed July 2015).

— 42. Michael Edelstein, Philip K. Angelides, David L. Heymann, "Ebola and future health crises: the role of the G7", *op. cit.*

bien que le lien entre cette initiative et le mandat de l'OMS qui est de renforcer la capacité de base en matière de santé publique, manque de clarté. En troisième lieu, l'épidémie d'Ebola a vu l'émergence de nouveaux acteurs non traditionnels, tels que le secteur privé et les forces armées. Leur mandat et leur engagement dans les futures crises sanitaires restent à définir⁴². Car Ebola ne sera pas le dernier événement sanitaire de portée internationale. Et ces questions requièrent une réponse urgente avant l'émergence de la prochaine crise sanitaire mondiale.

Traduit de l'anglais par Renny Ngo

— 42. Michael Edelstein, Philip K. Angelides, David L. Heymann, "Ebola and future health crises: the role of the G7", *op. cit.*

Biographies



MICHAEL EDELSTEIN

Médecin de santé publique spécialisé en épidémiologie des maladies infectieuses, expert en systèmes de surveillance, en enquêtes concernant le déclenchement des épidémies et en politique globale de santé, dans des contextes à la fois de routine et d'urgence. Actuellement chercheur au Centre on Global Health Security, Chatham House, il est titulaire d'un MPH de la London School of Hygiene and Tropical Medicine et diplômé du programme européen de formation à l'épidémiologie d'intervention (EPIET). Il a travaillé pour des agences nationales et des organisations internationales de santé publique en Europe, en Afrique et en Asie du Sud-Est. Ses interventions les plus récentes ont eu lieu aux Philippines après le typhon Haiyan (2013), au Népal après les tremblements de terre de 2015 et au Liberia où il a travaillé en 2014 en tant que coordinateur de terrain pendant l'épidémie d'Ebola.

Public health medical doctor specialised in infectious diseases epidemiology, with expertise in surveillance systems, outbreak investigations and global health policy, in both routine and emergency contexts. Currently a research fellow at the Centre on Global Health Security, he has an MPH from the London School of Hygiene and Tropical Medicine and is a graduate of the European Programme in Intervention Epidemiology (EPIET). He has worked for national public health agencies and international public health organisations in Europe, Africa and South East Asia. His most recent emergency responses were in the Philippines following typhoon Haiyan (2013), in Nepal following the 2015 earthquakes, and in Liberia where he worked in 2014 as a field coordinator during the Ebola outbreak.

DAVID L. HEYMANN

Épidémiologiste expert dans les maladies infectieuses, et actuellement professeur en épidémiologie des maladies infectieuses à la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Après ses études de médecine, il a travaillé pendant deux années en tant qu'épidémiologiste de terrain pour le programme d'éradication de la variole de l'OMS en Inde. En 1976, après avoir participé à l'enquête sur la première épidémie d'Ebola en RDC, il a été détaché durant treize années par les Centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) auprès de ministères de la Santé en Afrique subsaharienne, se consacrant à des enquêtes épidémiologiques, incluant les fièvres hémorragiques, la malaria, les maladies évitables par vaccin et au renforcement des systèmes de surveillance des maladies. En 1989, il est détaché à l'Organisation mondiale de la santé comme coordinateur de la recherche pour le programme mondial VIH/sida, avant de créer et de diriger le programme sur les infections émergentes puis d'occuper des postes de responsabilité à partir desquels il a coordonné la réponse mondiale à l'épidémie de SRAS en 2003 et dirigé le programme d'éradication de la polio. Il est aujourd'hui directeur général adjoint pour la sécurité sanitaire et l'environnement.

Epidemiologist with expertise in infectious diseases, and currently Professor of Infectious Disease Epidemiology at the London School of Hygiene and Tropical Medicine. Upon completion of medical training he worked for two years as a field epidemiologist for the WHO smallpox eradication programme in India. In 1976, beginning with investigation of the first outbreak of Ebola in DRC in 1976, he spent 13 years on assignment from the U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) to ministries of health in sub-Saharan Africa working on outbreak investigation, including hemorrhagic fevers; malaria; vaccine preventable diseases; and strengthening of disease surveillance systems. In 1989 he was seconded from CDC to the World Health Organization where he worked as research coordinator in the Global Programme on AIDS, and then set up and directed the Programme on Emerging Infections, followed by executive positions from which he coordinated the global response to the SARS outbreak in 2003, headed the polio eradication programme, and became assistant director general for health security and the environment.

La réponse à l'épidémie d'Ebola: négligence, improvisation et autoritarisme

The response to the Ebola epidemic: negligence, improvisation and authoritarianism

Jean-Hervé Bradol • Centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires (CRASH) / Médecins sans Frontières



Si MSF a tenu une place prépondérante dans la réponse à la crise Ebola, elle le doit autant à ses capacités d'intervention qu'à sa capacité de critique. Le présent article de Jean-Hervé Bradol incarne parfaitement cette dernière en pointant, sans faux-semblants, les questions mises en lumière à l'occasion de cette épidémie.

Pour la première fois dans l'histoire, depuis la découverte du virus en 1976, les institutions médicales ont dû organiser la réponse à une épidémie d'Ebola à grande échelle. Comme pour toute réponse à une épidémie particulièrement meurtrière, l'examen du résultat obtenu peut se faire en discutant l'impact de deux types d'actions sur le nombre de morts: celles qui avaient pour but de diminuer le nombre de nouveaux cas (l'incidence) et celles qui avaient pour but de réduire le

If MSF has held a preponderant position in the response to the Ebola crisis, it owes it just as much to its intervention capacities as to its capacity for criticism. The following article by Jean-Hervé Bradol embodies perfectly the latter in pointing to the issues that appeared on the occasion of this epidemic.

For the first time in history, since the discovery of the virus in 1976, medical institutions had to organise the response to an Ebola epidemic on a grand scale. As for any answer to a particularly murderous epidemic, the scrutiny of the result obtained can be carried out by discussing the impact of two types of actions on the number of deaths: those aiming at diminishing the number of new cases (incidence) and those aiming to reduce the number of deaths amongst people already infected (lethality). Between

nombre de morts au sein des personnes déjà infectées (la létalité). Entre le début de l'année 2014 et juin 2015¹, 27 550 cas avaient été enregistrés, principalement dans trois pays (Guinée, Sierra Leone et Liberia), dont 11 235 se sont soldés par la mort du patient.

Disons-le d'emblée, un tel résultat d'environ 41 % de décès parmi les cas enregistrés n'était pas acquis d'avance. En effet, parmi les 2 387 cas enregistrés lors des épidémies précédentes (de 1976 au Zaïre à 2012 en Ouganda), 1 590 décès (66 %) ont été rapportés². En réalité, dans ces épidémies où les cas se comptaient par centaines et non par milliers, la proportion des patients décédés parmi les personnes enregistrées comme cas d'Ebola a été sujette à d'amples variations dont les extrêmes sont : 90 % de décès en République démocratique du Congo (2003) et 25,1 % de décès en Ouganda (2007).

S'il faut rendre hommage aux équipes soignantes qui ont pris en charge les patients dans des circonstances précaires et au péril de leur vie, il est également justifié de se demander s'il était possible d'obtenir de meilleurs résultats. Nul ne peut le dire avec certitude. C'est pourquoi il est important d'en débattre en dépit de l'inévitable cruauté de tout exercice de revue critique dans le domaine de la réponse médicale et sanitaire en urgence. En effet, la conséquence entre un choix opérationnel et un autre peut parfois se traduire par un nombre de morts plus ou moins élevé. Dans cette situation où même l'hypothèse basse en ce qui concerne le nombre de décès est effrayante, les controverses se nourrissent de l'inévitable désarroi de soignants qui ont dû faire face à la mort d'un patient hospitalisé sur deux. Faire entendre des points de vue discordants n'a pas été facile dans une telle ambiance. D'autant plus que parmi les dirigeants de MSF, nombreux sont ceux qui pensent que seuls ceux qui participent à l'action et prennent les décisions sont légitimes pour en discuter. Mon point de vue est celui d'un médecin de MSF qui participe à la réponse internationale aux épidémies depuis vingt-cinq ans. Je ne suis pas allé sur les terrains où se développait cette épidémie. Ma hiérarchie m'a demandé d'observer à distance les opérations de notre association et



JEAN-HERVÉ
BRADOL

the beginning of 2014 and June 2015¹, 27,550 cases were reported, mainly in three countries (Guinea, Sierra Leone and Liberia), with 11,235 leading to the patient's death.

Let's state it to begin with, such a result of around 41% of deaths amongst the cases reported, was not obvious at the start. Effectively, out of the 2,387 cases reported during the preceding epidemics (from 1976 in Zaïre to 2012 in Uganda), 1,590 deaths were reported². In reality, for these epidemics, in which cases were counted by hundreds instead of thousands, the proportion of deceased patients amongst the people registered as Ebola cases was subject to ample variations, the extremes being: 90% of deaths in the Democratic Republic of the Congo (2003) and 25.1% in Uganda (2007).

If it appears appropriate to salute the medical teams who took charge of patients in precarious situations while endangering their own lives, it is also justified to ask oneself if it was possible to obtain better results. Nobody can say so assuredly. That is why it is important to open a debate, in spite of the unavoidable cruelty of any critical review exercise in the field of emergency medical and sanitary responses. In effect, the consequence of one operational choice rather than another can sometimes translate into a variable number of deaths (higher or lower). In such a situation, when even the lower hypothesis concerning the death toll is appalling, controversies arise from the inescapable disarray of teams having to face the death of one out of two hospitalised patients. To give voice to conflicting points of view was not easy in such a context. Especially since, amongst MSF managers, numerous are those who think that it is only by participating in action and taking decisions that one appears legitimate to discuss these. My point of view is that of an MSF doctor who has been participating in the international response to epidemics for the past 25 years. I did not go to the areas where the epidemic was developing.

— 1. WHO, *Ebola Situation Reports*, <http://apps.who.int/ebola/ebola-situation-reports>. Juin 2015.

— 2. *Ibid.*

— 1. WHO, *Ebola Situation Reports*, <http://apps.who.int/ebola/ebola-situation-reports>, June 2015.

— 2. *Ibid.*

de formuler des remarques. C'est une partie de celles-ci que je reproduis dans ce texte³.

Était-il possible d'éviter que la maladie ne soit transmise à autant de personnes ?

D'un point de vue scientifique, l'ampleur inédite de cette épidémie ne s'explique pas par l'apparition d'un nouveau virus⁴. C'est l'un des rares aspects de cette affaire où des données scientifiques solides existent. D'un point de vue empirique, l'absence de flambée épidémique au Nigeria, au Sénégal et au Mali confirme que, dans ces pays, il a été possible de contrôler le phénomène à son démarrage à l'aide des mesures habituelles d'isolement des personnes infectées et de suivi des personnes avec lesquelles elles ont été en contact. La confusion initiale au Nigeria, au Sénégal, au Mali, aux États-Unis et en Europe au moment de la prise en charge des premiers cas ne s'est pas traduite par un nombre de cas dépassant quelques dizaines. À l'inverse, le développement de l'épidémie en Guinée, puis en Sierra Leone et au Liberia est la conséquence d'un double échec.

La première déficience est celle de la veille épidémiologique puisque la détection de l'épidémie est réalisée tardivement, plus de deux mois après son démarrage⁵. Puis le fiasco est politique et social car une fois l'épidémie identifiée, la mobilisation nécessaire à la lutte contre la maladie est demeurée longtemps insuffisante. Les États et les organisations internationales, en particulier l'Organisation mondiale de la santé, n'appréciaient pas le danger à sa juste mesure avant l'été 2014. Des segments importants de populations n'adhéraient ni aux explications données à propos de l'origine de l'épidémie ni aux mesures proposées par les autorités (arrêt de la consommation de viande de brousse, modifications des rites funéraires, regroupement et isolement des malades dans des centres spécialisés, suivi des personnes ayant été en contact avec un malade

« La première déficience est celle de la veille épidémiologique puisque la détection de l'épidémie est réalisée tardivement, plus de deux mois après son démarrage. »

"The first deficiency is that of the epidemiological watch, since the epidemic is detected late, more than two months after its start."

My hierarchy asked me to observe at distance the operations of our association and to formulate some remarks. It is part of these that I reproduce in this text³.

Was it possible to avoid having the disease transmitted to so many people?

From a scientific point of view, the unprecedented amplitude of the epidemic cannot be explained by the appearance of a new virus⁴. This is one of the rare aspects of this affair where solid scientific data exists. From an empirical point of view, the absence of an epidemical outburst in Nigeria, Senegal and Mali confirms that in these countries it was possible to control the phenomenon at the beginning with the help of the usual confinement measures of people with whom they were in contact. The initial confusion in Nigeria, in Senegal, in Mali, in the United States and in Europe at the time of taking charge of the first cases did not entail a number of cases exceeding several tens. On the contrary, the development of the epidemic in Guinea, then in Sierra Leone and in Liberia is the consequence of a double failure.

The first deficiency is that of the epidemical watch, since the epidemic is detected late, more than two months after its start⁵. Then the fiasco is political and social, as once the epidemic identified, the mobilisation required for the fight against the sickness long remained insufficient. States and International organisations, in particular the World Health Organization, don't appreciate the danger to its true measure before the summer of 2014. Important segments of the populations neither adhered to the explanations given concerning the origin of the epidemic nor to the measures proposed by authorities (giving up consumption of meat from the bush, modification of funeral rites, regrouping and isolation of patients in specialised centres, follow-up of persons having been in contact with an Ebola patient). Now,

— 3. Ce travail n'aurait pas pu être mené sans l'aide d'Andrea Bussoti, chargé de communication, MSF, Paris.

— 4. Abayomi S. Olabode, "Ebola virus is evolving but not changing: no evidence for functional change in EBOV from 1976 to the 2014 outbreak", *Virology*, vol. 482, août 2015, p. 202-207.

— 5. Sylvain Baize et al., "Emergence of Zaire Ebola virus disease in Guinea", *New England Journal of Medicine*, vol. 371, 9 octobre 2014, p. 1418-1425.

— 3. This work could not have been carried out without the help of Andrea Bussoti, communication advisor, MSF Paris.

— 4. Abayomi S. Olabode, "Ebola virus is evolving but not changing: no evidence for functional change in EBOV from 1976 to the 2014 outbreak", *Virology*, vol. 482, August 2015, pp. 202-207.

— 5. Sylvain Baize et al., "Emergence of Zaire Ebola virus disease in Guinea", *New England Journal of Medicine*, vol. 371, October 9th 2014, pp. 1418-1425.

d'Ebola). Or le succès dans la réponse à une épidémie repose sur l'état de la science et des technologies disponibles, ainsi que sur une mobilisation sociale et politique réussie. Dans ce cas précis, les « outils » disponibles ne comprenaient ni vaccin, ni test diagnostique rapide, ni traitement antiviral, ni modèle d'organisation des soins adapté à la grande aire géographique concernée et aux milliers de cas de cette épidémie exceptionnelle. Ce déficit de produits médicaux et de protocoles de soins adaptés a contraint la réponse à l'épidémie à s'organiser à partir « d'outils » rudimentaires: l'usage d'un test diagnostique malcommode à utiliser pour les cliniciens, des procédures d'isolement des malades et de recherche des personnes avec lesquelles ils ont été en contact. Le succès de l'entreprise reposait en grande partie sur l'adhésion de la population aux changements de comportements proposés par les autorités. Or quand, avec retard, les acteurs médicaux et politiques s'alertèrent du danger au milieu de l'été, ils développèrent vis-à-vis des différentes populations et des personnes infectées des comportements trop autoritaires pour réellement inspirer confiance. En Sierra Leone, l'ensemble de la population était enjointe à rester plusieurs jours sans sortir de chez elle en attendant la visite d'agents sanitaires chargés de débarrasser les malades restés à domicile⁶. Dans Monrovia, la capitale du Liberia, la police encerclait un quartier populaire (Westpoint) et interdisait aux habitants d'en sortir pendant plusieurs jours⁷. Dans les trois pays les plus touchés, les personnes infectées étaient sommées de se rendre dans des centres d'isolement pour éviter qu'elles ne transmettent le virus à d'autres. Des images télévisées ont fait le tour du monde⁸. Celles d'un homme en polo rouge déambulant dans les rues de Monrovia, avec à son poignet un bracelet indiquant qu'il venait d'un centre d'isolement. Il était pourchassé par un groupe de passants qui le dénonçaient comme une menace pour la collectivité. Une équipe de MSF l'embarqua de force dans une ambulance pour le ramener en isolement. En réalité, la suite de l'histoire montra que cet

« Ce déficit de produits médicaux et de protocoles de soins adaptés a contraint la réponse à l'épidémie à s'organiser à partir "d'outils" rudimentaires. »

“This deficit of medical products and adapted protocols obliged the response to the epidemic to get organized using rudimentary 'tools'.”

succeeding in the response to an epidemic rests upon the state of available science and technology and also on a successful social and political mobilisation. In this precise case, the available “toolkit” included neither vaccination, nor rapid diagnosis test, nor anti-viral treatment nor an organisational health model adapted to the wide geographical area concerned and the thousands of cases of this exceptional epidemic. This deficit of medical products and adapted protocols obliged the response to the epidemic to get organised using rudimentary “tools”: the recourse to an impractical diagnosis test for use by clinicians, confinement procedures for patients and those for search of persons with whom they had been in contact. The success of the undertaking was based in great part on the adhesion of the population to the changes in behaviour proposed by authorities. Well, when with delay the medical and political actors were alerted of the danger in the middle of the summer, they developed towards the different populations and infected persons too authoritarian stances to truly inspire confidence. In Sierra Leone, the whole population was required to stay several days at home without going out, while waiting for the visit of sanitary agents in charge of finding the people still living there⁶. In Monrovia, Liberia's capital, the police encircled a popular neighbourhood (Westpoint) and forbade inhabitants to go outside of it for several days⁷. In the three most affected countries, infected persons were ordered to go to containment centers to avoid transmission of the virus to others. Television images travelled around the world⁸. Those of a man in a red polo shirt walking in the streets of Monrovia with a bracelet on his wrist indicating that he came from a containment center. He was pursued by a group of passers by, denouncing him as a menace for the community. An MSF team embarked him by force in an ambulance to bring him back to confinement. The truth of it was that the rest of the story showed that this man was not infected by the Ebola virus. His sojourn in an isolation centre while waiting for a final

— 6. Adam Nossiter, “Lockdown begins in Sierra Leone to battle Ebola”, *The New York Times*, 19 septembre 2014.

— 7. AFP, “Ebola quarantine in Liberia's capital sparks violence in slum”, *The Guardian*, 21 août 2014.

— 8. http://www.dailymotion.com/video/x2553jg_ebola-patient-escapes-medical-centre-spreads-panic-in-monrovia-liberia_news

— 6. Adam Nossiter, “Lockdown begins in Sierra Leone to battle Ebola”, *The New York Times*, September 19th 2014.

— 7. AFP, “Ebola quarantine in Liberia's capital sparks violence in slum”, *The Guardian*, August 21st 2014.

— 8. http://www.dailymotion.com/video/x2553jg_ebola-patient-escapes-medical-centre-spreads-panic-in-monrovia-liberia_news

homme n'était pas infecté par le virus Ebola. Son séjour dans un centre d'isolement dans l'attente d'un diagnostic définitif, à proximité de personnes infectées, le mettait objectivement en danger⁹. Sa décision de quitter le centre d'isolement n'avait rien d'irrationnel, elle était au contraire justifiable au regard du risque qu'une hospitalisation, dans l'attente du résultat du test diagnostique, lui ferait prendre si le résultat du test indiquait à la fin du protocole de soins qu'il n'était pas porteur du virus. Peu importe, en quelques heures il était devenu pour le monde entier le symbole du malade indiscipliné et dangereux pour la société.

Imaginons un instant que, dès le début de l'épidémie, au lieu de verser dans l'autoritarisme, les acteurs médicaux aient offert 200 euros à tous les cas confirmés pour faire comprendre à leurs patients et à leurs proches qu'ils étaient prêts à prendre en compte non seulement les intérêts de la santé publique mais aussi ceux des malades et de leurs familles. Un peu plus de 5 millions d'euros auraient ainsi pu arriver directement dans les familles touchées par la maladie d'Ebola. Une goutte d'eau si on se souvient que les dépenses réalisées pour répondre à l'épidémie dépasseront plusieurs milliards d'euros et que celles de MSF approcheront la centaine de millions d'euros. Imaginons que, lorsqu'un malade et ses proches refusaient l'isolement, il leur ait été répondu: les équipes médicales sont convaincues que les chances de survies sont plus élevées en cas d'admission dans un centre de traitement et d'isolement mais si le malade souhaite rester à domicile, il recevra quand même une aide médicale sous la forme de médicaments et de matériel. Certes tout cela relève de l'imagination bien que certaines de ces mesures aient parfois été appliquées. Au Liberia, pendant l'été et l'automne, en réponse à la saturation des centres d'isolement et de soins, MSF a distribué un kit de matériel pour les patients qui ne pouvaient être hospitalisés, faute de place. Ce kit leur offrait les moyens de se protéger d'un membre de la famille infecté jusqu'à ce

diagnosis, in proximity to infected persons objectively put him in danger⁹. His decision to leave the confinement center was not irrational, it was on the contrary justifiable regarding the risk that a hospitalisation, while waiting for the result of the diagnosis test, would make him take if the result of the test indicated, at the end of the treatment protocol, that he was not carrying the virus. So what? In a few hours he had become for the whole world the symbol of the undisciplined patient, dangerous for society.

Let us imagine for a moment that, at the beginning of the epidemic, instead of falling into authoritarianism, the medical actors had offered 200 euros for all confirmed cases, to make patients and family understand that they were ready to take into account not only public health interests but also those of patients and their families. Slightly more than 5 million euros could thus have arrived directly in the families hit by the Ebola disease. A drop of water if one remembers that the expenses made to respond to the epidemic will surpass several billion euros and that those of MSF will approach 100 million euros. Imagine that, when a sick person and his/her family refused isolation, the following answer was given: medical teams are convinced that chances of survival are higher in case of admission in a treatment and confinement center, but if the sick person wishes to stay at home, he/she would nonetheless receive medical aid, in the form of medicine and equipment. Of course all this has to do with imagination, although some of these measures have sometimes been applied. In Liberia, during the summer and autumn, as a response to the saturation of isolation and treatment centers, MSF distributed an equipment kit for patients who could not be hospitalised for lack of space.

— 9. Adam J. Kucharski *et al.*, "Evaluation of the benefits and risks of introducing Ebola Community Care Centers, Sierra Leone", *Emerging Infectious Diseases*, vol. 21, n° 3, mars 2015, http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/21/3/14-1892_article

— 9. Adam J. Kucharski *et al.*, "Evaluation of the benefits and risks of introducing Ebola Community Care Centers in Sierra Leone", *Emerging Infectious Diseases*, vol. 21, number 3, March 2015, http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/21/3/14-1892_article

qu'ils puissent avoir accès aux CTE¹⁰. En Sierra Leone, le Comité international de la Croix-Rouge a parfois distribué de l'argent aux malades et à leurs familles en utilisant pour cela un réseau de téléphonie mobile¹¹. Ce qui est moins connu est le fait que l'efficacité des mesures autoritaires appliquées dans la réalité relève également de l'imagination. La répétition de ces pratiques dans l'histoire de la réponse aux épidémies ne doit pas le faire oublier. En l'état des données disponibles, il est certain que pour interrompre la transmission du virus au sein d'une population, il faut limiter et protéger les contacts physiques avec les personnes infectées. Mais la meilleure combinaison d'actions pour arriver à ce résultat n'a pu être établie scientifiquement, ne serait-ce qu'en raison de la rareté et de la brièveté des épidémies d'Ebola qui rendent difficiles les études scientifiques et leur capitalisation. Ainsi, le choix de privilégier l'ouverture de grands centres d'isolement et de traitement a montré toutes ses limites :

« Après avoir dépensé des centaines de millions de dollars et déployé près de 3 000 soldats pour construire des centres de traitement Ebola, les États-Unis ont fini par ouvrir des installations qui sont largement restées vides: seuls 28 patients Ebola ont été traités dans les 11 unités de traitement construites par l'armée américaine, tandis que les responsables américains disent maintenant que neuf centres n'ont jamais reçu un seul patient Ebola¹². »

En réalité, les grands centres de traitement n'ont jamais été prêts à fonctionner au moment où le nombre de cas explosait, ni à Monrovia, ni à Freetown. Alors pourquoi, face à l'incertitude, a-t-on de manière générale privilégié les actions les plus autoritaires, par exemple le regroupement des cas dans de grands centres, aux dépens de celles qui reposent sur l'information des malades, le respect de leur liberté de refuser des soins et le

« L'efficacité des mesures autoritaires appliquées dans la réalité relève également de l'imagination. »

“The efficiency of the authoritarian measures applied in reality, also corresponds to imagination.”

This kit offered them the means and ways to protect themselves from an infected member until they could have access to an Ebola Treatment Center (ETC)¹⁰. In Sierra Leone, the International Red Cross Committee sometimes distributed money to sick people and their families, using for this purpose a mobile phone network¹¹. What is not as well known is the fact that the efficiency of the authoritarian measures applied in reality, also corresponds to imagination. The repetition of these practices in the history of the response to epidemics should not lead to forgetting this. In the present state of available data, it is certain that to interrupt the propagation of a virus within a population, physical contact with infected persons must be limited and protected. But the best combination of actions to attain this result has not been able to be scientifically established, if only because of the rarity and the short duration of Ebola epidemics that render scientific studies and their capitalisation difficult. Thus, the choice of privileging the opening of big confinement and treatment centres has shown all its limits:

“After having spent hundreds of millions of dollars and deployed 3,000 soldiers to build Ebola treatment centres, the United States finally opened premises that remained largely empty: only 28 Ebola patients were taken care of in the 11 treatment units constructed by the US Army, while American authorities now say that nine centres never received one single Ebola patient¹².”

In reality, the large treatment centres were never ready to operate at the time the number of cases exploded, neither in Monrovia nor in Freetown.

— 10. MSF, *Ebola: Massive Distribution of Home Disinfection Kits Underway in Monrovia*, Bruxelles, 2 octobre 2014, <http://www.doctorswithoutborders.org/news-stories/field-news/ebola-massive-distribution-home-disinfection-kits-underway-monrovia>

— 11. ICRC, *Liberia: Surviving Ebola with care and cash*, Geneva, 28 novembre 2014, <https://www.icrc.org/en/document/liberia-surviving-ebola-care-and-cash>

— 12. Norimitsu Onishi, “Empty Ebola clinics in Liberia are seen as misstep in U.S. relief effort”, *The New York Times*, 11 avril 2015.

— 10. MSF, *Ebola: Massive Distribution of Home Disinfection Kits Underway in Monrovia*, Bruxelles, 2nd October 2014, <http://www.doctorswithoutborders.org/news-stories/field-news/ebola-massive-distribution-home-disinfection-kits-underway-monrovia>

— 11. ICRC, *Liberia: Surviving Ebola with care and cash*, Geneva, November 28 2014, <https://www.icrc.org/en/document/liberia-surviving-ebola-care-and-cash>

— 12. Norimitsu Onishi, “Empty Ebola clinics in Liberia are seen as misstep in U.S. relief effort”, *The New York Times*, April 11th 2015.

soutien socio-économique ? Pourtant, la lutte contre le sida (en particulier l'administration des antirétroviraux) et le traitement de la malnutrition aiguë sévère du nourrisson (désormais administré dans la majorité des cas par les mères) ont montré que des politiques médicales plus coopératives permettaient d'atteindre des résultats inespérés, grâce à la participation active des patients et de leur entourage à l'administration des soins. Cette attitude régressive en matière de lutte contre les épidémies, favorisée par l'effroi provoqué par la forte létalité de la maladie d'Ebola, n'a pas échappé à Gregg Gonsalves, l'un des dirigeants historiques de la lutte pour l'accès aux antirétroviraux pour les patients infectés par le VIH :

« L'histoire se répétant, les mesures punitives, irrationnelles déployées pendant l'épidémie de VIH il y a trente ans sont réactivées pour une autre maladie, cette fois une fièvre hémorragique rare responsable de quelques cas isolés. Et la riposte au VIH n'était pas la première de ce genre. Pendant la Première Guerre mondiale, par exemple, en vertu de la loi Chamberlain-Kahn, 20 000 femmes ont été mises en quarantaine par le gouvernement fédéral et des milliers d'autres par les autorités locales, sur des soupçons de propagation de la syphilis et de la gonorrhée, bien que beaucoup de celles qui se retrouvèrent derrière les barbelés n'avaient nullement la maladie¹³. »

Isoler ou soigner ?

L'image d'un malade dangereux devant impérativement être contrôlé par des mesures autoritaires s'est également imposée dans les protocoles de soins médicaux. Cela s'est traduit par la *no touch policy*, c'est-à-dire l'évitement du contact physique entre personnels soignants et malades ainsi qu'entre membres du personnel. Comprenons-nous bien, il ne s'agit pas de penser que le contact physique n'était pas dangereux en de telles circonstances. Mais c'est la radicalité avec laquelle cette politique a parfois été appliquée qui est discutable : des malades privés de contacts avec l'extérieur, parfois même aux dernières heures de leur vie, des médecins enjoins d'arrêter de vouloir individualiser les soins

Then why, in the face of uncertainty, were authoritarian actions more generally privileged, for example the grouping of cases in large centres, at the expense of those based on the information of sick people, the respect of their freedom to refuse care and socio-economic support? However, the fight against AIDS (in particular the administration of anti retroviruses) and the treatment of severe malnutrition of infants (from now on administered in the majority of cases by the mother), have shown that more cooperative medical policies permitted achieving unexpected results, thanks to the active participation of patients and their kin in the administration of treatments. This regressive attitude concerning the fight against epidemics, encouraged by the dread provoked by the strong lethality of the Ebola disease, did not escape Gregg Gonsalves, one of the historical leaders in the fight for access to anti-retroviruses for HIV infected patients:

"History repeating itself, punitive irrational measures deployed during the HIV epidemic of thirty years ago are reactivated by another sickness, this time a rare hemorrhagic fever responsible for a few isolated cases. And the counterattack to HIV was not the first of its kind. During the First World War, for instance, because of the Chamberlain-Kahn laws, 20,000 women were put in quarantine by the federal government and thousands of others by local authorities, under suspicion of propagation of syphilis and gonorrhoea, although many of those put behind barbed wire did not have the sickness¹³.

To isolate or to dispense care?

The image of a dangerous patient that imperatively needs to be controlled by authoritarian measures has also imposed itself in medical care protocols. This has been translated into the *no touch policy*, that is to say the avoidance of physical contact between medical personnel and patients as well as between team members.

— 13. Gregg Gonsalves, B.S. et Peter Staley, "Panic, paranoia, and public health. The AIDS epidemic's lessons for Ebola", *New England Journal of Medicine*, vol. 371, 18 décembre 2014, p. 2348-2349.

— 13. Gregg Gonsalves, B.S. and Peter Staley, "Panic, paranoia, and public health. The AIDS epidemic's lessons for Ebola", *New England Journal of Medicine*, vol. 371, December 18th 2014, p. 2348-2349

et sommés de respecter un protocole unique, des membres du personnel international exclus de leur équipe pour avoir eu des rapports sexuels en contradiction évidente avec la *no touch policy*, la remise à ses proches du téléphone portable et des papiers d'identité d'un patient décédé après que ces objets aient été plongés pendant 45 minutes dans le chlore...

L'une des conséquences de cette forme de panique collective a été de juger trop dangereuse la perfusion par voie veineuse des patients déshydratés en raison d'un risque d'infection du personnel par piqûre d'aiguille. Pourtant, il existait une solution technique à ce problème : les dispositifs à aiguille rétractable. En conséquence, dans une maladie où la déshydratation est fréquente et sévère, la réhydratation par voie intraveineuse a été rare et souvent mal conduite, comme le montrent les faibles volumes d'eau et de sels administrés par perfusion aux patients admis dans le centre d'isolement et de traitement de MSF à Conakry, un site qui n'a jamais été débordé par un nombre élevé d'hospitalisations¹⁴. Dans les centres d'isolement et de traitement, certains patients n'arrivaient pas à compenser par voie orale leurs pertes en eau et en sels dues aux vomissements et aux diarrhées qui sont fréquents et marqués dans la maladie d'Ebola. Peu de doute que les chances de survie de ces patients ont été affectées par la décision de restreindre les traitements par voie intraveineuse. Le manque d'eau et de sels dans l'organisme est un facteur de risque d'une issue fatale, cela n'est plus à démontrer. Du point de vue de leur pratique médicale, les praticiens se sont retrouvés dans une position inhabituelle pour des personnels exerçant dans une unité hospitalière, en raison de l'ampleur de la mortalité et des moyens limités engagés pour la réduire :

« Les volontaires de MSF partis sur le terrain pour "sauver des vies" doivent affronter leur propre désespoir face aux décès quotidiens... y compris de leurs confrères et collègues. Des médecins expérimentés et spécialistes finissent par devoir accomplir des actes médicaux les plus élémentaires... administrer du liquide ORS [*oral rehydra-*

« Dans une maladie où la déshydratation est fréquente et sévère, la réhydratation par voie intraveineuse a été rare et souvent mal conduite. »

"For a sickness in which dehydration is frequent and severe, intravenous rehydration was rare and often poorly conducted."

Let's be well understood, this does not mean that physical contact was not dangerous under such circumstances. But it is the radicalism with which this policy has sometimes been applied that is questionable: sick persons deprived of outside contacts, sometimes even during the last hours of their life, doctors required to stop wanting to individualise care and summoned to respect a unique protocol, personnel members excluded from their team because of sexual intercourse in obvious contradiction with the *no touch policy*, the handing over to close family of the mobile phone and the ID papers of a deceased patient, once these objects had been immersed for 45 minutes in chlorine...

One of the consequences of this form of collective panic was to consider the intravenous perfusion of dehydrated patients too dangerous because of the risk of infection of personnel by needle sting. Nonetheless there existed a technical solution to this problem: apparatuses with retractable needle. By consequence, for a sickness in which dehydration is frequent and severe, intravenous rehydration was rare and often poorly conducted, as shown by the low volumes of water and salts administered by perfusion to the patients admitted in the confinement and treatment centres of MSF in Conakry, a site that was never overwhelmed by a high number of hospitalizations¹⁴. In isolation and treatment centres certain patients did not manage to compensate by oral tract their losses in water and in salts due to vomiting and diarrhoeas which are frequent and substantial in the Ebola sickness. There is little doubt that the survival chances of these patients were affected by the decision to restrain intravenous treatment. Lack of water and salts in the organism is a risk factor with fatal outcome, this doesn't need to be demonstrated anymore. From the point of view of their medical practice, practitioners found themselves in an unusual position for personnel exercising in a hospital unit, because of the amplitude of mortality and the limited means engaged to reduce it:

— 14. Elhadj Ibrahima Bah *et al.*, "Clinical presentation of patients with Ebola virus disease in Conakry, Guinea", *New England Journal of Medicine*, vol. 372, n° 1, 1^{er} janvier 2015.

— 14. Elhadj Ibrahima Bah *et al.*, "Clinical presentation of patients with Ebola virus disease in Conakry, Guinea", *New England Journal of Medicine*, vol. 372, n° 1, January 1st 2015.

tion salts, sels de réhydratation orale], du paracétamol... Eh oui! Il n'existe pas encore de traitement bien défini! On en viendrait même à se demander si nous avons vraiment besoin de médecins¹⁵. »

Cette démedicalisation des soins s'est heurtée à des résistances sur le terrain. La présidente du conseil d'administration du mouvement international des MSF en témoigne quand, début décembre 2014, elle achève sa seconde visite en Afrique de l'Ouest:

« L'autre sujet clé qui refaisait surface lorsqu'on parlait à des collègues internationaux et nationaux était le niveau des soins dispensés dans les centres de soins d'Ebola. Sur chaque site que j'ai visité, on m'a demandé maintes et maintes fois comment nous pourrions améliorer les soins pour les patients. Le message était récurrent, fort et cohérent – le personnel médical voulait faire plus pour les patients infectés. J'ai entendu ce message publiquement aux réunions du personnel et en privé au cours des discussions de fin de soirée¹⁶. »

La presse médicale et généraliste a rendu compte de ce débat qui divisait les médecins au sujet des protocoles de soins. Plusieurs médecins et professeurs de médecine ont fait remarquer que l'absence, ou la faible fréquence, de la mise en œuvre de protocoles de réhydratation par voie veineuse n'était pas justifiable à leurs yeux¹⁷. À vrai dire, le fait de fixer comme norme de soins et pendant des mois de rarement compenser par voie intraveineuse les pertes en eau et en sels des patients dont la déshydratation résiste au traitement par voie orale semble seulement

"MSF volunteers going to the field 'to save lives' have to face their own lack of hope what with the daily deaths... including those of their fellow members and colleagues. Experimented physicians and specialists end up by having to accomplish the most elementary medical acts... administering ORS [oral rehydration salts], paracetamol... And so it is! There does not exist yet a well defined treatment! One could finally even wonder if we really needed doctors¹⁵."

This demedicalisation of treatments met field resistance. The CEO of the International MSF Movement bears testimony to this when, beginning of December 2014, she is winding up her second visit to West Africa:

"The other key subject that was re-emerging when speaking with international and national colleagues was the level of treatment dispensed in the Ebola treatment centres. In each site that I visited, I was asked so many times how we could improve patient care. The message was recurrent, strong and coherent – medical personnel wanted to do more for infected patients. I heard this message publicly in staff meetings and in private during end of evening discussions¹⁶."

The medical and general press reported this debate concerning treatment protocols that divided doctors. Several physicians and medical professors made the remark that the absence or low frequency of implementation of rehydration protocols was not justifiable in their eyes¹⁷.

— 15. Dr Rony Zachariah, « 12 jours en Sierra Leone sur le front d'Ebola, Réflexions sur une série d'enjeux médicaux et humanitaires pour MSF », *Contact* (journal interne MSF Belgique), n° 128, 2015, p. 104-106.

— 16. Joanne Liu, MSF International, "Ebola field visit-Letter to international general assembly members", Genève, décembre 2014.

— 17. François Lamontage *et al.*, "Doing today's work superbly well – Treating Ebola with current tools", *New England Journal of Medicine*, vol. 371, 23 octobre 2014, p. 1565-1566. Ian Roberts et Anders Perner, "Ebola virus disease: clinical care and patient-centred research", *The Lancet*, vol. 384, n° 9959, 6 décembre 2014, p. 2001-2002. Sarah Boseley et Lisa O'Carroll, "Number of Ebola deaths could be cut by use of basic measures, say experts", *The Guardian*, 5 décembre 2014. Donald G. McNeil Jr., "Ebola Doctors Are Divided on IV Therapy in Africa", *The New York Times*, 1^{er} janvier 2015.

— 15. Dr Rony Zachariah, « 12 days in Sierra Leone on the Ebola front, Reflections on a series of medical and humanitarian stakes for MSF », *Contact* (Internal journal, MSF Belgium), number 128, 2015, p. 104-106.

— 16. Joanne Liu, MSF International, "Ebola field visit-Letter to international general assembly members", Geneva, December 2014.

— 17. François Lamontage *et al.*, "Doing today's work superbly well – Treating Ebola with current tools", *New England Journal of Medicine*, vol. 371, October 23rd 2014, pp. 1565-1566. Ian Roberts and Anders Perner, "Ebola virus disease: clinical care and patient-centred research", *The Lancet*, vol. 384, n° 9959, December 6th 2014, p. 2001-2002. Sarah Boseley and Lisa O'Carroll, "Number of Ebola deaths could be cut by use of basic measures, say experts", *The Guardian*, December 5th 2014. Donald G. McNeil Jr., "Ebola Doctors Are Divided on IV Therapy in Africa", *The New York Times*, January 1st 2015.

possible en Afrique subsaharienne. Ailleurs, cela serait une mesure temporaire pour quelques jours, voire quelques semaines, au moment d'un pic épidémique quand le débordement par le nombre de malades des services de santé devient inévitable. Dans les pays les plus pauvres du continent, défaillances des gouvernements, manque de ressources et préjugés négatifs (sur la capacité des patients à adhérer aux protocoles de soins et les compétences des soignants pour les mettre en œuvre) sont trop souvent invoqués pour justifier des soins de basse qualité.

Au-delà de la réhydratation, les traitements symptomatiques auraient pu être améliorés dans plusieurs autres domaines, le contrôle des vomissements et celui de la douleur par exemple. Mais en premier lieu, c'est la communication entre les malades et leurs proches qui aurait dû être améliorée. Pour une personne qui, presque une fois sur deux, était appelée à mourir, pouvoir rester en contact avec sa famille n'était pas un luxe.

Était-il possible et raisonnable d'utiliser des traitements antiviraux ?

Pour aborder la réponse à cette question, l'exemple du favipiravir est intéressant. Cette molécule était déjà sur le marché comme traitement de la grippe par voie orale. Ses effets indésirables étaient connus et jugés acceptables, avec la réserve que les doses à utiliser pour traiter les cas de maladie d'Ebola sont plus importantes que celles administrées dans les cas de grippes. Certaines données scientifiques, notamment expérimentales chez l'animal, permettaient d'espérer que l'usage du favipiravir réduise la létalité, mais la molécule n'avait jamais été employée pour traiter des patients atteints d'Ebola. Le choix a été fait de l'utiliser uniquement dans le cadre d'une étude scientifique. En clair, la seule possibilité de recevoir ce traitement était d'être enrôlé volontairement dans cette étude. Or cette dernière n'a eu lieu qu'à la fin de l'épidémie et seulement dans quatre centres, tous en Guinée. Les résultats de cette première étude ont montré que dans 58 % des cas, ceux où la charge virale n'est pas encore trop élevée, la prescription de favipiravir permettait d'obtenir une létalité de 15 % sans donner lieu à des effets indésirables susceptibles d'en décourager l'usage.

To speak the truth, the fact of establishing a care standard and during months to rarely compensate by intravenous tract the losses in water and salt of patients whose dehydration resists oral treatment only seems possible in Sub-Saharan Africa. Elsewhere this would be a temporary measure for a few days or up to a few weeks at the time of an epidemical peak when the saturation of health services by the number of patients becomes unavoidable. In the poorest countries of the continent, government failures, lack of resources and negative prejudice (concerning the capacity of patients to adhere to care protocols and the competence of personnel to apply them) are too often invoked to justify low quality treatment.

Beyond rehydration, symptomatic treatments could have been improved in several other fields, control of vomiting and that of pain for example. But to begin with it is the communication between the sick and their next of kin that should have been improved. For a person who, nearly once out of twice, was going to die, to be able to remain in contact with his/her family was not a luxury.

Was it possible and reasonable to use anti-viral treatments?

To approach the answer to this question, the example of favipiravir is interesting. This molecule was already on the market as a treatment against influenza by oral tract. Its side effects were known and considered acceptable, with the restriction that the doses to be used to treat Ebola disease cases are more important than those administered for influenza. Certain scientific data, in particular resulting from experiments on animals, brought hope that use of favipiravir would reduce lethality, but the molecule had never been used to treat patients suffering from Ebola. The choice was made to use it only within a scientific study. To be clear, the only possibility of receiving this treatment was to be voluntarily enrolled in this study. Well, the latter only took place at the end of the epidemic and only in four centres, all in Guinea. The results of this first study have shown that in 58% of cases, those in which the viral attack is not yet too developed, the prescription of favipiravir permitted to obtain a lethality rate of 15% without giving way to undesirable effects leading to discourage its use.

Dans les trois mois précédents, la proportion de décès parmi cette même catégorie de patients se présentant avec une charge virale modérée était de 30 %¹⁸.

En réalité, de par ses limites méthodologiques inévitables au regard d'un contexte où il n'était ni faisable ni souhaitable de faire un véritable essai clinique randomisé en double aveugle avec un groupe recevant un placebo, la portée scientifique de cette étude est réduite. Les médecins proposant ce traitement à un patient atteint par la maladie d'Ebola doivent préciser que son efficacité n'est pas démontrée et que les autorités sanitaires n'en recommandent pas officiellement l'usage dans cette indication. N'aurait-il pas été raisonnable d'informer beaucoup plus tôt, en dehors de tout essai clinique, les patients de cette situation en leur laissant le choix de prendre ou non ce médicament? C'est le principe du traitement dit compassionnel. Seuls les membres du personnel international quand ils étaient rapatriés dans leurs pays d'origine ont pu bénéficier de traitements contre le virus à titre compassionnel. En France, le Haut Conseil de la santé publique a rendu un avis favorable à l'utilisation du favipiravir en prophylaxie après un accident d'exposition au virus dans le cadre d'une pratique professionnelle¹⁹. Pourtant, ni les membres du personnel national infectés, ni les malades d'Afrique de l'Ouest ne se sont vu offrir le choix. Cela est d'autant plus critiquable qu'il s'agissait d'un traitement par voie orale, simple à administrer, alors que les personnels de santé nationaux payaient un lourd tribut à la lutte contre l'épidémie. Rappelez que plusieurs centaines d'entre eux en sont morts. Ils méritaient qu'on leur laisse le choix de prendre ou non du favipiravir.

L'épidémie survenue en Afrique de l'Ouest est un événement inédit par son ampleur et sa durée. Pour organiser la réponse, les professionnels disposaient de trois outils tous malcommodes à utiliser en urgence: un test diagnostique précis mais dont le résultat est différé, des soins symptomatiques dans un

« Seuls les membres du personnel international quand ils étaient rapatriés dans leurs pays d'origine ont pu bénéficier de traitements contre le virus à titre compassionnel. »

"Only international staff members, when they returned home, were able to benefit from treatments against the virus on the basis of compassion."

In the three preceding months, the death rate in this same category of patients presenting themselves with a mild viral penetration was of 30%¹⁸.

In reality, because of its unavoidable methodological limits in a context where it was neither feasible nor advisable to go ahead with a true random clinical test in double blindness, with a group receiving a placebo, the scientific scope of this study is reduced. The physicians proposing this treatment to a patient with Ebola must specify that its efficiency is not demonstrated and that health authorities do not officially recommend its use in this case. Wouldn't it have been reasonable to inform much earlier, away from any clinical trial, the patients of this situation, leaving to them the choice of taking or not that medicine? Such is the principle of a so called compassionate treatment. Only international staff members, when they returned home, were able to benefit from treatments against the virus on the basis of compassion. In France, the Higher Council for Public Health delivered a favourable opinion concerning the use of favipiravir in prophylaxis after an accidental exposure to the virus during professional practice¹⁹. Nonetheless, neither infected national staff members, nor the sick people in West Africa, were offered the choice. This is particularly open to criticism since this concerned a treatment by oral tract, simple to administer, while national health staff were paying a heavy tribute to the epidemic. Let us be reminded that several hundreds of them died from this. They deserved to have the choice to take or not favipiravir.

The epidemic that arose in West Africa is an unprecedented event by its amplitude and its duration. To organise the response, professionals disposed of three tools, all impractical for use in emergencies: a precise diagnosis test but with delayed results, symptomatic treatments in an environment (that of Guinea, Sierra Leone and Liberia) where they are normally deficient, whatever the pathology and calls for behavioural change difficult to implement rapidly at the scale

— 18. Inserm, *Ebola: Résultats préliminaires de l'essai JIKI pour tester l'efficacité du favipiravir*, 24 février 2015.

— 19. Haut Conseil de la santé publique, *Avis relatif à la prise en charge des personnels de santé en milieu de soins, victimes d'un AES/AEV, à partir d'un patient index cas confirmé de maladie à virus Ebola*, 4 décembre 2014.

— 18. Inserm, *Ebola: Preliminary results of the JIKI trial to test the efficiency of favipiravir*, February 24th 2015.

— 19. Higher Council of Public Health, Opinion concerning the taking in charge of health personnel in a care environment, as victims of an AES/AEV, based on a patient index confirming the Ebola virus.

environnement (celui de la Guinée, de la Sierra Leone et du Liberia) où ils sont habituellement déficients quelle que soit la pathologie et des appels à changer de comportements difficiles à mettre en œuvre rapidement à l'échelle de populations importantes (isolement des malades, suivi des contacts, sécurisation des enterrements et arrêt de la consommation de viande de brousse). Face à l'inconnu et avec des outils aussi limités, la probabilité est faible que les choix effectués par les dirigeants de la réponse à l'épidémie puissent être satisfaisants. C'est précisément pourquoi la réflexion et la discussion libres et informées sur les alternatives possibles (une relation aux patients et à la population moins autoritaire, la mise au point à court terme d'un test rapide, d'un traitement antiviral et d'un vaccin) étaient et demeurent indispensables.

of important populations (confinement of patients, follow-up of contacts, safeguarding of burials and stopping consumption of meat from the bush). Facing the unknown with such limited tools, the probability was weak that the choices made by the leaders of the response to the epidemic would be satisfying. It is precisely for this reason that reflecting upon and freely discussing – while being well informed – the possible alternatives (a less authoritarian relation to patients and to the population, the short term development of a rapid test, an anti-viral treatment and of a vaccination), was and remains indispensable.

Translated from French by Philip Wade

Biographie | Biography



JEAN-HERVÉ BRADOL

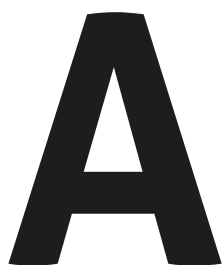
Docteur en médecine, diplômé en médecine d'urgence, en médecine tropicale et en épidémiologie médicale. En mission sur le terrain de 1989 à 1993, il rejoint le département des opérations de MSF, à Paris, en 1994 comme responsable de programme. Puis il occupera successivement les fonctions de directeur de la communication, directeur des opérations et président (2000-2008). Il devient ensuite directeur d'études au Centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires (Crash) de la Fondation MSF. En parallèle de cet emploi encore occupé aujourd'hui, il a enseigné (« La réponse internationale aux crises sanitaires ») à l'Institut de sciences politiques de Paris (2008-2013). Dernière mission : responsable de terrain pour MSF, district d'El-Bab, gouvernorat d'Alep, Syrie, été 2013.

Doctor in medicine, with diplomas in emergency medical care, in tropical medicine and medical epidemiology. On field missions from 1989 to 1993, he joins the department of operations of MSF, in Paris, in 1994 as a program manager. He will then successively occupy the functions of Press Relations Manager, Director of Operations and Chief Executive Officer. He then becomes Research Manager within the "Centre of Reflection on Humanitarian Action and Knowledge" (*Centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires*, known as CRASH, the acronym in French) of the MSF Foundation. In parallel to this position, still occupied today, he has been a professor ("The international response to health crises") at the Institute of Political Science in Paris (2008-2013). His latest mission: field officer for MSF, El Bab district, Aleppo Province, Syria, summer 2013.

Récit d'une mission pas comme les autres au Liberia

Tale of a mission to Liberia, unlike any other

Jean-Pierre Veyrenche • Consultant auprès des Nations unies



u rythme d'un récit au plus près du terrain, au plus près de l'humain, Jean-Pierre Veyrenche nous offre de vivre, à rebours, ce que pouvait être l'ambiance au Liberia au plus fort de l'épidémie. Un pays saisi par le silence et la peur.

Tout commence pour moi en avril 2014 alors que je suis en Haïti pour l'épidémie de choléra. J'apprends sur RFI (*Radio France Internationale*) que Médecins Sans Frontières (MSF) déclare que l'épidémie d'Ebola sévissant en Guinée est hors de contrôle des autorités sanitaires du pays. Cette déclaration me fait froid dans le dos et reste dans un coin de ma tête. Même si MSF a parfois tendance à « crier au loup », il faut bien reconnaître – sans doute parce qu'ils sont en première ligne sur le terrain donc au plus près des bénéficiaires et des besoins – qu'ils ont souvent raison. Et puis tout s'accélère. En quelques semaines, le Liberia puis la Sierra Leone sont à leur tour touchés, comme l'avait annoncé MSF, alors que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) – l'agence des Nations unies responsable de la santé au niveau mondial – ne paraît pas inquiète et

In his story of his field experiences, Jean-Pierre Veyrenche brings us close to people by giving us the opportunity to get a feel for the atmosphere that pervaded Liberia during the height of the epidemic at a time when the country was gripped by silence and fear.

It all began for me in April 2014, while I was in Haiti during the cholera outbreak. I heard on RFI (Radio France Internationale) that Médecins Sans Frontières (MSF) had announced that the Ebola epidemic ravaging Guinea was getting beyond the control of health authorities. This chilling news was to linger in my mind. Although MSF does have a tendency to cry wolf, and understandably so, on account of its front line field position where it works closely with beneficiaries and their needs, its statements are often on target. Then, everything cascaded. Within weeks, Liberia, and Sierra Leone, in turn, were struck, just as MSF had announced, while the World Health Organization (WHO) – the UN agency responsible for global health – seemingly unconcerned, delayed the deployment of staff that brought support to the health ministries of the countries concerned.

tarde à déployer le personnel nécessaire pour venir en appui aux ministères de la Santé des pays concernés.

Au début du mois d'août 2014, le Liberia est le plus affecté avec plusieurs centaines de cas par jour. Des quartiers sont mis en quarantaine sous la surveillance de l'armée tandis qu'une grande partie de la communauté expatriée, les ONG (excepté MSF) ainsi que le personnel non essentiel des Nations unies quittent le pays. Certaines compagnies aériennes décident même de ne plus le desservir. Un couvre-feu est instauré de 10 heures du soir à 6 heures du matin. Toutes les structures de santé du Liberia sont fermées. C'est dans cette ambiance que, vingt-deux ans après ma première mission humanitaire dans ce pays pour Action contre la Faim (ACF), je me retrouve dans un avion à moitié vide, destination Monrovia, comme responsable de la construction de centres de traitement d'Ebola (CTE) et de la gestion des programmes d'eau et d'assainissement pour l'OMS. À l'arrivée à l'aéroport, la tension est palpable; les professionnels de santé nous accueillent revêtus de combinaisons de protection blanches de la tête aux pieds, chaussés de bottes en plastique, équipés de gants, de masques et de grosses lunettes de plongée. Nul morceau de peau visible. Le lavage des mains ainsi que la prise de température de chacun sont obligatoires avant de rejoindre l'aérogare. L'odeur de chlore y est forte, quasi insupportable, provoquée par les employés qui, munis de machines à sulfater portables, vaporisent en permanence le sol ainsi que le dessous des chaussures de chaque visiteur.

Les habitants de ce pays que j'avais quitté en 1993 en pleine guerre civile étaient connus pour leur chaleur et leur goût du contact physique, se traduisant notamment par leur légendaire poignée de main qui se ponctuait par un claquement de doigts. Rien de tout cela désormais. Au contraire, une distance s'est installée entre les gens dont les visages sont fermés et stressés. La peur est là, communicative et pesante. Pour se rendre en ville, il est interdit de prendre les taxis à cause du risque d'infection élevé: du fait de manque de services d'ambulances pour répondre à cet afflux massif de patients, ils sont pour la majorité utilisés pour transporter ces derniers. Je passe ma première nuit tout habillé, de crainte d'être en contact avec les draps et le matelas. Oui, la peur est bien là.



JEAN-PIERRE
VEYRENCHÉ

In early August 2014, Liberia, with its several hundred cases a day, was the most distressed. Neighbourhoods were quarantined under army surveillance, while much of the expatriate community, and many NGOs (MSF aside) and non-essential UN staff were leaving the country. Some airlines even decided to stop scheduled services. A curfew was imposed from 10 p.m. to 6 a.m. All Liberian health facilities were closed. It was to this state of events that, twenty-two years after my first humanitarian mission to Liberia with Action against Hunger (ACF), I was flying, in a half-empty plane headed for Monrovia, to lead the construction of Ebola Treatment Centres (ETC) and run the WHO water and sanitation programs.

As I arrived at the airport, the tension was palpable. We were greeted by health professionals covered from head to foot in white protective suits and wearing rubber boots, gloves, masks, and goggles. Not a bit of bare skin was to be seen. Before entering the air terminal, we were required to wash our hands and have our temperature taken. The smell of chlorine was strong, almost overpowering, caused by the portable sulphur vaporizers the employees were constantly using to disinfect the ground and the soles of the visitors.

The Liberians that I had left behind in 1993 during the civil war were known for their warmth and appreciation for physical contact, especially typified by their legendary handshake that was followed by a finger snap. But today this is no more. Instead, people with anxious, sullen faces, kept their distance from each other. Fear was there, contagious and overwhelming. It was forbidden to take taxis into town due to the high risk of infection. And in any case, given the lack of ambulance services, they were mostly used to transport the massive influx of patients. My first night, I slept fully dressed, out of fear of being contaminated by the sheets and mattress. Yes, there was fear.

What astounded me from the very first day was the small number of people in the streets. No children in sight, running and playing. The schools had been closed for weeks. Many stores were shut. The usual merchant stalls cluttering the sidewalks and crowded with people were gone.

Ce qui me choque dès le premier jour, c'est le peu de gens dans les rues; pas d'enfants qui courent et jouent: les écoles du pays sont fermées depuis plusieurs semaines. Beaucoup de magasins ont portes closes, nulle échoppe signalée par les habituels marchands qui encombrant les trottoirs bondés de monde...: le temps semble suspendu. Le bruit des sirènes d'ambulances disponibles est assourdissant. Toutes les 10 minutes, elles passent à toute vitesse avec à leur bord le personnel intégralement recouvert de combinaisons de protection. Par contraste avec le silence, ces sirènes sont la seule chose qui nous rappelle qu'une crise est là, car contrairement aux interventions sur des catastrophes naturelles ou des conflits armés où les édifices, les routes et l'environnement portent les stigmates de l'événement générateur, là tout est intact: c'est troublant, et pourtant le danger est bien là.

Je prends rapidement mes fonctions, contactant les différents acteurs pour organiser une réunion afin de mesurer l'ampleur des besoins et savoir qui fait quoi, et où. Phénomène inhabituel: nous sommes bien peu nombreux autour de la table, à peine une dizaine de personnes. Dans n'importe quelle situation d'urgence, nous serions des centaines. Pour la première fois depuis que je fais ce métier d'urgentiste, je me retrouve sans la horde classique de journalistes et d'ONG de tous pays et confessions confondus. En Haïti en 2010, lors du tremblement de terre, on comptait plus de 10 000 professionnels humanitaires représentant quelque 1 200 ONG! MSF est la seule à être présente à ce moment-là, engagée dans la gestion d'un CTE de plus de 100 lits qui passera progressivement à 300 lits, un « record » pour ce virus qui sévit depuis 1976 dans plusieurs pays africains, mais dont les précédentes poussées épidémiques touchaient peu de gens: les centres de traitement ne dépassaient pas alors une trentaine de lits.

Pour prendre la mesure de cette situation inédite, il faut savoir qu'un patient Ebola a besoin de soins intensifs, 24 heures sur 24, ce qui implique que trois personnes – en incluant les soignants et les hygiénistes – sont attachées à chaque patient. Or les malades arrivent parfois par vague de dix dans des états fébriles, souillés de vomissures et d'excreta. La phase de triage permet de rapidement ventiler les patients présentant les symptômes vers les zones de prise en charge. Quand le diagnos-

« Pour la première fois depuis que je fais ce métier d'urgentiste, je me retrouve sans la horde classique de journalistes et d'ONG de tous pays et confessions confondus. »

“For the first time in my career in emergency relief, I was not being assailed by the traditional hordes of journalists and NGOs from all political persuasions and religious creeds.”

Time seemed suspended. The wailing sound of ambulance sirens was deafening. Every ten minutes, ambulances would rush by at high speed, manned by staff fully garbed in protective suits. Breaking the silence, those sirens were the sole reminders of the crisis we were enduring, unlike when interventions occurred in surroundings where buildings, roads, and the landscape bore the obvious scars of natural disasters or armed conflict. Here, everything seemed untouched. It was a disquieting feeling, knowing that danger was nevertheless present.

I promptly took up my duties, contacting the various people concerned for a meeting to assess the scope of needs and figure out who was to do what and where. Oddly, very few of us, barely a dozen, sat around the table. In any emergency situation, we usually numbered in the hundreds. But for the first time in my career in emergency relief, I was not being assailed by the traditional hordes of journalists and NGOs from all political persuasions and religious creeds. In Haiti, in the aftermath of the 2010 earthquake, there were more than 10,000 professionals representing some 1,200 humanitarian NGOs! Here instead, MSF was the only NGO present, involved in the management of an ETC with more than 100 beds that was to grow to 300, a record, so to say, for this virus that had been raging throughout several African countries since 1976. In previous outbreaks the virus had affected comparatively few people. Treatment centres at that time did not exceed thirty beds.

To take the measure of this unprecedented situation, one must be aware that Ebola patients require around-the-clock intensive care, meaning that three people, counting the nurse and the hygienist, must be assigned to each patient. But patients may arrive, ten at a time, carrying a fever and fouled by vomit and feces. They are quickly sorted out according to their symptoms and admitted to receive corresponding care. When the diagnosis leaves room for doubt, a test is run and the patient is put in an isolation ward for suspected cases. Initially, it took more than 48 hours to get test results, because there was only one laboratory. With the gradual increase in the number of laboratories, the test was made available within two hours.

tic laisse place au doute, un test est pratiqué et le patient isolé en zone dite suspecte. Dans les premiers temps, cela nous prendra plus de 48 heures avant d'avoir les résultats, car il n'y a qu'un seul laboratoire. Progressivement, suite à la mise en place de plusieurs laboratoires, le test sera disponible en 2 heures.

Suite à l'annonce par le représentant des Nations unies pour la crise Ebola que l'OMS devrait construire des CTE pour un total de 500 lits (soit cinq centres de 100 lits), je suis responsable de cette tâche gigantesque. C'est un véritable challenge pour une organisation qui n'a habituellement pas de vocation opérationnelle, mais de conseil et d'appui aux politiques de santé des pays. Aucun plan n'existe pour des CTE de cette taille: il va falloir les créer, imaginer et observer comment les patients et le personnel évolueront dans cet espace en respectant les normes de prévention des épidémies, en positionnant chaque zone dite verte et rouge en fonction des risques infectieux. Il faudra ainsi répartir les douches, toilettes et canalisations d'eau en fonction de leurs concentrations respectives en chlore, elles-mêmes variables selon les différentes tâches (lavage du sol, des cadavres, désinfection des toilettes, des douches ou lavage des mains, etc.). Un architecte sera nécessaire pour ordonnancer cette répartition sur plan avant que plusieurs dizaines de corps de métiers se lancent dans la construction de ces centres.

La première construction se fera rapidement tant l'urgence est grande. Au diapason de la pression. La présidente de la République du Liberia se déplacera ainsi en personne pour me rencontrer, accompagnée de l'ambassadrice des États-Unis. Elle souhaitait alors ouvrir ce centre sous 48 heures! Je dus lui expliquer qu'une telle précipitation pouvait mettre en danger les équipes de soignants ainsi que les populations environnantes si les mesures minimales de prévention des infections n'étaient pas respectées. Je réussis à la convaincre que j'avais besoin de dix jours supplémentaires, malgré les 150 personnes travaillant jour et nuit. Autour, la situation ne fait que nous motiver davantage. Passant devant un ancien hôpital, je vois plusieurs cadavres à la porte. La Croix-Rouge libérienne, en charge du ramassage des corps et de l'organisation des enterrements et crémations sécurisés est débordée, ayant à gérer plus de 60 corps par jour avec la désinfection des foyers touchés: elle ne passera que le lendemain à l'ancien hôpital.

« Passant devant un ancien hôpital, je vois plusieurs cadavres à la porte. La Croix-Rouge libérienne, en charge du ramassage des corps et de l'organisation des enterrements et crémations sécurisés est débordée. »

"Going by a former hospital, I saw several corpses lying in front of the entrance. The Liberian Red Cross, in charge of collecting bodies and planning burials and secure cremations, was overwhelmed by their job."

Following the announcement by the UN's representative for the Ebola crisis that WHO was to build five 100-bed ETCs, I was given the responsibility of that monumental task. The job represented a true challenge for this organisation that traditionally has no operational role, but rather one of lending advice and providing support to country health policies. No plan had been set out for ETCs of that size. They had to be created from scratch, conceived with the idea of how patients and staff would evolve in their new space, and in line with epidemic prevention guidelines, which called for "green" and "red" zones to be set up according to the risk of contamination. Showers, toilets and plumbing had to be fitted according to the respective concentrations of chlorine passing through them that would vary according to the various tasks being undertaken (scrubbing of floors, disposal of bodies, disinfection of toilets and showers, washing of hands, etc.). An architect had to plan this arrangement before the tens of categories of craftsmen could begin work on the construction of the centres.

The first building was rapidly completed in response to the extreme urgency. This was coping with pressure. The President of the Republic of Liberia, accompanied by the Ambassador of the United States, came to meet me in person. She had wanted the centre opened in 48 hours! I had to explain that such haste ran the risk of exposing health teams and the surrounding population to danger, if the minimum infection control requirements were not met. I managed to convince her that I needed another ten days, even though 150 people were already working night and day on the construction site. The surrounding situation was even more of a motivating factor. Going by a former hospital, I saw several corpses lying in front of the entrance. The Liberian Red Cross, in charge of collecting bodies and planning burials and secure cremations, was overwhelmed by the job, having to handle more than 60 bodies a day, in addition to the disinfection of affected households. It was only the next day that it could go to the former hospital.

Nous ouvrons notre premier centre un dimanche soir: avec une capacité de 100 lits, il emploie plus de 350 personnes. Le mercredi suivant, on compte déjà 250 patients. Le personnel soignant est dépassé, n'ayant pas eu le temps de s'acclimater aux différents protocoles et aux consignes établis: le risque de contamination est important pour ces professionnels de santé qui travaillent dans des conditions de stress, de température et d'humidité insupportables sous une combinaison étanche, et ce plusieurs heures par jour.

La construction des six autres centres se fera simultanément, une gageure dans ce pays où la saison des pluies est impressionnante: il tombera 6 mètres d'eau en trois mois. Cela ne manquera pas de ralentir le travail quand plusieurs dizaines de centimètres d'eau recouvrent les chantiers. Un jour, sur l'un d'eux, nos équipes découvrent un corps: il restera là plusieurs jours en décomposition avant que nous puissions reprendre le travail. Les centres enfin construits, chacun d'entre eux recevra entre 12 et 15 corps par jour.

Courant septembre, quelques ONG reviennent «prendre la température» en essayant de comprendre ce qu'elles peuvent faire, car elles sont rares à avoir une expérience dans la gestion d'Ebola. Elles sont hésitantes, disposant de peu de volontaires prêts à venir dans des conditions toujours aussi incertaines. Le gouvernement américain annonce même qu'il va déployer plus de 3 000 soldats pour construire des centres et former des agents de santé. L'espoir renaît au sein de la population libérienne qui, depuis le début de la crise, a dû faire face à la mort de plusieurs centaines d'individus appartenant au personnel de santé causant la fermeture de toutes les structures de santé gouvernementales, au départ des ONG qui étaient pour la plupart engagées dans des programmes de développement mais n'étaient pas du tout préparées à faire face à une telle urgence, enfin à l'inaction des agences des Nations unies présentes dans le pays. Malheureusement, les troupes américaines ne feront pas mieux, renforçant encore cette déception: elles mettront plusieurs mois avant de construire les centres qui, dans plus de 65 % des cas, ne verront jamais de patients, le pic de l'épidémie étant passé. Le dernier centre sera terminé à la fin février 2015, alors que le Liberia comptait son dernier patient Ebola. Les Nations unies, quant à elles, ont mis en place une mission – Mission des Nations unies pour

We opened our first treatment centre one Sunday evening. It had a capacity of 100 beds, and employed more than 350 people. The following Wednesday, 250 patients had already been admitted. The nursing staff was swamped, not having had time to acclimatize itself to the various established protocols and guidelines. The risk of contamination was great for these health professionals working several hours a day in dry suits under stressful conditions in unbearably high temperatures and levels of humidity.

The simultaneous construction of the six other centres was to be a challenge in a country where, during the rainy season, an impressive six metres of water fall in the space of three months. Work was naturally delayed when several inches of water flooded the worksites. One day, on one of them, our teams found a body that was to lie there for several days in a state of decomposition before we could resume work. Each centre, once built, ended up taking between 12 and 15 bodies daily.

In September, some NGOs returned to check out the situation, trying to see what they could do, since few, if any, had had any kind of experience in managing Ebola. They were hesitating, committing few volunteers willing to work under unstable conditions. The US government even announced that it would deploy more than 3,000 soldiers to build facilities and train health workers. The hope of the Liberian population was being renewed. The people, since the beginning of the crisis, had had to cope with the death of several hundred members of the health profession, thus prompting the shutdown of all government health facilities. As well, this had triggered the departure of NGOs mostly engaged in development programs, as they were totally unprepared to handle such an emergency, underlining the inaction of UN agencies present in the country. Unfortunately, US troops would do no better, thus bringing further disappointment. It would take them several months to build treatment centres, of which finally more than 65% would never take in a single patient, now that the peak of the epidemic had subsided. The last centre was completed in late February 2015, just as Liberia was tallying its final Ebola patients. The United Nations, meanwhile, had set up the well-intended UN Mission for Ebola Emergency Response

la lutte contre Ebola (UNMEER) – qui partait d'une bonne intention puisqu'il s'agissait de mutualiser les moyens humains et matériels au sein des différentes agences onusiennes. Mais cette mission n'aurait été qu'une couche de bureaucratie supplémentaire ayant parfois freiné le travail au lieu de le faciliter.

Face à de telles déceptions, les Libériens ont démontré une formidable capacité de résilience. Je suis retourné au Liberia en février 2015. Dès mon arrivée, entendre les cris des enfants jouant dans les écoles me transmettait joie et frissons. La circulation en ville était à nouveau congestionnée, les petits étals de fruits et autres brouilles avaient fait leur réapparition sur les trottoirs: la peur est derrière nous... En mars 2015, nous étions passés à la phase de transition, décontamination et démantèlement des centres Ebola. Chaque hôpital devrait avoir un centre de triage adapté, une zone d'isolation et du personnel formé... La vie reprend.

(UNMEER) that was to pool human and material resources from various UN agencies. But UNMEER would only have added another layer of bureaucracy that would have hindered rather than facilitated the job.

Faced with such disappointments, Liberians showed tremendous resilience. I returned to Liberia in February 2015. Upon my arrival, hearing the sounds of children in the schools gave me joy and delight. City traffic was once again congested, small fruit stalls and the others selling their trifles had reappeared on the sidewalks. Fear was behind us. In March 2015, we then went through a transition phase, decontaminating and dismantling the Ebola centres. Each hospital was to be equipped with an adapted clearing centre, an isolation ward, and trained staff. Life was reawakening.

Translated from the French by Alain Johnson

Biographie | Biography



JEAN-PIERRE VEYRENCHÉ

Diplômé de l'université des sciences d'Avignon dans l'ingénierie et la gestion de l'eau. Depuis sa première mission humanitaire au Liberia en 1992 pour ACF, il a acquis une solide expérience dans les interventions d'urgence tant sur des catastrophes naturelles que des conflits, mais aussi des projets de développement en Afrique, Asie, Amérique latine et au Proche Orient pour l'exécution, le suivi et la gestion de l'eau et de projets complexes auprès de déplacés et réfugiés en milieu rural et urbain. Il a depuis deux ans orienté sa carrière vers l'expertise et le conseil comme consultant international auprès des Nations unies. Pendant cinq ans, il a également assumé la fonction de coordinateur pédagogique et de formateur technique pour une formation qu'il a initiée au sein de l'Institut Bioforce à Lyon, maintenant reconnue comme Master en niveau I. Il continue d'enseigner au sein de l'École supérieure de commerce et développement 3A à Lyon et Paris dans le module gestion et coordination de projet.

Graduated from the Science University of Avignon in Engineering and Water Management. Since his first humanitarian mission in Liberia with ACF in 1992, he has gained extensive experience in emergency response both to natural disasters and to conflicts, as well as in project development in Africa, Asia, Latin America, and the Middle East in the area of implementation, monitoring, and management of water resources and of complex projects affecting displaced persons and refugees in rural and urban environments. For the last two years, he has pursued his career providing his expertise and advice as an international consultant for the United Nations. For five years, he also worked as an educational coordinator and technical instructor at the Bioforce Institute in Lyon on a training course he launched that is now recognized for the Master's I degree. He currently teaches for the project management and coordination program of the School of Business and Development 3A in Lyon and in Paris.

Ebola en Guinée : un révélateur des forces et faiblesses

Ebola in Guinea: strengths and weaknesses brought to the fore

Aboubacar Sidiki Diakité • Université Gamal Abdel Nasser (Guinée-Conakry)



En revenant sur le traitement de la crise en Guinée, Aboubacar Sidiki Diakité nous permet de prendre le pouls du deuxième pays d'Afrique de l'Ouest ayant été touché par Ebola. L'occasion pour cet acteur de premier plan de faire une critique courageuse de la faiblesse du système de santé de son pays tout en étayant le plaidoyer pour le renforcer.

L'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE), déclarée par les autorités guinéennes le 23 mars 2014, a surpris aussi bien le personnel de santé que les populations et les décideurs du pays.

De la survenue d'une crise majeure en terrain fébrile

Au regard de la gravité de la maladie, dont le taux de létalité s'était avéré très élevé dans les pays africains précédemment victimes, le système de santé guinéen n'y était pas non plus préparé – ni dans ses capacités de surveillance, ni dans celles de la prise en charge

Aboubacar Sidiki Diakité talks to us about Guinea's handling of the Ebola crisis – an opportunity for us to take the pulse of the second most seriously affected country by Ebola in West Africa, and for this front-line player to make a bravely critical analysis of the weakness of his country's health system while bolstering advocacy for strengthening it.

The outbreak of Ebola virus disease (EVD), officially declared by the Guinean authorities on March 23rd 2014, took not only the country's health personnel by surprise, but also its population and decision-makers.

The advent of a major crisis on feverish soil

In view of the gravity of this disease, which had already resulted in very high fatality rates during earlier outbreaks in other African countries, the Guinean health system was neither prepared nor did it have the epidemic surveillance or management systems necessary to bring it rapidly under control. The first cases occurred as early as the end of

de l'épidémie – pour être en mesure de la contenir rapidement. D'autant que celle-ci avait déjà commencé dès la fin de l'année 2013. Sa confirmation et sa déclaration tardives ont corroboré les limites de notre système sanitaire national, tandis que l'environnement culturel a conduit la population à la considérer dès ses débuts comme une maladie mystérieuse qui tuait uniquement dans la région forestière du pays (Macenta et Gueckedou). Elle n'est devenue une réelle préoccupation des services de santé que lorsqu'un directeur d'hôpital en a été victime. Au 19 août 2015, cette épidémie avait touché 3 791 personnes, tous cas confondus (suspects, probables et confirmés), tuant 2 525 d'entre elles. En rapportant les cas de décès à ceux confirmés, cela aboutit à une létalité de 62 %, le personnel de santé ayant pour sa part enregistré 218 cas, dont 114 décès, soit une létalité de 54 %.

Cette épidémie est intervenue alors que la Guinée est déjà dans une situation sanitaire difficile. En effet, selon les données pour l'année 2012 de la Banque mondiale, l'espérance de vie en Guinée serait de 56 ans, tandis que 55 % de sa population vivrait sous le seuil de la pauvreté. Le taux brut de mortalité y est de 10,19 pour mille et le taux brut de natalité de 34 pour mille, soit un taux d'accroissement naturel de 2,38 % avec un indice synthétique de fécondité de 5,1. Le taux de mortalité maternelle serait de 724 pour 100 000 naissances vivantes avec un taux de mortalité infanto-juvénile de 123 pour mille et un taux de mortalité infantile de 67 pour mille. L'incidence et la prévalence des maladies transmissibles sont très élevées : 44 % des premiers contacts pour le paludisme, 178 TPM+ [tuberculose pulmonaire à microscopie positive, NDLR] pour 100 000 habitants s'agissant de la tuberculose et 1,7 % pour le VIH/sida. Quant à la méningite, au choléra et à la rougeole, ils sévissent de manière endémo-épidémique. Les maladies non transmissibles, comme le diabète sucré et l'hypertension artérielle, sont en nette progression et comptent pour 14 % des décès hospitaliers. Par ailleurs, la malnutrition est importante, sa forme chronique touchant plus de 30 % des enfants et sa forme aiguë 10 % d'entre eux. Enfin, 75 % de la population guinéenne seulement a accès à de l'eau potable (92 % en milieu urbain contre 65 % en milieu rural), tandis que 21 % de cette population totale (35 % en milieu urbain et 11 % en milieu



**ABOUBACAR
SIDIKI DIAKITÉ**

2013 but, because of the limitations of our national health system, the confirmation and declaration of the outbreak came late. Furthermore, because of our cultural environment, the population initially believed that this mysterious illness only killed people living in the country's forest regions (Macenta and Gueckedou). In fact, the outbreak was only taken seriously by the health services when it claimed the life of a hospital director. By August 19th 2015, there had been a total of 3,791 suspected, probable and confirmed cases and 2,525 people had died of the disease. A comparison of the number of deaths and the number of confirmed cases shows a fatality rate of 62%. Among health care workers, this rate reached 54%, with 218 confirmed cases and 114 deaths.

Guinea's health situation was difficult even before the outbreak occurred. According to World Bank figures for 2012, life expectancy in Guinea is estimated at 56 years, with 55% of the population living below the poverty threshold. The gross mortality rate is 10.09 per thousand and the gross birth rate is 34 per thousand, giving a natural increase rate of 2.38% and a total fertility rate of 5.1%. The maternal mortality rate is estimated at 724 per 100,000 live births, with an infant and child mortality rate of 123 per thousand and an infant mortality rate of 67 per thousand. The incidence and prevalence of communicable diseases are very high: 44% of first contacts for malaria, 178 smear-positive pulmonary tuberculosis cases per 100,000 inhabitants and 1.7% for HIV/AIDS. As for meningitis, cholera and measles, they are endemoepidemic. There has been a sharp increase in non-communicable diseases, such as type 2 diabetes and arterial hypertension, and they now account for 14% of hospital deaths. Malnutrition rates are also high, with chronic malnutrition affecting 30% of children and its acute form affecting 10% of them. Lastly, only 75% of Guinea's population has access to safe drinking water (92% in urban environments against 65% in rural environments), and 21% of this total population (35% in urban environments and 11% in rural environments) use non-shared improved sanitation facilities, with 25% practising open air defecation.

rural) utilise des latrines améliorées non partagées contre 25 % utilisant la nature pour la défécation.

Cette situation sanitaire est déjà en soi révélatrice de la fragilité du système de santé. En termes de soins et services, par exemple, en 2012 seuls 45 % des accouchements étaient assistés par du personnel qualifié, 37 % des enfants étaient complètement vaccinés et 47 % de la population disposait de moustiquaires imprégnées d'insecticides. La gestion des ressources humaines pour la santé indique une inégalité de répartition entre les zones urbaines et rurales: seules 17 % sont mobilisées dans ces dernières alors qu'elles rassemblent 70 % de la population. La faible couverture en établissements de soins fait que 50 % de la population doit parcourir plus de 5 km pour avoir accès à un centre de santé. Il faut dire que le financement de la santé par le budget national n'est que de 1,75 %, si bien que sur les 26 dollars de dépenses de santé par habitant et par an, 63 % sont à la charge des ménages, 28 % à la charge des partenaires internationaux et 9 % à la charge de l'État. Enfin, notre système national d'information sanitaire, parce qu'il n'est toujours pas informatisé, entraîne un retard permanent dans la collecte des données. Dans un tel contexte général, la survenue de l'épidémie de la MVE a encore mis en évidence des faiblesses plus spécifiques à une telle crise, tout en permettant la consolidation de quelques acquis sur lesquels il nous faudra capitaliser.

Des faiblesses techniques, institutionnelles et financières

Au plan technique, et avant même la survenue de cette épidémie, nos capacités de surveillance étaient particulièrement faibles. Cet état de fait était imputable à de nombreuses insuffisances, en termes de ressources humaines disponibles (en qualité et en quantité), de logistique de communication (Internet, téléphones et autres moyens technologiques de communication), de soutien à la prévention des crises et des catastrophes – nos partenaires traditionnels sont, sur le plan humanitaire, davantage formés pour mener des actions de riposte –, de logistique pour le transfert des malades (ils avaient besoin d'être pris en charge rapidement, ce qui a aggravé le taux de létalité) et de laboratoires de diagnostic de la MVE, ce qui a entraîné le transfert de malades sur de longues distances. À cette liste, il faut ajou-

« En termes de soins et services, par exemple, en 2012 seuls 45 % des accouchements étaient assistés par du personnel qualifié. »

"In terms of health care and services, for example, in 2012 only 45% of births were attended by skilled health personnel."

This situation says a lot about the fragility of the country's health system. In terms of health care and services, for example, in 2012 only 45% of births were attended by skilled health personnel, a mere 37% of children were fully immunised and just 47% of the population disposed of an insecticide-impregnated mosquito net. There is also a severe imbalance in the distribution of health workers between urban and rural areas, as indicated by human resource management data of health personnel, with only 17% working in rural areas where 70% of the population is concentrated. Furthermore, because of poor coverage by medical establishments, 50% of the population has to travel over 5km to reach a health centre. It should be said that only 1.75% of the national budget is spent on health. In other words, 63% of the 26 dollars of annual health expenditure per capita is paid by households, 28% by international partners and only 9% is covered by the state. And finally, because our national health information system is not always computerised, our data gathering is never up-to-date. In this general context, the EVD outbreak again highlighted weaknesses specific to this kind of crisis, but it also enabled us to consolidate a few gains that we must now capitalise on.

Technical, institutional and financial weaknesses

Technically-speaking, our surveillance capacity was poor even before the Ebola outbreak. This was due to a number of factors, including inadequate availability of human resources (both in quality and quantity) and poor communication logistics (Internet, telephones and other technological means of communication); a lack of support in terms of crisis and disaster preparedness – our traditional aid partners being more focused on the response –; logistical problems with transporting patients (delaying life-saving treatment and so increasing mortality) and insufficient EVD diagnosis laboratories, meaning patients had to be transferred over long distances. Failure to communicate effectively with the communities is another item to add to this list of inadequacies. As a result of this, people had a poor perception of the strategies presented to them by the health services and their partners, and pockets of resistance sprang up across the country.

ter les ratés dans la communication avec les communautés : faute d'avoir la bonne perception des stratégies qui leur étaient proposées par les services de santé et leurs partenaires, elles ont développé et amplifié des poches de résistance à travers le pays.

Au plan institutionnel, des faiblesses identifiées au début de l'épidémie continuent de persister. Il en va ainsi de l'insuffisance des organes nationaux de gestion de l'épidémie qui n'ont pas été en capacité de mettre à disposition les ressources suffisantes pour la matérialisation des stratégies et activités élaborées avec l'appui des partenaires. Dans le même temps, certains partenaires se sont montrés réticents à collaborer entre eux dans le seul but de décrocher le leadership de la riposte et ainsi étendre leur influence sur le plan international. La question de l'intégration du laboratoire mobile d'analyses de biologie médicale de la Fédération de Russie dans l'arsenal de riposte est exemplaire : Médecins Sans Frontières (MSF) a exigé pour cela le quitus de l'OMS alors que les premiers laboratoires opérant sur le terrain n'avaient pas été soumis à une telle procédure. De telles frictions renvoient aussi aux difficultés du gouvernement guinéen à imposer son leadership. Il en va de même du retard enregistré dans l'ouverture de centres de traitement (Macenta, Coyah et Forécariah), MSF n'ayant pas trouvé pertinent, au regard de ses moyens, d'y procéder, malgré les risques que constituait la flambée de l'épidémie au Libéria et en Sierra Leone. À cet égard, le Comité national de crise sanitaire a eu toutes les difficultés à contrôler les déclarations d'ONG à l'international, notamment celles de MSF, qui pouvaient compliquer la tâche des gouvernants et n'étaient pas de nature à rassurer les investisseurs en Guinée : qu'il suffise de se souvenir du désarroi provoqué au sein des compagnies minières et aériennes !

D'autres insuffisances institutionnelles doivent être notées, comme la faible implication des différentes composantes de la société guinéenne – notamment ses acteurs politiques – et ce dès l'annonce officielle de l'épidémie et pendant une bonne partie de sa gestion. La décentralisation de la riposte – qui aurait permis d'impliquer tous les acteurs du système de santé à tous les niveaux (régions, préfectures et autres) – a également fait défaut, tout comme le retard de mobilisation de la communauté interna-

« Le Comité national de crise sanitaire a eu toutes les difficultés à contrôler les déclarations d'ONG à l'international, notamment celles de MSF, qui pouvaient compliquer la tâche des gouvernants. »

“The National Health Crisis Committee had considerable difficulty in controlling the international statements made by NGOs, in particular MSF, which complicated things for the authorities.”

At the institutional level, weaknesses identified at the start of the epidemic persisted. Such is the case of the national bodies charged with managing the epidemic, incapable of providing sufficient resources to implement the strategies and activities that our partners were helping us develop. At the same time, some of these partners were reluctant to work together as they were intent on leading the response in order to extend their influence internationally. The matter of whether to incorporate the mobile biomedical analysis laboratory provided by the Russian Federation into the response arsenal is a prime example of this: Médecins Sans Frontières (MSF) demanded that prior approval be obtained from WHO, although this had not been considered necessary for the first laboratories brought into operation in the field. This kind of friction was due in part to the Guinean government's difficulty in imposing its leadership. This was also a factor in the delay in opening the treatment centres in Macenta, Coyah and Forécariah, MSF considering that, given the resources at its disposal, it was not pertinent for it to go ahead with this, despite the risks posed by the Ebola outbreaks in Liberia and Sierra Leone. In this regard, the National Health Crisis Committee had considerable difficulty in controlling the international statements made by NGOs, in particular MSF, which complicated things for the authorities and did nothing to reassure Guinea's investors: remember the disarray caused in the mining and airline companies?

Other institutional inadequacies need highlighting, such as the lack of engagement by various components of Guinean society – notably politicians – when the epidemic was first announced and during most of its management. The decentralisation of the response that would have permitted to involve all the stakeholders at every level of the health system (regions, prefectures and others) was lacking too. The international community was also slow to mobilise, with an overly-long delay between the announcement of its intent to intervene and the actual rollout of its response. Once engaged, the different partners all had their own procedures for managing emergency situations and working with the national counterparts, which did little to facilitate things. But one must immediately admit that a lack of interaction between the epidemic's manage-

tionale s'est traduit par un décalage entre la manifestation d'intention d'intervention et la concrétisation de celle-ci. Une fois cette dernière engagée, on a pu noter que la multiplicité des procédures des partenaires en matière de gestion des situations d'urgences et de collaboration avec la partie nationale n'était pas pour faciliter les choses. Mais il faut aussitôt admettre que l'insuffisance d'interface entre l'organe de gestion de l'épidémie – Coordination nationale de lutte contre l'épidémie de la MVE – et les autorités nationales au plus haut niveau a entraîné un décalage de perception et de vision de la riposte à l'épidémie. Ce décalage a, par moments, provoqué des incompréhensions ou des divergences au sein même de l'organe de gestion de l'épidémie alors que son rôle était de rapprocher le politique du technique et non de jouer un rôle technique. L'insuffisance d'harmonie entre le ministère de la Santé et la Coordination nationale de lutte contre l'épidémie a notamment conduit à privilégier cette dernière au détriment d'autres problèmes de santé qui continuaient cependant à faire beaucoup plus de victimes qu'Ebola. Il faut dire que tous les financements étaient orientés vers la riposte à la MVE, une situation qui n'a fait qu'aggraver la situation financière du système de santé global.

Au plan financier précisément, d'autres faiblesses doivent être évoquées, mais on en citera deux en particulier. La faiblesse de la contribution financière et matérielle de l'État guinéen a, dès la déclaration d'épidémie, impacté de manière négative le leadership des organes nationaux de riposte et de l'État. D'autre part, le manque de transparence des partenaires dans la gestion financière vis-à-vis des organes de gestion de l'épidémie et de l'État guinéen a été préjudiciable: les partenaires n'ont en effet jamais pu ou voulu présenter la situation des financements reçus et utilisés en fonction des axes stratégiques définis pour la riposte. Or il faut rappeler que la part revenue à l'État dans la gestion financière de l'épidémie de la MVE n'a été que d'environ 5 % contre environ 95 % pour les partenaires.

ment body – the National Ebola Coordination Committee – and the national authorities at the highest level generated a perception gap and prevented the development of a sufficiently shared vision of the response. This discrepancy occasionally caused misunderstandings or differences of opinion within the epidemic's management body, which was supposed to be reconciling strategy and technical implementation rather than playing a technical role. Furthermore, the lack of rapport between the Health Ministry and the National Ebola Coordination Committee led - among other things - to the Ebola epidemic taking precedence over other health problems that were claiming far more victims. In fact, all the money was directed towards the EVD response, a policy which only served to worsen the overall financial situation of the health system.

On the subject of finance, other weaknesses must be mentioned but just two of them will be indicated. The Guinean government's low financial and material contribution had a negative impact on the leadership of national response and state-run bodies from the moment the epidemic was declared. Furthermore, with regard to funding for the response, the partners showed a prejudicial lack of transparency towards the national bodies tasked with managing the epidemic and the Guinean authorities. Indeed, partners either couldn't or did not wish to communicate on the funding received and used to finance the strategic priorities defined for the response. Suffice to say that the state contributed 5% or so of the funding provided to manage the epidemic against around 95% for the partners.

D'indéniables acquis

Pour autant, et au-delà de ce tableau qui pourrait sembler négatif, d'indéniables points forts doivent être mis en avant tant ils ont permis d'arriver à un arrêt de l'épidémie. Il faut tout d'abord souligner le leadership développé par le chef de l'État guinéen qui a permis pour l'essentiel la mise sur pied de la Coordination nationale de lutte contre l'épidémie de la MVE, un organe doté d'une autorité suffisante et de ressources mises à disposition rapidement, par exception aux procédures habituelles trop lentes. Ce leadership présidentiel s'est concrétisé également dans des initiatives nationales, mais aussi sous-régionales et internationales pour parvenir à mobiliser différentes composantes de la société guinéenne – leaders politiques, religieux et autres – et la communauté internationale, tout en dégagant des ressources très importantes pour mener la riposte et renforcer l'engagement de tous les acteurs concernés. De même, l'engagement du chef de l'État à assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des stratégies et activités déployées par la Coordination nationale, les partenaires et la communauté internationale a insufflé une véritable dynamique entre toutes ces parties prenantes.

La gravité de la situation a permis également de renforcer des segments qui, avant la crise, n'étaient pas à la hauteur. Il en va ainsi des capacités de communication avec les populations, ce qui a permis de diminuer, voire d'éteindre les poches de résistance dans certaines localités. Il en va de même des capacités logistiques du système de santé que l'on a élevées par la fourniture de véhicules et d'hélicoptères, mais aussi des ressources humaines déployées sur l'ensemble du territoire national, permettant l'identification et le suivi des contacts sur l'ensemble des zones à problèmes au niveau régional et même préfectoral.

L'engagement de MSF, dès après la déclaration de l'épidémie, a été décisif et salutaire, notamment par l'ouverture des premiers centres de traitement et la prise en charge des malades. L'intervention du Center for disease control and prevention (CDC) d'Atlanta dans la riposte contre l'épidémie a ouvert la voie à des initiatives que l'on peut espérer salutaires. Le projet de création d'un « CDC Guinée » est de celles-là : il est en cours d'élaboration dans le cadre du renforcement

Undeniable advances

Nevertheless, and notwithstanding this seemingly negative picture, a number of undeniably strong points should also be mentioned which allow to stop this epidemic. The first of these points is the leadership developed by the Guinean head of state, largely responsible for the rapid creation of the National Ebola Coordination Committee - a body that was given enough authority and rapidly-available resources to circumvent the usual excessively slow procedures. Presidential leadership was also behind national, sub-regional and international initiatives to mobilise the different components of Guinean society – political, religious and other leaders – and the international community, while releasing considerable amounts of funding for implementing the response and strengthening the engagement of all the actors concerned. Similarly, the head of state's commitment to monitoring and evaluating the strategies implemented and activities rolled out by the National Coordination Committee, partners and the international community fostered the development of real dynamics between all these actors.

The seriousness of the situation also led to the strengthening of certain sectors that had been falling short before the crisis. This was true of communication with the population where improvements helped reduce, and in some cases eradicate, the pockets of resistance that had developed in certain localities. The same goes for the health system's logistical capabilities which were much improved by the supply of vehicles, helicopters, as well as the human resources deployed in all the problem areas at regional and even at prefectural level.

MSF's immediate engagement in the response proved determining and salutary, in particular by the opening of the first treatment centres and by its patient management. And the intervention by the Atlanta Center for Disease Control and Prevention (CDC) opened the way for other hopefully fruitful initiatives, including a project to set up a "CDC Guinea". This project is currently being developed by strengthening cooperation with the Atlanta CDC, French and Japanese institutions and other international partners recognised for their expertise in infectious disease surveillance. Other partners which provided material and services during

de la coopération avec le CDC d'Atlanta, les institutions françaises et japonaises ainsi que d'autres partenaires internationaux connus dans le domaine de la surveillance des maladies infectieuses. C'est le cas aussi de certains partenaires qui, après avoir offert du matériel et des prestations de services lors de la riposte, sont prêts à prolonger leur assistance à la Guinée: Réseau d'Afrique de l'Ouest des laboratoires d'analyses biologiques (RESAOLAB), Connecting Organizations for Regional Disease Surveillance (CORDS), la Croix-Rouge française, la société K-Plan ou la Fédération de Russie sont de ceux-là. De telles perspectives ne font que nous encourager à mettre en place un plaidoyer bien élaboré pour augmenter la part de la santé dans le budget de l'État et travailler à la sensibilisation énergique des populations et des décideurs de tous niveaux pour un meilleur engagement dans la lutte contre les maladies infectieuses.

Des perspectives à dessiner et à concrétiser

Il reste essentiel de renforcer le leadership des organes de riposte nationaux par une meilleure clarification des rôles des différents acteurs (partenaires nationaux et internationaux) dans la gestion du système de santé. Il importe également de bâtir un plaidoyer pour la mise à disposition de moyens logistiques en situation d'urgence qui pourraient rendre nos capacités de riposte davantage efficaces et efficientes. Il nous faut réviser le mode de gestion des financements en situation d'épidémies ou d'urgences pour plus de transparence de la part des partenaires vis-à-vis de l'État guinéen. Enfin, il est primordial de mettre les acquis de la gestion de l'épidémie d'Ebola au service du système de santé: ces acquis institutionnels, structurels, techniques et financiers doivent permettre d'intégrer la menace Ebola dans le système de santé et ainsi augmenter la performance de ce dernier en matière de surveillance des maladies infectieuses, mais au-delà pour sa gestion globale.

Les partenaires du secteur santé, les bailleurs de fonds ainsi que les autorités nationales doivent évidemment tirer les leçons de cette épidémie, revoir les aspects institutionnels pour mettre en place un système de santé plus fort et plus résilient. Le fait que la Guinée ait disposé d'un organe dédié à la gestion des crises sanitaires et catastrophes a été essentiel, salutaire et a permis d'organiser au

« Il est primordial de mettre les acquis de la gestion de l'épidémie d'Ebola au service du système de santé . »

"It is vital to have the advances made during the management of the Ebola epidemic benefit the whole health system."

the response are now ready to continue their assistance to Guinea. These include the West African Network of Biomedical Analysis Laboratories (RESAOLAB), Connecting Organisations for Regional Disease Surveillance (CORDS), the French Red Cross, the K-Plan company and the Russian Federation. Prospects such as these are strong motivation for strengthening advocacy in support of a larger proportion of national spending on health and for making strenuous efforts to raise the awareness of the population and decision-makers at all levels to obtain greater commitment towards disease control.

Perspectives to be investigated and implemented

There is still a crucial need to strengthen the leadership of our national response bodies by clarifying the roles played by the different stakeholders (national and international partners) in the management of the health system. It is also essential to plead for the kind of logistical resources necessary for handling emergency situations and making our response capabilities more effective and efficient. We need to review the way funding is managed in epidemic situations and emergencies to ensure more transparent practices by partners versus the Guinean government. Lastly, it is vital to have the advances made during the management of the Ebola epidemic benefit the whole health system: these institutional, structural, technical and financial gains must help us to integrate the Ebola threat into the health system and thus increase the system's performance in infectious disease surveillance and all other aspects of its management.

Health sector partners, institutional donors and national authorities clearly all have lessons to learn from this epidemic, and institutional aspects should be reviewed to establish a stronger and more resilient health system. The fact that Guinea had a national body specifically devoted to the management of health crises and disasters proved crucial and salutary, enabling us to organise our response efficiently. This National Health Crisis Committee - the only body put in place by the state for handling this kind of crisis since 2007 and including national-level managers and traditional health sector partners such as WHO, Unicef, UNFPA, MSF, Terre des Hommes, etc. - must be strengthened. We have not talked enough about it in

mieux la riposte : ce Comité national de crise sanitaire, le seul organe mis en place par l'État depuis 2007 pour faire face à ce type de crise, et qui comprend des cadres nationaux et des partenaires du secteur santé traditionnels (OMS, Unicef, UNFPA, MSF, Terre des Hommes, etc.) doit être renforcé. Si nous en avons trop peu parlé dans le cadre nécessairement restreint de cette contribution, il ne fait aucun doute qu'il montrera toute son utilité lors d'éventuelles futures crises sanitaires. En la matière, enfin, cette épidémie a confirmé que le rôle du politique est déterminant et son implication au plus haut niveau le garant de la réussite : l'engagement personnel du chef de l'État guinéen dans la gestion de l'épidémie d'Ebola en atteste.

Nous devons prendre conscience que cette menace n'est pas éteinte et nous organiser au mieux. Il reste également établi que si cette épidémie est survenue naturellement, elle pourrait tout aussi bien être provoquée accidentellement ou intentionnellement. L'existence de la Convention sur l'interdiction des armes biologiques est à cet égard très importante et il devient urgent qu'un maximum d'États y adhère afin de participer activement aux débats internationaux, d'être mieux informés et de se protéger. Alors que nous, pays en développement, ne disposons d'aucun moyen de production d'armes biologiques, nous sommes les plus exposés en raison de nos faibles capacités de prévention et de riposte. La communauté internationale doit devenir notre garant en la matière.

the necessarily limited space available to us in this article, but there is no doubt that it will prove its usefulness in future health crises. Finally, this epidemic has confirmed that the role of politicians is determining and their involvement at the highest level is key to success: the personal involvement of the Guinean head of state in the management of the Ebola epidemic is proof of this.

Finally, we must not lose sight of the fact that the threat has not disappeared and organise ourselves accordingly. Although this epidemic occurred naturally, we know that it could just as easily have been caused accidentally or intentionally. The Biological Weapons Convention is very important in this respect. It is becoming increasingly urgent for as many countries as possible to join this convention in order to make an active contribution to the international debate and be better informed and protected. Developing countries like ours do not have the means to produce biological weapons, yet because of our low prevention and response capacity we are the most vulnerable to them. In this regard, the international community must be a guarantee for us.

Translated from the French by Mandy Duret

Biographie | Biography



ABOUBACAR SIDIKI DIAKITÉ

Pharmacien et inspecteur général de la santé au ministère guinéen chargé de la Santé. Il est maître de conférences de droit pharmaceutique et chef de la chaire de politique, droit et gestion pharmaceutiques au département de pharmacie de la faculté de médecine, pharmacie et odontostomatologie de l'université Gamal Abdel Nasser de Conakry en Guinée. Il est également président de la Commission nationale de lutte contre les médicaments contrefaits, les faux médicaments et le marché illicite des médicaments, président du Réseau d'Afrique de l'Ouest des laboratoires d'analyses biologiques (RESAOLAB) de Guinée et point focal de la Convention MÉDICRIME du Conseil de l'Europe. Il est également président du Comité national de crise sanitaire qui a géré Ebola de mars à juillet 2014, jusqu'à la mise en place de la Coordination nationale de lutte contre Ebola auprès de laquelle il est conseiller stratégique.

A pharmacist and inspector general at Guinea's Ministry of Health. He is also a senior lecturer in pharmaceutical law and head of pharmaceutical policy, law and management in the Faculty of Medicine, Pharmacy and Odontostomatology's Pharmacy Department at Gamal Abdel Nasser University of Conakry. He is president of the National Committee for the Fight against Counterfeit and Fraudulent Drugs and Illicit Drug Trafficking, president of the Guinean section of the West African Network of Biomedical Analysis Laboratories (RESAOLAB) and focal point for the Council of Europe's MEDICRIME convention. He is also president of Guinea's National Health Crisis Committee which managed the Ebola epidemic from March to July 2014, before the creation of the National Ebola Coordination Committee on which he is now sits as strategy adviser.

Rompre les chaînes de transmission du virus Ebola: l'histoire d'un déploiement en Sierra Leone

Breaking the Ebola virus transmission chains: the story of a deployment in Sierra Leone

*Gaëlle Faure, Jérôme Besnier, Pauline Lavirotte,
Magalie Vairetto • Handicap International
Jean-Baptiste Richardier • Fondation Handicap
International*

L

e présent article illustre deux des ambitions de notre revue. D'abord, susciter et encourager la production de savoir de la part du milieu humanitaire lui-même qui

n'en manque pas, trop souvent cantonné au rôle « d'acteur »: les acteurs réfléchissent, et bien, qu'on se le dise! Ensuite, explorer et dévoiler des thématiques trop peu mises en valeur. C'est le cas ici avec cette analyse, effectuée à l'approche de la fin de l'épidémie, du projet de plate-forme Ambulances et décontamination initié par l'ONG Handicap International en Sierra Leone.

Handicap International (HI) est présente en Sierra Leone depuis 1996 auprès des victimes de la guerre civile et des personnes en situation de handicap, principalement dans les districts de l'ouest (Freetown), de Bo et Kono au centre et à l'est du pays. Jusqu'à la survenue de l'épidémie d'Ebola dans ce pays

This article illustrates two of the ambitions of our review. First, encourage and promote the production of knowledge from the humanitarian sector itself where it is not lacking, while the sector is too often relegated to the role of "actor": actors think, and well, let it be known! Secondly, explore and unveil themes too little developed. This is the case here with this analysis, performed near the end of the epidemic, of the project platform Ambulance and Decontamination initiated by the NGO Handicap International in Sierra Leone.

Handicap International has been present in Sierra Leone since 1996, attending to the victims of the civil war and handicapped persons, mainly in the West districts (Freetown), of Bo and Kono in the center and East of the country.

Nettoyage du matériel d'intervention.

Cleaning of the intervention equipment.



en mai 2014¹, les interventions menées par l'organisation étaient axées sur l'appareillage et la rééducation, la promotion des droits des personnes handicapées, leur inclusion dans le tissu communautaire, l'accès aux services pour tous et des activités de soutien psycho-social. Ces activités, caractérisées par un renforcement des capacités des acteurs locaux, ont été pratiquement interrompues du fait de l'épidémie, laissant la place à des activités d'information et de prévention auprès des partenaires de l'organisation.

En août 2014, la décision est prise de contribuer à l'effort de lutte contre la propagation de l'épidémie qui se traduira notamment par la mise en place du projet de plate-forme Ambulances et décontamination dans le district de Freetown. Le parc de véhicules de ce système centralisé est composé de cinquante ambulances et véhicules de décontamination dédiés aux interventions communautaires.

Until the outbreak of the Ebola epidemic in this country in May 2014¹, the interventions of the organisation were organised around the installation of braces and artificial limbs and re-education, the promotion of handicapped person's rights, their inclusion in the community fabric, access to services for all and psycho-social support activities. These activities, characterised by a reinforcement of the capacities of local actors, were practically interrupted because of the epidemic, giving way to information and prevention activities directed towards the organisation's partners.

In August 2014 the decision is taken to contribute to the combat effort against the propagation of the epidemic which will lead in particular to the establishment of the project platform Ambulance and Decontamination in the district of Freetown. The vehicle fleet of this centralised system is composed of fifty ambulances and decontamination vehicles dedicated to community interventions.

— 1. Les données épidémiologiques datées du 29 novembre 2015 font état de 28 637 cas Ebola (suspectés, probables ou confirmés), dont 11 315 décès sur l'ensemble des pays touchés. La Sierra Leone est le plus affecté des trois pays d'Afrique de l'Ouest touchés (avec le Liberia et la Guinée) avec 49 % des cas (14 122). Source OMS.

— 1. Epidemic datas of November 29th 2015 indicates 28,637 Ebola cases (suspected, probable or confirmed), with 11,315 deaths for all the countries concerned. Sierra Leone is the hardest hit of the three West African countries affected (with Liberia and Guinea), with 49% of the cases (14,122). Source: WHO.

Depuis le début du projet, 3 827 patients suspects ou confirmés ont été transportés vers des centres de diagnostic ou de traitement Ebola et 1 834 maisons individuelles ont été décontaminées. Jusqu'à 300 employés nationaux ont apporté leur savoir-faire et leur remarquable engagement à ce projet, malgré les risques. Au plus fort de l'épidémie, les équipes ont effectué jusqu'à 65 transports par jour. 50 % des interventions communautaires ont lieu en milieu urbain, sur un périmètre qui comprend notamment sept bidonvilles de Freetown. Mais au-delà des enjeux de technicité liés à cette intervention, l'organisation s'est retrouvée confrontée aux difficultés à maintenir l'indispensable environnement d'acceptation et d'humanité.

Repousser nos limites et s'impliquer au plus près des patients Ebola

Il est assis devant sa maison, manifestement affaibli, amaigri et le regard inquiet. Sa femme et sa petite fille sont à ses côtés. L'ambulance et les équipes de décontamination ont été appelées pour transporter cet homme, souffrant de symptômes concordant avec la maladie d'Ebola, vers un centre de diagnostic et d'isolement. Les intervenants ont aussi pour mission de décontaminer la maison afin d'éviter toute propagation du virus. « L'armada » de véhicules et de professionnels qui « débarquent » a de quoi impressionner et effrayer cette famille ainsi que les dizaines de voisins et membres de la communauté rassemblés. Avec l'accord de la famille, effectuant des gestes lents et précis dans une combinaison singulière aujourd'hui tristement célèbre, appelée équipement de protection individuel (EPI), les intervenants accompagnent cet homme vers l'ambulance. S'ensuit alors un processus prédéfini, d'une rigueur absolue, afin d'éliminer le matériel souillé (son matelas, ses effets personnels) et de décontaminer sa maison, pièce par pièce, en insistant sur les endroits où il a séjourné. Cette technicité extrême, dénuée de toute spontanéité et de l'impersonnalité de la combinaison ne sauraient permettre cette intervention si une dose importante d'humanité et d'empathie n'était distillée en permanence par l'équipe d'intervention. Au cœur de la communauté en effet, comment réussir à enrayer la propagation de cette épidémie, rompre les chaînes de transmission et protéger les équipes, tout en conférant un visage humain à l'intervention ?



GAËLLE
FAURE



JÉRÔME
BESNIER



PAULINE
LAVIOTTE



MAGALIE
VAIRETTO



JEAN-BAPTISTE
RICHARDIER

Since the beginning of the project 3,827 suspected or confirmed patients have been transported towards diagnosis or treatment centres and 1,834 houses have been decontaminated. Up to 300 national employees have contributed their know-how to this project and their remarkable engagement in spite of the risks. At the peak of the epidemic, teams ran up to 65 transportations per day. 50% of community interventions take place in an urban environment, within a perimeter that includes in particular seven Freetown slums. But, beyond the technical challenges linked to this intervention, the organisation found itself confronted with the difficulties arising from maintaining the indispensable environment of acceptance and humanity.

Pushing further our limits and getting involved as close as possible with Ebola patients.

He is sitting in front of his house, obviously weakened, skinnier and with a worrisome gaze. His wife and grand-daughter are at his sides. The ambulance and the decontamination team were called to transport this man to a diagnosis and isolation center. The team members also have the mission of decontaminating the house, so as to avoid any propagation of the virus. The "armada" of vehicles and personnel that literally "disembark" can effectively impress this family as well as the dozens of neighbours and assembled members of the community. With the agreement of the family, accomplishing slow and precise gestures dressed in a protective suit now sadly famous, called Individual Protection Equipment (IPE), team members accompany this man towards the ambulance. A pre-defined process then follows, of an absolute rigour, so as to eliminate the soiled material (his mattress, his personal effects) and to decontaminate his house, room by room, insisting on the places where he usually stayed. This extreme technicity, deprived of any spontaneity and the impersonal appearance of the suit would not allow alone this intervention if an important dose of humanity and empathy were not distilled in permanence by the intervention team. In the heart of the community, how to succeed in countering the propagation of this epidemic, break the transmission chains and protect the teams, while conferring a human look to the intervention?

Ou comment essayer de rendre l'impossible possible...

Tout commence fin juin 2014, quand Médecins Sans Frontières (MSF) a lancé son premier appel à la mobilisation internationale – suivi le 8 août de la déclaration d'urgence de santé publique de portée internationale par l'OMS. Cela a eu pour conséquence la mise en « stand-by » des projets réguliers et la protection des équipes d'Handicap International, comme ce fut le cas pour la plupart des ONG présentes. Après d'intenses discussions internes pour débattre de la valeur ajoutée de la présence de l'organisation face à cette crise et sur son éventuel retrait, Handicap International fait alors le choix de rester et de s'engager dans différents projets, mettant notamment à profit le réseau de ses partenaires communautaires pour des actions de sensibilisation à la prévention et à la protection. Encouragé par les appels de MSF, qui ont nourri « l'audace » et l'acceptabilité de la prise de risque nécessaires, cet engagement s'est fait en respectant les limites de l'expertise de l'organisation sur le plan médical, ce qui excluait alors la prise en charge directe de patients.

Début décembre 2014, l'épidémie d'Ebola est toujours à son pic en Sierra Leone; Freetown et sa péninsule sont sévèrement affectées. Dans ce contexte où l'urgence est avant tout d'enrayer la propagation de la maladie, et à l'invitation du DFID (UK Department for International Development), Handicap International décide de s'impliquer directement, au plus près des patients, dans la lutte contre cette épidémie. La compréhension qu'une nouvelle crise sanitaire et humanitaire est en train de se jouer et l'évidence d'un besoin non couvert – intrinsèquement lié au contrôle des chaînes de transmission – incitent l'organisation à intervenir en misant sur les savoir-faire logistiques de sa direction de l'action d'urgence. Sur Freetown et son district, il n'existe en effet aucun système centralisé d'ambulances dédiées à Ebola, c'est-à-dire en capacité de transporter vers les centres appropriés les centaines de personnes qui présentent chez elles, dans la communauté, des symptômes de la maladie. De surcroît, les maisons des patients qui arrivent en centre de traitement par leurs propres moyens ne sont pas décontaminées systématiquement, comme l'exigent pourtant les protocoles nationaux et internationaux.

Or how to try making possible the impossible?

Everything starts at the end of June 2014 when Médecins sans Frontières (MSF) launched its first call for an international mobilisation – followed on August 8th by the International Public Health Emergency Declaration by the WHO. The consequence of this was putting on stand-by of regular projects and the protection of Handicap International teams, as was the case for most NGOs. After intense internal discussions debating the added value of the presence of the organisation in this crisis and concerning its possible withdrawal, Handicap International then chooses to stay and to engage in different projects, using in particular the network of its community partners, for actions relating to sensitisation in the field of prevention and protection. Encouraged by MSF calls that nourished "boldness" and the acceptability of the necessary risk taking, this engagement was taken respecting the limits of the medical expertise of the organisation, which then excluded being directly in charge of patients.

At the beginning of December 2014, the Ebola epidemic was still at its peak in Sierra Leone; Freetown and its peninsula are severely affected. In this context in which the urgency is first of all to eradicate the propagation of the disease and at the invitation of DFID (UK Department for International Development), Handicap International decides to get directly involved, as closely as possible to the patients, in the fight against this epidemic. The understanding that a new sanitary and humanitarian crisis is under way and the evidence of an unsatisfied need – intrinsically linked to the control of transmission chains – spur the organisation to intervene by betting on the logistical know-how of its Division for Emergency Action. In Freetown and its district, there effectively does not exist any centralised ambulance system dedicated to Ebola, that is to say the capacity to transport to appropriate centres the hundreds of people who present at home, in the community, the symptoms of the sickness. Besides, the houses of patients arriving at the care centres by their own means are not systematically decontaminated, as national and international protocols nonetheless require.

Lors des interventions des équipes de Handicap International, les matelas et autres éléments ayant été en contact avec des fluides potentiellement infectés et ne pouvant être décontaminés totalement sont évacués puis détruits et remplacés par du matériel neuf.

On interventions, Handicap International teams remove mattresses and other items that have been in contact with potentially infected fluids and that can not be decontaminated. They are evacuated and destroyed and then replaced with new items.



© G. Doucet | Handicap International



© J.-B. Richardier | Handicap International

Membres de l'équipe Handicap International s'équipant d'un PPE (Personal Protective Equipment) lors d'une intervention.

Handicap International staff put on PPE (personal protective equipment) for intervention.

Membre de l'équipe Handicap International aidant un homme évacué vers un centre de test Ebola.

Handicap International staff helping man evacuated to an Ebola testing centre.



© G. Doucet | Handicap International

C'est ainsi qu'est né le projet de plate-forme Ambulance et décontamination, financé par le DFID Ebola Emergency Response Fund (DEERF). L'expertise de l'organisation dans la gestion de plates-formes logistiques en urgence – comprenant la gestion d'importantes flottes de véhicules – n'est plus à démontrer et cette compétence constitue le socle du projet. Mais il était tout aussi clair qu'un nouveau champ d'expertise, ainsi que de nouveaux savoir-faire devaient être parallèlement développés, notamment en termes de processus de décontamination et de contrôle et prévention de l'infection (IPC) et ce dans des délais extrêmement courts. Forte d'une expertise ancienne et consciente des apprentissages indispensables, Handicap International a certes vu sa possible valeur ajoutée dans cette réponse, sans pouvoir toutefois mesurer l'ampleur de l'adaptation que la mise en œuvre allait demander. Cette crise, sa nature et ce projet spécifique vont en effet obliger HI à repenser de fond en comble l'organisation interne du programme et les modalités d'appui du siège.

Une exigence de qualité technique

Une fois identifié le lieu d'implantation du projet, les équipes ont travaillé avec acharnement à monter la nouvelle plate-forme Ambulance et décontamination de Freetown. Une plate-forme où les appels en provenance du centre de commande (coordinateur de la réponse dans le district) sont reçus et traités par l'équipe de régulation. Une plate-forme d'où partent simultanément vers les villages du district les ambulances, les véhicules de décontamination des maisons et les véhicules chargés du matériel contaminé. Une plate-forme en capacité d'assurer aux véhicules, suite à chaque intervention, un processus de décontamination exigeant. Une plate-forme capable de maintenir et de réparer une flotte de véhicules importante. Une plate-forme qui peut accueillir et former simultanément les centaines d'employés dédiés à ce nouveau projet. La construction et l'aménagement logistique de ce site furent donc de grande ampleur. Le support logistique de plusieurs acteurs (MSF, coopération allemande, Programme alimentaire mondial, Unicef, armée britannique) fut aussi très précieux.

Mais le plus grand défi fut la mise en place et la structuration – sans précédent chez Handicap International – d'un processus rigoureux de décontamination des ambulances,

« Le plus grand défi fut la mise en place et la structuration – sans précédent chez Handicap International – d'un processus rigoureux de décontamination des ambulances. »

“The greatest challenge was the practical organisation and the structuring – without precedent at Handicap International – of a strict process of decontamination of the ambulances.”

It is this way that the project of an Ambulance and Decontamination Platform, financed by DEERF (DFID Ebola Emergency Response Fund), was born. The expertise of the organisation in the management of emergency logistic platforms -including the management of important vehicle fleets- no more needs to be proven and this competence constitutes the foundation of the project. But it was just as clear that a new field of expertise, and also new know-how had to be developed in parallel, in particular in terms of decontamination processes and of prevention and control of the infection (IPC), all within extremely short delays. Strong with its old expertise and conscious of the indispensable training, Handicap International saw in effect its possible added value in this response, without nonetheless being able to measure the amplitude of the adaptation that implementation would require. This crisis, its nature and this specific project will in effect oblige Handicap International to rethink from top to bottom the internal organisation of the program and the conditions of headquarter support.

A requirement of technical quality

Once identified the location of the project, the teams worked relentlessly to install the new Ambulance and Decontamination Platform in Freetown. A platform where the calls coming from the Command Center (Coordinator of the district's response) are received and dealt with by the regulation team. A platform from which depart simultaneously towards the district's villages the ambulances, the vehicles assigned to the decontamination of houses and those in charge of contaminated material. A platform with the capacity to assure for vehicles, after each intervention, a demanding decontamination process. A platform capable of maintaining and repairing an important vehicle fleet. A platform that can receive and train simultaneously the hundreds of employees dedicated to this new project. The construction and logistical installation of this site were for these reasons of great magnitude. The logistical support of several actors (MSF, German Development Cooperation, World Food Program, UNICEF, British Army) was also very precious.

impliquant de prévoir un découpage par zone selon le risque de contamination; une gestion appropriée des flux de personnes, de matériels et de véhicules à travers ces zones; un protocole particulier pour traiter les déchets contaminés ainsi qu'un approvisionnement en eau chlorée aux différentes dilutions. Bref, une plate-forme d'ambulance répondant pratiquement aux mêmes principes et aux mêmes exigences qu'un centre de traitement Ebola (CTE) où chaque détail, chaque geste comptent. Un tel niveau d'expertise technique n'aurait pu être atteint sans la formation continue des équipes au processus de décontamination. Pour cela, il a fallu également recruter de nouveaux profils d'expatriés, experts dans ce domaine, afin d'accompagner les équipes nationales. Si le contexte épidémique et la gravité de la menace ont généré des difficultés de recrutement pour l'ensemble des acteurs, trouver ces profils spécifiques prêts à partir pour une organisation dont ce n'est pas l'expertise habituelle représentait une véritable gageure. La pertinence du projet, son caractère techniquement attractif et sans doute la bonne réputation de l'organisation ont permis de réunir les compétences nécessaires.

Ce type d'intervention au sein de la communauté requiert également une grande rigueur technique, un suivi irréprochable des protocoles et un niveau de formation tout aussi exigeant. Rompre une chaîne de transmission en isolant un patient de son foyer, en l'évacuant et en décontaminant sa maison, tout en assurant un haut niveau de protection des équipes – le premier devoir d'un employeur – représente un défi permanent de technicités intriquées et diversifiées. Chaque contexte d'intervention en communauté est unique par ses données géographiques, climatiques ou sociales, appelant de fait d'autres niveaux d'expertise, ceux de l'innovation, de l'autonomie des équipes, de l'analyse et de l'adaptation à chaque situation inhabituelle: un patient ou une maison inaccessible aux véhicules; un foyer situé dans un ravin en dessous de la route; une intervention dans un bidonville où les rues sont si étroites et les maisons si petites qu'un homme peut difficilement s'y faufiler avec un brancard et en équipement de protection; une foule rassemblée sur la zone d'intervention qu'il faut « contrôler » pour éviter tout risque de propagation voire d'hostilité; une pluie incessante ou des bourrasques si typiques de la saison des pluies

« Chaque contexte d'intervention en communauté est unique par ses données géographiques, climatiques ou sociales, appelant de fait d'autres niveaux d'expertise, ceux de l'innovation, de l'autonomie des équipes, de l'analyse et de l'adaptation. »

“Each context of intervention within a community is unique by its geographical, climatic or social dimensions, calling in fact for other levels of expertise, those of innovation, team autonomy, analysis and adaptation.”

But the greatest challenge was the practical organisation and the structuring – without precedent at Handicap International – of a strict process of decontamination of the ambulances, implying the planning of a division by zone, based on the contamination risk; an appropriate management of the flow of people, materials and vehicles through these zones; a specific protocol to dispose of contaminated waste as well as a supply of chlorinated water at different degrees of dilution. In short, an ambulance platform meeting practically the same principles and the same requirements as those of an Ebola Treatment Centre (ETC), where each detail, each gesture counts. Such a level of technical expertise could never be attained without the continuous training of teams in the decontamination process. For this, it was also necessary to recruit new expatriate profiles, experts in this field, to accompany the national teams. If the epidemiological context and the gravity of the menace have generated difficulties in recruitment for all types of actors, finding these specific profiles, ready to depart for an organisation intervening in an area that is not within its usual field of expertise, represented a true bet. The relevance of the project, its technically attractive character, and probably the good reputation of the organisation, allowed gathering the required skills.

This kind of intervention within the community also requires a great technical strictness, an irreproachable following of protocols and a level of training that are just as demanding. To break a transmission chain by isolating a patient from his household, evacuating him and decontaminating his house, while ensuring a high level of protection for the teams – the first duty of an employer – represents a permanent challenge of intricate and diversified technical know-how. Each context of intervention within a community is unique by its geographical, climatic or social dimensions, calling in fact for other levels of expertise, those of innovation, team autonomy, analysis and adaptation to each unusual situation: a patient or a house inaccessible to vehicles; a household situated in a ravine over the road; an intervention in a slum where streets are so narrow and houses so small that a man cannot easily slip inside with a stretcher and wearing protection equipment; a crowd gathered in the intervention zone that it is necessary to control

à Freetown... L'habillage, le déshabillage et même le processus de décontamination des maisons sont alors rendus presque impossibles. Face à ces défis techniques, des protocoles particuliers ont été progressivement élaborés pour les interventions à risque, notamment dans les bidonvilles ou sous la pluie, fruits de l'expérience acquise. Parallèlement, des prototypes de tentes gonflables ont été développés spécifiquement pour l'habillage et le déshabillage sous la pluie. Accompagnées de différents matériels et équipements imperméables, ces tentes sont maintenant utilisées régulièrement, avec des équipes spécifiquement entraînées à leur utilisation, démontrant ainsi que la prise en charge du patient est possible en presque toute circonstance.

Agir sur la chaîne de transmission, mais être aussi un vecteur de réassurance

Une intervention en communauté est commencée lorsqu'un nouveau patient est identifié et rapporté aux autorités comme suspecté d'avoir contracté le virus Ebola (c'est-à-dire présentant les symptômes de la maladie). Une intervention standard ne comprend pas moins de quatre véhicules: l'ambulance servant au transport du patient vers le centre de diagnostic et de traitement; la voiture de décontamination transportant le matériel et les équipes qui décontamineront la maison; la voiture chargée du matériel souillé à évacuer; et celle transportant les effets systématiquement fournis en remplacement du matériel évacué (matelas, draps, moustiquaires). Les douze équipiers sont répartis dans les quatre véhicules, chacun avec un rôle précis à jouer (prise en charge du patient, déploiement du matériel, pulvérisation de la maison à l'eau chlorée...). Plusieurs d'entre eux, au minimum six, s'habillent avec les équipements de protection. Le patient est évacué en moins d'une heure, mais l'opération dans son entièreté représente en moyenne trois heures de présence sur place. Même avec le support du leader communautaire, il est aisé de comprendre la crainte – parfois même la défiance des populations – que ce déploiement massif peut susciter. Face à ce convoi de voitures et aux nombreuses personnes déployées, face à ces équipements de protection qui ne permettent pas de voir les visages, face aux pulvérisations intrusives d'eau chlorée dont ils ne comprennent pas toujours l'objectif, la famille et les proches sont dans l'angoisse et

to avoid any risk of propagation or even hostility; continuous rain or gusts of wind so typical of the rainy season in Freetown... Getting dressed and undressed and even the decontamination process itself are then rendered practically impossible. To face these technical challenges, specific protocols have been progressively elaborated for risky interventions, in particular in shanty-towns or in rainy weather, the fruit of experience acquired. In parallel, prototypes of inflatable tents have been specifically developed for dressing and undressing in the rain. Accompanied by different water-proof materials and equipment, these tents are now regularly used with teams specially trained for their utilisation, thus showing that taking charge of a patient is possible under almost any circumstance.

Acting on the transmission chain, but also being a carrier of reassurance

An intervention in a community is initiated once a new patient is identified and reported to authorities as suspected of having contracted the Ebola virus (that is to say presenting the symptoms of the disease). A standard intervention comprises not less than four vehicles: the ambulance serving for the transportation of the patient towards the diagnosis and treatment center; the decontamination vehicle transporting equipment and the teams that will decontaminate the house; the vehicle in charge of the soiled material to be evacuated and the car transporting the effects systematically supplied in replacement of the materials evacuated (mattress, sheets, mosquito net). The twelve team members are divided between the four vehicles, each one with a precise role to play (taking charge of a patient, deployment of equipment, pulverisation off the house with chlorinated water...). Several of these, six at the minimum, get dressed with protection equipment. The patient is evacuated in less than an hour, but the full operation represents an average three hours presence on the spot. Even with the support of the community leader, it is easy to understand the fear – sometimes even the defiance of populations- that this massive deployment can entail. With this convoy of vehicles and the numerous people deployed, seeing the protection equipment that conceals faces, what with the intrusive pulverisation of chlorinated water, the objective of which they do not always understand, the family and close

parfois sur la défensive. Ces craintes, cette défiance sont une source de pression pour les équipes en intervention; pression qu'il faut gérer au cas par cas, en fonction du contexte de chaque village ou quartier de bidonville.

C'est avant tout une histoire de personnes et de savoir-être. Les équipes nationales, engagées depuis décembre 2014 dans cette entreprise, sont largement dévouées à leur mission. Sans relâche, sept jours sur sept, elles interviennent. Elles ont acquis une connaissance irremplaçable de chaque lieu et la reconnaissance des communautés qui y vivent, et ce d'autant plus qu'elles en sont parfois issues. Le travail de la relation avec la communauté est central pour que l'intervention soit non seulement acceptée mais aussi portée par le patient s'il le peut, la famille et la communauté elle-même. Dans cette optique, deux personnes au sein de chaque équipe d'intervention – un promoteur de santé et le leader d'équipe – sont spécialement dédiées à l'explication de l'intervention et au dialogue avec la communauté, la famille et le patient. Ne portant pas les équipements de protection, elles gardent « un visage humain » et entretiennent un lien permanent

friends and relatives are always in anguish and sometimes on the defensive. These fears, this defiance are a source of pressure that has to be managed case by case, in function of the context of each village or slum neighbourhood.

Before anything else, this is the story of people and knowing "how to be". National teams now engaged since December 2014 in this enterprise, are largely devoted to their mission. Relentlessly, seven days a week, they intervene. They have acquired an irreplaceable knowledge of each place and the gratitude of the communities living there, and this ever more so that they sometimes also come from there. Working on the relation with the community is central, so that the intervention is not only accepted but also carried by the patient, if he can, the family and the community itself. In this perspective, two persons within the intervention team – a health promoter and the team leader – are specifically assigned to the explanation of the intervention and to the dialogue with the community, the family and the patient. Not carrying protective equipment, they keep a "human face" and maintain a

Décontamination à l'eau chlorée d'une zone potentiellement infectée par le virus.

Decontamination with a chlorine solution on a zone potentially infected by the virus.





Décontamination à l'eau chlorée d'une habitation potentiellement infectée par le virus.

Decontamination with a chlorine solution of a house potentially infected by the virus.

© J.B. Richardier | Handicap International

Intervention en communauté pour acheminer un patient potentiellement suspect vers un centre de diagnostic et d'isolement puis procéder à la décontamination de l'habitation et de son environnement.

Intervention in a community to drive a potentially suspect patient towards a centre for diagnosis and isolation and to decontaminate the house and the environment.



© J.B. Richardier | Handicap International

avec la communauté durant toute la durée de l'intervention.

Ce dialogue permet aussi d'effectuer une bonne analyse de situation et de faire, auprès de la famille, la part des choses entre nécessité de santé publique et respect du patient et de ses droits (confidentialité, respect de ses choix...). L'équipe est alors à même de proposer, en fonction de chaque contexte, des protocoles d'intervention plus acceptables pour tous: comment évacuer le patient (à pied ou sur brancard); quelles limites poser à la zone d'intervention (non accessible à la foule) pour que la communauté perçoive l'action comme transparente, tout en préservant un peu de confidentialité et d'intimité quand, par exemple, les effets personnels de la personne seront sortis et exposés au soleil ou chlorés devant sa maison, sous le regard de ses voisins rassemblés?

L'humanité et l'empathie mises dans ce dialogue, que ce soit à travers les échanges confidentiels avec la famille ou dans le discours public à l'égard de la communauté, sont tout à fait primordiales. Des formations en continu sont dispensées en ce sens aux équipiers, dont les comportements sont vecteurs de préservation du lien social. Des acteurs de la réponse des différents piliers², notamment les piliers « mobilisation sociale » et « protection », sont largement impliqués dans les formations ainsi que dans les démonstrations³ organisées dans différentes communautés. Dans ce domaine également, les équipes ont bénéficié du support initial de MSF, organisation grâce à laquelle des formations ad hoc et de coaching ont pu être mises en place sur plusieurs semaines en début d'année 2015.

— 2. La réponse Ebola est subdivisée et coordonnée par piliers thématiques (une organisation qui s'apparente à un fonctionnement en « clusters »). Il existe ainsi les piliers « Isolation et prise en charge des patients », « Suivi des cas contacts », « Enterrement digne et sécurisé », « Mobilisation sociale » ou encore des piliers transverses type « Protection ».

— 3. Ces démonstrations permettent de simuler une fausse intervention dans certains villages et de commencer un dialogue afin de préparer les communautés à ce type d'intervention. Sont ciblées prioritairement les communautés qui montrent le plus de défiance ou présentent des difficultés particulières sur le plan technique (par exemple des bidonvilles).

« L'humanité et l'empathie mises dans ce dialogue, que ce soit à travers les échanges confidentiels avec la famille ou dans le discours public à l'égard de la communauté, sont tout à fait primordiales. »

“The humanity and empathy put into this dialogue, be it through confidential exchanges with the family or in the public discourse for the community, are absolutely essential.”

permanent link with the community during the whole intervention.

This dialogue also permits to carry out a good analysis of the situation and to keep the balance between public health requirements and respect of the patient and his rights (confidentiality, respect of his/her choice). The team is thus in a position to propose, depending on each context, intervention protocols more acceptable by all: how to evacuate the patient (walking or on a stretcher), which limits to impose for the intervention zone (off limits for a crowd) so that the community can perceive the action as transparent, while preserving a bit of confidentiality and intimacy, when, for example, the personal effects of the person will be taken out and exposed in the sun or chlorinated in front of his/her house, under the eyes of the assembled neighbours.

The humanity and empathy put into this dialogue, be it through confidential exchanges with the family or in the public discourse for the community, are absolutely essential. Continuous training is dispensed in this way to team members, the behaviour of which is a carrier for maintaining social links. Actors in the response of the different pillars², in particular the pillars “Social mobilisation” and “Protection” are largely involved in the training and in the demonstrations³ organised in different communities. In this field also, the teams have benefited from the initial support of MSF, organisation thanks to which ad-hoc training and coaching have been able to be organised over several weeks at the beginning of 2015.

Patients perceived by the community as victims, heroes or as a menace

This “knowing how to be”, this humanity, this dialogue are essential to already prepare

—2. The answer to Ebola is subdivided and coordinated by thematic pillars (a functioning close to that of “clusters”). There thus exists the pillars “Isolation and care of patients”, “Follow-up of contact cases”, “Dignified and secure burial”, “Social mobilisation” or also transverse pillars like “Protection”.

—3. These demonstrations permit to simulate a mock intervention in certain villages and to initiate a dialogue so as to prepare communities to this kind of intervention. The communities showing the most defiance or presenting particular difficulties from a technical point of view (for instance those living in slums) are particularly considered.

Des patients perçus par la communauté comme victimes, héros ou menace

Ce savoir-être, cette humanité, ce dialogue sont essentiels pour déjà préparer « l'après ». Il a tant été dit sur la stigmatisation endurée par les patients guéris, mais aussi par leurs familles et les personnes mises en quarantaine. Cette situation est tout autant subie par les patients dits « suspects », transportés selon le même protocole dans un centre de diagnostic. Lorsqu'il s'avère, suite à une consultation et des examens de laboratoire, qu'ils souffrent d'une autre maladie (par exemple le paludisme), et même s'ils sont rapidement de retour chez eux avec un traitement spécifique, ils rencontrent parfois des difficultés une fois dans leur communauté. Travailler sur « l'après » est donc nécessaire dès la prise de contact avec la famille et la communauté. C'est le rôle du promoteur de santé de prendre le temps de passer les messages adéquats, de susciter les échanges, de répondre aux questions et ainsi préparer le terrain pour le retour au sein de la communauté, favorisant ainsi la compréhension et le soutien envers le patient et sa famille.

S'il est rendu bien visible, ce travail dans la communauté, en allant à la rencontre des gens, peut être un formidable levier pour générer la confiance des populations envers le système de réponse dans son ensemble, asseoir sa crédibilité et son sérieux; c'est une occasion unique pour engendrer un impact qualitatif global à travers des interventions techniquement maîtrisées et humainement assumées. La recherche de cet équilibre reste encore aujourd'hui un véritable enjeu. Handicap International n'est d'ailleurs pas exempté des critiques qui visent les interventions communautaires menées par l'ensemble des acteurs de la réponse: de véritables leçons restent à tirer de ces longs mois d'une intervention très intense. Ce processus est en cours, sous la forme d'une réflexion dynamique afin d'améliorer les pratiques. D'ores et déjà, il apparaît clairement que c'est l'acquisition de la capacité et de la maîtrise techniques qui permet de recentrer les efforts et l'attention sur la qualité humaine et l'approche de la relation au patient, à sa famille et à la communauté. Les équipes en intervention sont tout à la fois confrontées à la peur du patient, à l'angoisse de la famille de perdre l'être cher et aux regards de dé-

the "afterwards". So much has been said about the stigmatisation endured by cured patients but also by their family and the people put in quarantine. Patients considered as "suspects" and transported, following the same protocol, in a diagnosis centre are affected just as much by this situation. When it appears, following a consultation and laboratory exams, that they suffer from another sickness (for instance malaria) and even if they are rapidly at home with a specific treatment, they sometimes encounter difficulties upon returning to their community. Working on the "after" is thus necessary upon the first contact with the family and the community. It is the role of the Health Promoter to pass on the adequate messages, to give rise to exchanges, to answer questions and thus prepare the field for the return to the community, favouring comprehension and support for the patient and his family.

If this work within the community is rendered sufficiently visible, by going towards people, it can be a tremendous lever to generate the confidence of populations towards the response system in its entirety, establish its credibility and its seriousness; this is a unique occasion to generate a global qualitative impact through technically mastered and humanly assumed interventions. The search for this balance still remains today a true stake. Handicap International is not altogether exempt from the criticisms that aim at the community interventions carried out by all the actors of the response: true lessons remain to be drawn from these long months of a very intense intervention. This process is under way, in the form of dynamic thinking, so as to improve practices. As of now, it clearly appears that it is the acquisition of technical capacity and mastery that allow to refocus efforts and attention on human quality and the approach of patient relationship, that of his family and the community. Intervening teams are altogether confronted with the patient's fear, the anguish of the family concerning the loss of a loved one and with the defiant gazes of the community towards the patient and his family... Relating to this, following recent information about the possible transmission of the virus by cured patients, the perception of "survivors" evolves and brings up new difficulties and antagonistic questioning: readily put forward by authorities as heroes who have

fiance que pose la communauté sur le patient et sa famille... À cet égard, suite aux récentes informations autour de la possible transmission du virus par des patients guéris, la perception des « survivants » évolue et soulève de nouvelles difficultés et des questionnements antagonistes : volontiers mis en avant par les autorités comme des héros ayant réussi à surmonter une terrible épreuve, ils peuvent rebasculer brutalement dans le statut de victimes ou faire figure de nouvelles menaces. Cette résurgence de la crainte et du rejet suscités par les anciens patients et leurs familles pose un nouveau défi aux interventions communautaires qui doivent, plus que jamais, gérer avec habileté cette dialectique entre technicité et humanité. L'efficacité des intervenants dans la reconstruction et la préservation du lien social est à ce prix.

Pour rompre les chaînes de transmission, s'inscrire dans la coordination

On sait qu'une prise en charge précoce du patient dans la communauté, son isolement rapide et son traitement dans un centre spécialisé ont un impact direct, tant sur le contrôle des chaînes de transmission que sur le pronostic vital. C'est l'ensemble des acteurs de la réponse qui se doit d'être réactif et rapide. Le projet de plate-forme d'ambulances ainsi que les interventions en communauté ne peuvent donc pas se faire de façon isolée. S'inscrire dans une coordination prend tout sens quand on sait à quel point la surveillance, l'alerte, la notification des cas, la régulation par le 117 (le numéro d'urgence Ebola en Sierra Leone), la gestion et le partage des données épidémiologiques sont primordiales. Un système centralisé coordonné est donc une nécessité, et un système d'ambulances centralisé une plus-value dans ce système coordonné de réponse. Cela évite qu'un patient se déplace jusqu'à une structure saturée, voire éventuellement fermée. Cela permet de s'assurer que chaque patient suspecté est bien pris en charge et que chaque maison qui le nécessite est décontaminée.

Ainsi, c'est l'appel du centre de commande de la coordination Ebola du district qui déclenche chaque intervention dans la communauté, fournissant les détails sur la localisation et le statut du patient, ainsi que l'indication de la structure vers laquelle le diriger. Et c'est au centre de commande que

« Un système centralisé coordonné est donc une nécessité, et un système d'ambulances centralisé une plus-value dans ce système coordonné de réponse. »

“A centralised, coordinated system is thus a necessity and a centralised ambulance system represents added value in this coordinated response system.”

been able to overcome a terrible trial, they can fall again brutally into the status of victims or appear as new menaces. This resurgence of the fear and the rejection afflicting former patients and their families represent a new challenge for community interventions that must, more than ever, manage with skill the dialectics between technicity and humanity. The efficiency of those intervening in the reconstruction and preservation of social links is at this expense.

Enlisting in coordination to break the transmission chains

It is known that precociously taking in charge a patient in the community, his (her) rapid isolation and his (her) treatment in a specialised center have a direct impact, just as well on the control of the transmission chains as on the vital diagnosis. It is all together that the actors of the response have to be reactive and rapid. The Ambulance Platform project, like the interventions in communities cannot be implemented in an isolated fashion. To be integrated in a coordination takes all its meaning when one knows up to what point the surveillance, the alert, the notification of cases, regulation by 117 (emergency Ebola number in Sierra Leone), the management and sharing of epidemiological data are essential. A centralised, coordinated system is thus a necessity and a centralised ambulance system represents added value in this coordinated response system. This avoids a patient going to a saturated or maybe even closed structure. This allows ensuring that each suspected patient is effectively taken in charge and that each house that requires it is effectively decontaminated.

It is the call of the District Ebola Coordination Command Center that initiates each intervention in the community, supplying details on the location and the status of the patient as well as the indication of the structure towards which to direct him/her. And it is to the Command Center that the Ambulance Platform reports once the intervention is finalised. Lastly, it is again the Command Center that plans the next steps (follow-up of contact cases, links with the family, release of protection alert).

Putting in perspective

This Ambulance and Decontamination project imposed itself as an essential link to

la plate-forme d'ambulances fait son rapport une fois l'intervention finalisée. Enfin, c'est encore le centre de commande qui planifie les étapes suivantes (suivi des cas contacts, lien avec la famille, déclenchement d'alerte de protection...).

Mise en perspective

Ce projet Ambulances et décontamination s'est imposé comme un maillon essentiel pour rompre les chaînes de transmission et participer au contrôle de la propagation de la maladie d'Ebola. Un système centralisé et coordonné est absolument crucial pour permettre une couverture totale du territoire. Il demande aux intervenants un dosage difficile entre les impératifs de technicité rigoureuse et d'humanité pour assumer le fait d'être tout à la fois vecteurs de la rupture (« extraction » autoritaire du patient de son environnement) et du maintien du lien social (réassurance et confiance de la communauté dans le système global et bienveillance de la communauté au retour des patients guéris). Le dispositif doit être adapté continuellement en fonction de l'évolution de l'épidémie. Aujourd'hui, même si le nombre de cas confirmés est proche de zéro, le dispositif en Sierra Leone continue de faire face à un volume d'activité important, la saison des pluies favorisant une incidence élevée de maladies aux symptômes similaires, comme le paludisme. Pour l'heure, en effet, toutes les personnes « suspectes » de la maladie d'Ebola doivent continuer à être prises en charge par ce système centralisé.

Les prochains mois seront déterminants dans la lutte contre cette épidémie : parvenir – et rester – à zéro cas est l'enjeu majeur. Mais le risque de réintroduction ou de réémergence de l'épidémie est bien réel, et les incertitudes liées aux nouvelles connaissances de cette maladie en matière de transmission représentent une menace encore insuffisamment documentée. Les intervenants sont donc confrontés à deux défis essentiels. Le premier est la définition et le maintien d'un dispositif résiduel sur Freetown et sa péninsule, avec des ambulances et des équipes capables de se redéployer rapidement si nécessaire, comme en atteste la réémergence de cas Ebola en juin 2015 au Liberia. Le second est la capitalisation de l'expertise acquise en vue d'une réplique qui ne manquera pas de se produire. Pour Handicap International, il s'agit d'une capitalisation à visée interne à l'organisation (nouveaux savoir-faire à conserver,

« Aujourd'hui, même si le nombre de cas confirmés est proche de zéro, le dispositif en Sierra Leone continue de faire face à un volume d'activité important. »

“Today, even if the number of confirmed cases is close to zero, the system in Sierra Leone continues to face an important volume of activity.”

break the transmission chains and participate in the control of the propagation of the Ebola disease. A centralised and coordinated system is absolutely crucial to allow a total coverage of the territory. It requires of those intervening a difficult dosage between imperatives of rigorous technicity and humanity so as to assume the fact of being at the same time vectors of the breaking (authoritarian “extraction” of the patient from his environment) and the maintaining of the social link (reassurance and confidence of the community in the global system and goodwill of the community for the return of healed patients). The system must be continuously adapted, depending on the evolution of the epidemic. Today, even if the number of confirmed cases is close to zero, the system in Sierra Leone continues to face an important volume of activity, the rainy season favouring a high incidence of sicknesses with similar symptoms, such as malaria. For the time being, all people “suspected” of having Ebola must continue to be taken in charge by this centralised system.

The next months will be determinant in the fight against this epidemic: to attain –and maintain– zero cases is the major stake. But the risk of having the epidemic reintroduce or re-emerge is truly there and the uncertainties linked to the new knowledge of this disease as regarding its transmission represent an insufficiently documented menace. Those intervening are thus confronted to two essential challenges. The first one is the definition and maintenance of a residual system in Freetown and its peninsula, with ambulances and teams capable of rapid redeployment if necessary, as the re-emergence of Ebola cases in June 2015 show. The second one is the capitalisation of acquired expertise in view of a replication that will necessarily occur. For Handicap International, this is a capitalisation with internal aims for the organisation (new know-how to preserve, coordination stakes, lessons learned), so as to have the capacity to deploy immediately an efficient action when an epidemic will reappear.

enjeux de coordination, leçons apprises) afin d'être en capacité de déployer immédiatement une action efficace lorsqu'une épidémie se reproduira. Mais il s'agit également d'une capitalisation à visée externe, pour permettre à l'organisation de s'inscrire dans un système de réponse globale, pour y contribuer et promouvoir la recherche immédiate du meilleur équilibre possible entre une rigueur technique exigeante et la préservation de liens communautaires forts. C'est en répondant à ces exigences que l'organisation sera en mesure d'aider les populations affectées à surmonter et dépasser les crises engendrées par la survenue d'épidémies à virus Ebola.

But this is also a capitalisation with external aims, to allow the organisation to be enlisted in a global response system, to contribute to it and promote the immediate search of the best possible balance between a demanding technical rigour and the preservation of strong community links. It is by answering these requirements that the organization will be able to help the affected population in overcoming and passing beyond the crises generated by the advent of Ebola virus epidemics.

Translated from the French by Philip Wade

Biographies



GAËLLE FAURE

Au sein de Handicap International, référente technique safety de la cellule Ebola, titulaire d'un master en santé publique (London School of Hygiene & Tropical Medicine), d'un certificat en médecine tropicale (IMT Anvers) et infirmière de formation. *Within Handicap International, technical referee for Safety of the Ebola unit, holder of a master in public health (London School of Hygiene and Tropical Medicine), of a certificate in tropical medicine (IMT Antwerp) and nurse by training.*

PAULINE LAVIROTTE

Chef de projet ambulance et décontamination à Freetown (Sierra Leone). Elle est titulaire d'un master en relations internationales (Sciences Po-Grenoble). *Project manager Ambulance and Decontamination in Freetown. She holds a master in international relations (Institute of Political Studies, Grenoble).*

JÉRÔME BESNIER

Responsable du programme veille humanitaire et urgences, titulaire d'un master en coopération et développement (IFAID-Bordeaux) *In charge of the Program Humanitarian Watch and Emergencies, holder of a master in cooperation and development (IFAID-Bordeaux)*

MAGALIE VAIRETTO

Chargée de programme Ebola, titulaire d'un master en analyse de crise et action humanitaire (université de Savoie-Chambéry) *Member of the Ebola program team, holder of a master in crisis analysis and humanitarian action (University of Savoy, Chambéry)*

JEAN-BAPTISTE RICHARDIER

Directeur exécutif de la Fondation Handicap International, docteur en médecine, spécialité rééducation et réadaptation fonctionnelles. *Executive director of the Handicap International Foundation, doctor in medicine, speciality re-education and functional re-adaptation.*

Recherche sur Ebola: une rencontre entre science et humanitaire

Ebola research: an encounter between science and humanitarian action

*Christophe Longuet • Fondation Mérieux
Alex Salam • National Institute for Health Research
Jake Dunning • Centre for Tropical Medicine and
Global Health (Oxford)*

Les auteurs de ce texte ont été impliqués dans la prise en charge des malades et la recherche clinique dans des centres de traitement Ebola (CTE) de Guinée, Sierra Leone et Liberia à diverses périodes entre octobre 2014 et juillet 2015. En se focalisant sur la recherche thérapeutique lors d'épidémies, ils partagent ici leurs expériences et réflexions sur la rencontre qui a eu lieu, dans les CTE d'Afrique de l'Ouest, entre la science et l'action humanitaire.

La science médicale et la médecine humanitaire partagent les mêmes objectifs: la santé des populations et des individus. Mais les deux disciplines opèrent en général indépendamment et les buts à moyen et long terme des chercheurs diffèrent le plus souvent des objectifs à court terme des humanitaires (même si les missions humanitaires peuvent s'inscrire dans le long terme). Lorsqu'ils collaborent, leurs actions doivent pouvoir satisfaire aussi bien à l'éthique des soins qu'à l'éthique de la recherche médicale, alors qu'elles ne sont pas totalement synonymes.

The authors of this text have been involved in caring for patients and conducting clinical research in Ebola Treatment Centres (ETCs) in Liberia, Guinea and Sierra Leone at different periods between October 2014 and July 2015. Focusing on therapeutic research during infectious disease outbreaks, they share here their experiences and reflections on the encounter between science and humanitarian action that took place in the ETCs of West Africa.

Medical science and humanitarian medicine share the same objectives: improving the health of populations and individuals. However, the two disciplines usually operate independently, and the medium- and long-term goals of the researchers differ most of the time from the short-term aims of the humanitarians (although humanitarian missions can also be long-term). When collaborating, their actions must satisfy both the ethics of healthcare and medical research, which are not necessarily synonymous.

La déclaration d'Helsinki, qui pose les principes applicables à la recherche médicale, affirme que la santé du patient prévaut sur toutes les autres considérations. Le médecin traitant a le devoir de « promouvoir et sauvegarder la santé, le bien-être et les droits des patients » : son action vise un bénéfice immédiat. Le médecin engagé dans la recherche médicale a, quant à lui, l'obligation de « protéger la vie, la santé, la dignité, l'intégrité, le droit à l'autodétermination, la vie privée et la confidentialité des informations des personnes impliquées dans la recherche¹ », tout en menant à bien l'objectif de recherche qui n'implique pas nécessairement un bénéfice immédiat pour le patient. L'épidémie d'Ebola sans précédent qui sévit en Afrique de l'Ouest depuis la fin de l'année 2013 et a continué en 2015 a suscité un débat, à la fois moral et technique, sur la possibilité d'assurer des soins tout en poursuivant simultanément des objectifs de santé publique et de recherche en situation de crise humanitaire².

La rencontre de deux urgences

L'urgence a d'abord été humanitaire, mêlant les impératifs de soins et de soutien social aux populations affectées et le besoin de contrôler l'épidémie et de protéger les populations à risque. Lorsque, en mars 2014, l'organisation non gouvernementale (ONG) Médecins Sans Frontières (MSF) est confrontée en Guinée forestière, à une flambée inhabituelle de cas évoquant des fièvres hémorragiques virales, elle fait rapidement acheminer quelques échantillons au Laboratoire P4 Jean-Mérieux-Inserm de Lyon et à l'Institut Bernhard Nocht de Hambourg. Ceux-ci confirment la présence d'un filovirus bien connu, mais que l'on n'avait encore jamais associé à une épidémie

The Declaration of Helsinki, which sets the principles of medical research, affirms that the patient's health prevails over any other consideration. The treating physician has the duty to "promote and safeguard the health, wellbeing and rights of patients": his or her actions aim at immediate benefits. The medical researcher has a duty to "protect the life, health, dignity, integrity, right to self-determination, privacy, and confidentiality of personal information of research subjects"¹, while pursuing a research objective that may not necessarily imply an immediate benefit for the patient. The West African Ebola epidemic, which began in late 2013 and continues well into 2015, has raised both moral and technical debates concerning the ability to deliver medical care, public health and research activities simultaneously during a humanitarian crisis².

The meeting of two urgencies

The greatest priority during the West African Ebola outbreak has been, understandably, humanitarian, involving the need to provide urgent medical care and social support for affected populations, and the need to bring the epidemic under control. In March 2014, when the non-governmental organization (NGO) *Médecins sans Frontières* (MSF) faced an unusual outbreak of an illness consistent with viral hemorrhagic fever in the Forest region of Guinea, samples were sent quickly to the Jean-Mérieux-Inserm BSL4 laboratory in Lyon and the Bernhard Nocht Institute in Hamburg. The laboratories confirmed the presence of a well-known filovirus, but one never before associated with a confirmed outbreak in humans in this region: the Ebola virus³. Subsequently, an outbreak of Ebola

— 1. *Déclaration d'Helsinki de l'Assemblée médicale mondiale – Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains*, adoptée en juin 1964, amendée la dernière fois en octobre 2013. <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/b3/>

— 2. *Note du Comité d'éthique de l'Inserm en collaboration avec le Comité consultatif de déontologie et d'éthique de l'IRD, du VIH à Ebola, réflexions éthiques sur la recherche en santé dans les pays du « sud »*, juin 2015. <http://www.inserm.fr/qu-est-ce-que-l-inserm/l-ethique-a-l-inserm/saisines-et-notes-du-comite-d-ethique>

— 1. World Medical Association Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted in June 1964, amended for the last time in October 2013. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

— 2. Note of the Inserm ethics committee in collaboration with the consultative committee of deontology and ethics of IRD, du VIH à Ebola, réflexions éthiques sur la recherche en santé dans les pays du "sud", juin 2015. <http://www.inserm.fr/qu-est-ce-que-l-inserm/l-ethique-a-l-inserm/saisines-et-notes-du-comite-d-ethique>

— 3. Baize et al., Emergence of Zaire Ebola Virus Disease in Guinea, *New England Journal of Medicine*, 371:1418-1425, 9 October 2014. http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1404505?query=featured_home&#t=articleTop

chez l'homme dans la région: le virus Ebola³. La flambée épidémique de maladie à virus Ebola (MVE) en Afrique de l'Ouest est officiellement notifiée par la Guinée à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) le 23 mars 2014.

Forte de son expérience en Afrique centrale, MSF ouvre les premiers CTE, en appui aux autorités de santé totalement dépourvues face à cette nouvelle et importante épidémie qui s'avère toucher les populations rurales depuis plusieurs mois. Mais la faiblesse des infrastructures sanitaires locales, le nombre insuffisant de personnels de santé, la défiance des populations envers les autorités et les ONG, et leur mobilité importante, sont autant d'obstacles aux efforts pour contenir l'épidémie. Des foyers secondaires de MVE sont bientôt déclarés en Sierra Leone et au Liberia et, pour la première fois dans l'histoire d'Ebola, la maladie atteint les grandes villes et les capitales. À ce moment-là, la communauté internationale est encore attentiste, anticipant la fin de l'épidémie en quelques mois, comme lors des précédentes survenues en Afrique Centrale et de l'Est. Or à la fin du mois de juin, les autorités de santé des trois pays touchés et les rares ONG internationales et locales actives sur le terrain sont dépassées par le nombre des nouveaux cas, d'autant que les équipes soignantes subissent également des pertes. Le 23 juin, MSF annonce que « l'épidémie est hors de contrôle » et en appelle à « une mobilisation exceptionnelle des gouvernements de la région ouest-africaine, ainsi que de l'ensemble des organismes d'aide⁴ ». L'ONG demande que l'on mette à disposition davantage de personnel médical qualifié et l'intensification du suivi des contacts et de la sensibilisation des populations. Il faudra attendre le 8 août, après l'apparition de la MVE au Nigeria, pour que l'OMS déclare « une urgence de santé publique de portée

« La faiblesse des infrastructures sanitaires locales, le nombre insuffisant de personnels de santé, la défiance des populations envers les autorités et les ONG, et leur mobilité importante, sont autant d'obstacles aux efforts pour contenir l'épidémie. »

“Poor healthcare infrastructure, an inadequate number of national healthcare workers, a distrust of authorities and NGOs, and significant population mobility were as many barriers against efforts to control the outbreak.”

Virus Disease (EVD) was notified by Guinea to the World Health Organisation (WHO) on March 23rd 2014.

Building on its experience in Central Africa, MSF opened the first ETCs to support the health authorities, which faced overwhelming challenges in the face of this new and significant outbreak, which by now had been affecting rural populations for several months. But poor healthcare infrastructure, an inadequate number of national healthcare workers, a distrust of authorities and NGOs, and significant population mobility were as many barriers against efforts to control the outbreak. Secondary EVD foci were declared soon after in Sierra Leone and Liberia and, for the first time in the history of Ebola, the disease reached major urban areas and capital cities. At this time, the international community still had a wait-and-see approach, expecting the end of the epidemic in just a few months, based on experience from previous epidemics in Central and Eastern Africa. By the end of June, the health authorities of the three affected countries and the few international and local NGOs active in the field became increasingly overwhelmed by the number of new cases, compounded by significant losses of local health care workers to EVD. On June 23rd 2014, MSF announced that the epidemic was “out of control” and called for an exceptional mobilization of the governments in the West African region, and increased assistance from international aid organisations⁴. The NGO made a fervent request for more qualified medical personnel and for contact tracing and population sensitisation to be intensified. Only on August 8th 2014, after the EVD outbreak had reached Nigeria, did WHO declare a “Public Health Emergency of International Concern”⁵ triggering greater global awareness and greater external intervention. At this point in time, international humanitarian aid support increased, and additional NGOs commenced operational control of

— 3. Sylvain Baize et al., “Emergence of Zaire Ebola virus disease in Guinea”, *The New England Journal of Medicine*, n° 371, p. 1418-1425, 9 octobre 2014. http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1404505?query=featured_home&#t=articleTop

— 4. Médecins sans Frontières, *Ebola en Afrique de l'Ouest: l'épidémie s'étend et requiert une mobilisation exceptionnelle au niveau régional*, 23 juin 2014. <http://www.msf.fr/presse/communiques/ebola-en-afrique-ouest-epidemie-s-etend-et-requiert-mobilisation-exceptionnelle-a>

— 4. Médecins sans Frontières, *Ebola en Afrique de l'Ouest: l'épidémie s'étend et requiert une mobilisation exceptionnelle au niveau régional*, 23 juin 2014. <http://www.msf.fr/presse/communiques/ebola-en-afrique-ouest-epidemie-s-etend-et-requiert-mobilisation-exceptionnelle-a>

— 5. WHO statement on the 1st meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola outbreak in West Africa 8. <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-20140808/en/>

internationale⁵ » déclenchant une prise de conscience mondiale et une plus large intervention extérieure. Dès ce moment, l'aide humanitaire internationale s'accroît et d'autres ONG ouvrent de nouveaux CTE, comme GOAL Global en Sierra Leone, tandis que la Croix-Rouge française fait de même en Guinée.

Mais à l'urgence humanitaire va s'ajouter une « urgence scientifique ». Elle est déclenchée par la conjonction de deux événements. Le premier est la prise de conscience de la disponibilité de traitements expérimentaux contre la MVE: elle intervient lorsque l'un de ces traitements, le ZMapp, est employé en usage compassionnel chez deux soignants humanitaires américains, rapatriés du Liberia fin juillet 2014. Cet antiviral avait été testé chez les primates non humains, mais jamais jusqu'alors chez l'homme. Les deux soignants américains survivront, tandis qu'un de leurs collègues libérien décédera à Lagos, sous traitement antipyrétique et réhydratation, mais sans médicament expérimental. Par la suite, d'autres soignants internationaux atteints de MVE seront également rapatriés dans des centres spécialisés d'Europe et d'Amérique du Nord pour y bénéficier de soins intensifs et le plus souvent de plusieurs traitements expérimentaux. Le rôle de ces médicaments dans la guérison des malades ne peut pas être déterminé en dehors d'une étude clinique. Mais l'utilisation de traitements expérimentaux chez les patients évacués provoque un débat éthique sur l'accès équitable aux traitements dans les pays les plus touchés⁶.

« L'utilisation de traitements expérimentaux chez les patients évacués provoque un débat éthique sur l'accès équitable aux traitements dans les pays les plus touchés. »

"The use of experimental treatments for western healthcare workers provoked an ethical argument regarding equitable access to treatment, particularly in the affected countries."

ETCs, including GOAL Global in Sierra Leone and the French Red Cross in Guinea.

Alongside the humanitarian emergency there was a "scientific emergency" however, triggered by the conjunction of two events. The first was the awareness of the availability of experimental treatments for EVD. This came to the forefront when two EVD-infected American healthcare workers received one of these experimental treatments, ZMapp, following medical evacuation from Liberia at the end of July 2014. Until then, the drug had only been administered to non-human primates. The two American healthcare workers survived. By contrast, one of their Liberian colleagues died in Lagos, having received antipyretic and rehydration treatment alone and no experimental drugs. Subsequently, other international healthcare workers infected with EVD were also repatriated to specialist centres in Europe and North America to receive intensive care and, in most cases, experimental drugs. The extent to which these investigational agents may have contributed to patient outcomes cannot be determined outside of a clinical trial. However, the use of experimental treatments for western healthcare workers provoked an ethical argument regarding equitable access to treatment, particularly in the affected countries⁶. In response to the use of experimental drugs for western healthcare workers, Liberia's assistant health minister stated that it made their job very difficult, as patients and their relatives demanded the same potential treatments for EVD: "You said there was no cure for Ebola, but the Americans are curing it"⁷.

The second trigger for this "scientific emergency" stemmed from the magnitude and duration of the EVD outbreak in West Africa, which allowed, for the first time, to plan robust clinical research protocols to evaluate the efficacy of experimental treatments for EVD.

— 5. Déclaration de l'OMS sur la réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international concernant la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014, 8 août 2014. <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-20140808/fr/>

— 6. Laura Seay, "Ebola, research ethics, and the ZMapp serum", *The Washington Post*, 6 août 2014. <http://www.washingtonpost.com/blogs/monkey-cage/wp/2014/08/06/ebola-research-ethics-and-the-zmapp-serum/>

— 6. Laura Seay, "Ebola, research ethics, and the ZMapp serum", *The Washington Post*, August 6, 2014. <http://www.washingtonpost.com/blogs/monkey-cage/wp/2014/08/06/ebola-research-ethics-and-the-zmapp-serum/>

— 7. Adam Withnall, "Ebola virus: British experts urge US and WHO to 'give Africans cure'", *The Independent*, 6 August 2014, <http://www.independent.co.uk/news/world/africa/ebola-outbreak-british-experts-urge-us-and-who-to-give-africans-experimental-cure-9650937.html>

Le ministre de la Santé adjoint du Liberia déclare que cela a rendu le travail très difficile, les malades et leurs familles réclamant ces nouveaux traitements potentiels de la MVE: « Vous avez dit qu'il n'y avait pas de traitement contre Ebola, mais les Américains guérissent la maladie⁷ ».

Le second événement déclencheur de cette « urgence scientifique » tient à l'ampleur et à la durée de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest qui permet, pour la première fois, d'envisager de mener à bien des protocoles de recherche clinique rigoureux pour évaluer l'efficacité des traitements expérimentaux de la MVE.

Le 11 août, un panel d'experts internationaux est réuni par l'OMS pour examiner et évaluer les implications éthiques de l'utilisation potentielle d'interventions insuffisamment étayées et non homologuées. Ce panel déclare que « dans les circonstances particulières de cette épidémie, il est éthique d'offrir en usage compassionnel des interventions dont l'efficacité et la toxicité ne sont pas connues, en respectant les critères éthiques de transparence sur tous les aspects de soins, le consentement éclairé, la liberté de choix, la confidentialité, le respect de la personne et la préservation de sa dignité, et l'implication de la communauté⁸ ». Les experts s'accordent de manière unanime sur l'existence d'un devoir moral d'évaluer également ces interventions, pour le traitement ou la prévention, dans le cadre des meilleurs essais cliniques possibles dans ces circonstances, afin de prouver catégoriquement leur innocuité et leur efficacité ou de fournir des éléments conduisant à stopper leur utilisation.

À partir de ce moment, l'urgence scientifique s'associe à l'urgence humanitaire dans une course contre l'épidémie. Tandis que les

« L'urgence scientifique s'associe à l'urgence humanitaire dans une course contre l'épidémie. »

"The scientific urgency combined with the humanitarian emergency in a race against the epidemic."

On August 11th 2014, the WHO convened a panel of international experts to consider and assess the ethical implications of using unproven and unlicensed therapies. The experts declared that "given the particular circumstances of this outbreak, it is ethical to offer unproven interventions with as yet unknown efficacy and adverse effects, as potential treatment or prevention. Ethical criteria must guide the provision of such interventions. These include transparency about all aspects of care, informed consent, freedom of choice, confidentiality, respect for the person, preservation of dignity and involvement of the community"⁸. There was unanimous agreement amongst the experts that "there is a moral duty to also evaluate these interventions, for treatment or prevention, in the best possible clinical trials under the circumstances in order to definitively prove their safety and efficacy or provide evidence to stop their utilisation".

From that moment, the scientific urgency combined with the humanitarian emergency in a race against the epidemic. Whilst the different phases of clinical research⁹ usually take many years, it was estimated that the Ebola epidemic would last one to two years. Action had to be taken rapidly. Research stakeholders quickly met under the coordination of the WHO. Research institutions, NGOs, health industries, important research sponsors (e.g. European Commission, Wellcome Trust, Bill & Melinda Gates Foundation) and national regulatory agencies for medicines, as well as the African Vaccine Regulatory Forum - AVAREF, began unprecedented collaborations to expedite clinical trials. In general, the protocols were approved quickly by the ethics committees. But despite the speed with which the different stakeholders reacted and coordinated, the first therapeutic trials only started recruiting EVD patients in Guinea in December 2014, when that country's epidemic peak had passed. INSERM was the first to implement clinical

— 7. Adam Withnall, "Ebola virus: British experts urge US and WHO to 'give Africans cure'", *The Independent*, 6 août 2014, <http://www.independent.co.uk/news/world/africa/ebola-outbreak-british-experts-urge-us-and-who-to-give-africans-experimental-cure-9650937.html>

— 8. OMS, *Considérations éthiques liées à l'utilisation d'interventions non homologuées contre la maladie à virus Ebola*, déclaration du 12 août 2014. <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-ethical-review-summary/fr/>

— 8. WHO, *Ethical considerations for use of unregistered interventions for Ebola virus disease*, statement of the 12 August, <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-ethical-review-summary/en/>

— 9. Phase I: toxicity evaluation among healthy human volunteers, phase II: dose-ranging for safety and efficacy among few sick patients and phase III: Evaluation of efficacy against the disease in large comparative studies.

différentes phases de recherche clinique⁹ prennent habituellement de nombreuses années, les prévisions tablent sur une épidémie d'Ebola qui durerait une à deux années. Il faut donc agir vite. Les acteurs de la recherche se réunissent rapidement sous la coordination de l'OMS. Les institutions de recherche, ONG, industriels de la santé, grands bailleurs de fonds de la recherche (comme la Commission européenne, le Wellcome Trust, la Fondation Bill & Melinda Gates) et agences nationales de régulation du médicament, ainsi que l'African Vaccine Regulatory Forum (AVAREF), collaborent comme ils ne l'ont jamais fait pour accélérer les études cliniques. Les protocoles sont rapidement approuvés par les comités nationaux d'éthique. Mais malgré la réactivité des différentes parties prenantes, les premiers essais thérapeutiques ne commenceront à recruter des malades qu'en décembre en Guinée, alors que le pic épidémique est passé. L'Inserm mènera la recherche clinique sur le favirovirus en Guinée. L'université d'Oxford étudiera le brincidofovir au Liberia et le TKM-130803 en Sierra Leone. Le National Institute of Health (NIH) étudiera le ZMapp au Liberia et en Sierra Leone.

La rencontre de deux missions

Les CTE ont deux objectifs principaux: diagnostiquer et soigner les patients atteints de MVE d'une part, et isoler les malades pour protéger la population contre l'extension de l'épidémie d'autre part. Généralement la prise en charge médicale de la MVE en Afrique de l'Ouest a consisté en réhydratation et apport d'électrolytes, traitement antalgique, et traitement des co-infections bactériennes et du paludisme. Malgré cette prise en charge, la mortalité durant cette épidémie ouest-africaine a été comprise entre 29 et 67 % selon les pays¹⁰. À la fin de l'année 2014, plusieurs CTE débutent la mise en œuvre de la recherche thérapeutique contre la MVE. Pour de nombreuses ONG, collaborer à la recherche thérapeutique en pleine épidémie est une première.

— 9. Phase I: évaluation de la toxicité chez l'homme sain, phase II: détermination de la posologie efficace chez le malade et phase III: évaluation de l'efficacité contre la maladie dans de grandes études comparatives.

— 10. WHO, <http://apps.who.int/ebola/ebola-situation-reports>, consulté le 19 septembre 2015.

« Pour de nombreux personnels de santé humanitaires, frustrés de ne pas avoir pu sauver plus de vies avec les stratégies thérapeutiques disponibles, l'espoir en ces traitements expérimentaux est immense. »

“For many humanitarian healthcare workers, frustrated at not being able to save more lives with current treatment strategies, the promise of potential treatments gave hope.”

research on favipiravir in Guinea, whilst Oxford University followed with brincidofovir in Liberia and TKM-130803 in Sierra Leone, and the National Institute of Health (NIH) subsequently started investigated ZMapp in Liberia and Sierra Leone.

The encounter of two missions

ETCs serve two main purposes: to diagnose, care for and treat patients with EVD, and to isolate patients with EVD to prevent the spread of the epidemic. In general the management of EVD in West Africa has consisted of rehydration, electrolyte replacement, analgesia, and the treatment of co-infections such as bacterial sepsis and malaria. Despite such treatment, mortality has ranged between 29% and 67% during the West Africa outbreak, depending on the country¹⁰. At the end of 2014, several ETCs began implementing therapeutic EVD research. For many NGOs, collaborating with clinical research during an outbreak was a new experience. For many humanitarian healthcare workers, frustrated at not being able to save more lives with current treatment strategies, the promise of potential treatments gave hope.

However, when the standard method for evaluating the efficacy of a new drug – the placebo-controlled randomised trial¹¹ – was proposed by some members of the scientific community, MSF objected: “those who are most in need should have access to the product under investigation. Trials for treatments should not include a placebo and exposed and vulnerable people in Ebola-affected and low-resource settings shouldn't be led to think they are being treated when they're not”¹². Such a position was supported by the excellent survival rates observed in non-human primate models of EVD for the most promising agents, and by the use of several experimental treatments for Ebola workers treated in Europe and North America without knowledge of safety or effective-

— 10. WHO, <http://apps.who.int/ebola/ebola-situation-reports>, last consulted 19/9/2015.

— 11. In this type of clinical trial, there is a random drawing to appoint the participants in a group that will receive the experimental drug or a group that will receive a placebo. This method allows evaluating the real efficacy of the drug.

— 12. MSF, October 17, 2014, <http://www.doctorswithoutborders.org/article/ebola-experimental-treatments-and-vaccines>

Pour de nombreux personnels de santé humanitaires, frustrés de ne pas avoir pu sauver plus de vies avec les stratégies thérapeutiques disponibles, l'espoir en ces traitements expérimentaux est immense.

Mais lorsque la méthode classique d'évaluation d'un médicament nouveau – l'essai comparatif randomisé avec groupe placebo contrôlé¹¹ – est proposée par certains membres de la communauté scientifique, MSF s'y oppose: ceux qui en ont le plus besoin devraient avoir accès aux produits en cours d'investigation; les essais thérapeutiques ne devraient pas inclure de placebo et les personnes vulnérables exposées dans les pays à faibles ressources affectés par Ebola ne devraient pas penser qu'elles sont traitées alors qu'elles ne le sont pas¹². Cette position est d'autant plus compréhensible que d'excellents taux de survie ont été observés chez les primates non humains avec les traitements les plus prometteurs, et que plusieurs traitements potentiels ont été proposés en usage compassionnel aux soignants rapatriés en Europe et en Amérique du Nord sans en connaître ni l'innocuité, ni l'efficacité réelle dans la MVE humaine. La position de MSF est celle du respect de l'éthique médicale.

Du côté scientifique, utiliser un médicament n'ayant prouvé ni son innocuité, ni son efficacité pose un problème éthique. L'usage compassionnel d'un médicament en cours d'investigation est toléré au cas par cas, mais est difficile à justifier en usage généralisé sans évaluation appropriée. C'est ce qu'ont pointé les experts réunis par l'OMS le 11 août 2014 pour étudier les aspects éthiques liés à l'utilisation des traitements expérimentaux de la MVE. Le panel a recommandé de mener les meilleurs essais cliniques possibles dans ces circonstances exceptionnelles, afin de prouver l'efficacité et l'innocuité des traitements les plus prometteurs.

Du point de vue du législateur, un nouveau traitement ne peut pas être considéré plus ef-

veness in humans with EVD. The position of MSF was primarily to make sure that medical ethics be respected.

From a scientific perspective, exposing a patient to a medication that lacks appropriate, disease-specific safety and effectiveness data is also an ethical concern, however. Compassionate use of an investigational product may be permitted on a case-by-case basis, but it would be difficult to justify a blanket approval of compassionate use that could jeopardise the chances of assessing a potential treatment. Indeed, this was pointed out by the expert panel convened by the WHO on August 11th 2014 to assess ethical considerations relating to the use of experimental treatments for EVD. The panel recommended that the best possible clinical trials, appropriate to the exceptional circumstances, should be implemented to assess efficacy and safety of the most promising potential treatments.

From a regulatory perspective, a new treatment cannot be said to be more effective than a placebo until efficacy has been demonstrated stringently, and a controlled randomised trial of an investigational drug versus placebo, or versus the best available drug, is the standard method in clinical trials. However, the exigency of a research protocol is very much part of scientific ethics and the risk of failing to reach the research objective within the narrow time frame of an outbreak must be minimised. Therefore, alternative pragmatic designs needed to be considered alongside traditional designs. A project of limited quality that doesn't answer the research question is a waste of resources and may mean that important research opportunities are missed, in addition to failing those who take part in the study. Therefore, the ethical evaluation of a research protocol should also include thorough assessments of scientific quality and the likelihood that study endpoints can be met. This is the debate that took place, the pros and cons of randomised and non-randomised controlled trials, in the context of the West African EVD epidemic. Some researchers have proposed that randomised controlled trial designs are the



**CHRISTOPHE
LONGUET**



**ALEX
SALAM**



**JAKE
DUNNING**

— 11. Dans ce type d'essai clinique, un tirage au sort désigne les personnes qui recevront le traitement expérimental et celles du groupe contrôle qui recevront un placebo. Cette méthode permet de s'assurer que le médicament étudié a une réelle efficacité.

— 12. MSF, October 17, 2014, <http://www.doctorswithoutborders.org/article/ebola-experimental-treatments-and-vaccines>

ficace qu'un placebo tant que cela n'a pas été démontré rigoureusement. L'étude randomisée contre groupe placebo contrôle, ou contre le meilleur traitement possible, est la méthode classique de la recherche clinique. Cependant l'exigence de qualité d'un protocole de recherche fait partie de l'éthique scientifique et le risque de ne pas pouvoir atteindre l'objectif de la recherche, dans le temps limité d'une épidémie, doit être minimisé. De ce fait, des approches alternatives pragmatiques auraient dû être considérées en parallèle des approches traditionnelles. Un projet de qualité limitée qui ne répond pas à la question faisant l'objet de la recherche constitue un gaspillage de ressources et peut signifier des opportunités de recherche importantes ignorées, en plus de tromper ceux qui prennent part à l'étude. Par conséquent l'évaluation éthique d'un protocole doit aussi inclure une étude soignée de ses qualités scientifiques et de la probabilité que ses critères d'analyses finaux soient atteints. C'est ce débat entre étude thérapeutique randomisée et non randomisée qui a eu lieu dans le contexte de l'épidémie d'Ebola ouest-africaine. Certains chercheurs ont prôné la nécessité des études randomisées¹³. D'autres ont estimé qu'elles n'étaient ni éthiques ni capables de donner des résultats dans le contexte et le temps de l'épidémie d'Ebola¹⁴.

Face aux contraintes organisationnelles et de temps, les scientifiques ont dû regarder au-delà des traditionnelles études contrôlées randomisées. Les concepts d'étude adaptative¹⁵ et d'approche multi-phases¹⁶ ont fait leur apparition dans le débat, comme solutions permettant de gagner du temps pour accéder à un traitement efficace.

— 13. Edward Cox *et al.*, "Evaluating Ebola therapies – The case for RCTs", *The New England Journal of Medicine*, 18 décembre 2014, <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1414145>

— 14. Clément Adebamowo *et al.*, "Randomised controlled trials for Ebola: practical and ethical issues", *The Lancet*, vol. 384, 18 octobre 2014, [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61734-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61734-7.pdf)

— 15. Simone Lanini *et al.*, "Are adaptive randomised trials or non-randomised studies the best way to address the Ebola outbreak in west Africa?", *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 15, juin 2015, [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099\(15\)70106-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099(15)70106-4.pdf)

— 16. Ben S. Cooper *et al.*, "Evaluating Clinical Trial Designs for Investigational Treatments of Ebola Virus Disease", *PLOS Medicine*, DOI:10.1371/journal.pmed.1001815 April 14, 2015

« Face aux contraintes organisationnelles et de temps, les scientifiques ont dû regarder au-delà des traditionnelles études contrôlées randomisées. »

"Faced with logistical and time-dependent challenges associated with an EVD outbreak, scientists had to look beyond traditional RCTs."

obvious and only choice¹³, whereas others have questioned whether RCTs are ethically appropriate or capable of delivering results within the context and timescale of an EVD outbreak¹⁴.

Faced with logistical and time-dependent challenges associated with an EVD outbreak, scientists had to look beyond traditional RCTs. The concepts of adaptive randomised trial¹⁵ and of Multi-Stage Approach¹⁶ have been introduced in the debate as solutions enabling faster access to effective treatment. They allow, within the framework of an evolving study design integrating several research phases, to immediately analyse and use the results obtained during the course of the research implementation.

Separate studies of favipiravir, brincidofovir, and TKM-130803, implemented by INSERM and the University of Oxford at ETCs in Guinea, Liberia and Sierra Leone, have offered access to experimental drugs (in addition to standard care) to all participants without randomisation. The results obtained will be compared to expected death rates derived from large historical control data sets obtained from the same outbreak. The brincidofovir trial was terminated for logistical reasons after recruiting for four weeks¹⁷, whereas the TKM-130803 trial reached a pre-specified endpoint in less than three months and

— 13. Edward Cox *et al.*, "Evaluating Ebola Therapies – The Case for RCTs", *n engl j med* 371; 25 *nejm.org* december 18, 2014, <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1414145>

— 14. Clement Adebamowo *et al.*, "Randomised controlled trials for Ebola: practical and ethical issues", *www.thelancet.com* Vol 384 October 18, 2014, [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61734-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61734-7.pdf)

— 15. Simone Lanini *et al.*, "Are adaptive randomised trials or non-randomised studies the best way to address the Ebola outbreak in west Africa?", *www.thelancet.com/infection* Vol 15 June 2015 [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099\(15\)70106-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099(15)70106-4.pdf)

— 16. Ben S. Cooper *et al.*, "Evaluating Clinical Trial Designs for Investigational Treatments of Ebola Virus Disease", *PLOS Medicine* | DOI:10.1371/journal.pmed.1001815 April 14, 2015 <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001815>

— 17. Wellcome Trust-funded Ebola treatment trial stopped in Liberia, <http://www.wellcome.ac.uk/News/Media-office/Press-releases/2015/WTP058609.htm>

Ces études permettent d'analyser et utiliser immédiatement, dans le cadre d'un schéma évolutif, les résultats générés tout au long de la mise en œuvre de la recherche qui comprend plusieurs phases.

Les études thérapeutiques distinctes concernant le favipiravir, le brincidofovir et le TKM-130803, mises en œuvre par l'Inserm et l'université d'Oxford en Guinée, au Liberia et en Sierra Leone, ont offert l'accès au médicament expérimental (en plus des soins standards) à tous les participants, sans randomisation. Les résultats obtenus seront comparés à des taux de décès attendus dérivés de données historiques contrôles obtenues de la même épidémie. L'essai du brincidofovir sera interrompu pour des raisons logistiques après quatre semaines de recrutement¹⁷. L'étude du TKM-130803 atteindra un des critères prédéfinis en moins de trois mois et cessera le recrutement en conséquence¹⁸. Des résultats intermédiaires de l'étude du favipiravir ont été annoncés début 2015¹⁹. Une étude du ZMapp sera menée par le NIH initialement dans des CTE du Liberia puis de Sierra Leone. Cette étude ouverte de phase I/II suivra un schéma traditionnel d'étude contrôlée randomisée, avec la possibilité de progresser vers des comparaisons par paires de nouvelles interventions une fois que l'évaluation initiale du Zmapp aura été complétée. Dans cet essai les patients sont randomisés en soins standards ou soins standards associés au ZMapp. Avec la diminution des cas de MVE observée en 2015, l'étude ZMapp et d'autres études thérapeutiques en cours font face au défi du recrutement suffisant des patients pour atteindre les critères de résultats prédéfinis et produire des conclusions valables.

Les défis de mise en œuvre de la recherche en CTE

Malgré les campagnes de communication expliquant l'intérêt pour les personnes sus-

ceased recruitment accordingly¹⁸. Interim results from the favipiravir study were announced in early 2015¹⁹. A trial assessing ZMapp is being conducted by the NIH, initially recruiting patients at ETCs in Liberia and then in Sierra Leone. This open-label phase I/II study follows a traditional randomised controlled trial design, with the ability to progress to pairwise comparisons of novel interventions once the initial ZMapp assessment phase has been completed. Patients in this trial are randomised to standard care, or standard care and ZMapp. With the decrease in EVD cases seen in 2015, the ZMapp trial and other continuing treatment trials now face the challenge of recruiting enough patients to meet predefined endpoints and produce meaningful conclusions.

Challenges in implementing research in the ETC

Despite communication campaigns highlighting the advantages for people with suspected EVD of accessing medical care at an ETC as quickly as possible, resistance and fear towards ETCs and medical personnel have remained high amongst some populations. Rumours still persist in some areas contributing to the continuation of the epidemic. Such rumours are easy to understand given the management of patients with EVD at the start of the outbreak, which was often palliative. Still now, despite the best supportive care possible under the circumstances, only between one third and two thirds of the patients admitted to an ETC with EVD walk out again. Early in the outbreak, the social, psychological, and cultural aspects of managing EVD patients were also often overlooked. Relatives had little opportunity to visit and communicate with their sick family members whilst they were in the ETC; burials were often conducted without regard for traditional funeral rites and the wishes of family members; and there was little access to psychosocial support. These initial mistakes contributed, at least in part, to long lasting suspicions about NGOs and healthcare

— 17. "Wellcome Trust-funded Ebola treatment trial stopped in Liberia", <http://www.wellcome.ac.uk/News/Media-office/Press-releases/2015/WTP058609.htm>

— 18. Helen Branswell, "Trial of Canadian Ebola drug stopped after no overall benefit shown", *Toronto – The Canadian Press*, 19 juin 2015, <http://www.theglobeandmail.com/news/national/trial-of-canadian-ebola-drug-stopped-no-overall-benefit-shown-from-tkm-ebola/article25035127/>

— 19. INSERM press release, <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/ebola-resultats-preliminaires-de-l-essai-jiki-pour-tester-l-efficacite-du-favipiravir>

— 18. Helen Branswell, "Trial of Canadian Ebola drug stopped after no overall benefit shown", *Toronto – The Canadian Press*, Jun. 19, 2015, <http://www.theglobeandmail.com/news/national/trial-of-canadian-ebola-drug-stopped-no-overall-benefit-shown-from-tkm-ebola/article25035127/>

— 19. INSERM press release, <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/ebola-resultats-preliminaires-de-l-essai-jiki-pour-tester-l-efficacite-du-favipiravir>

pectes de MVE de se rendre en CTE le plus rapidement possible pour s'y faire soigner, les réticences et les craintes des populations envers les centres et les personnels médicaux sont fortes. Des rumeurs ont couru et circulent encore par endroits, contribuant à la continuation de l'épidémie. Ces rumeurs s'expliquent par la prise en charge médicale initiale des patients atteints de MVE souvent uniquement palliative. Malgré les meilleurs soins possibles dans de telles circonstances, entre un tiers et deux tiers des personnes admises en CTE n'en sont pas revenues. Au début de l'épidémie, les aspects culturels, psychologiques et sociaux de la prise en charge des patients ont souvent été négligés. Les proches avaient peu d'occasions de visiter et communiquer avec les membres de leur famille en CTE, les enterrements étaient souvent faits sans respecter les rites funéraires et les souhaits des familles, et il y avait peu de soutien psychosocial. Ces erreurs initiales ont contribué, au moins en partie, aux suspicions persistantes envers les ONG et les personnels de santé des CTE. Les conditions d'information et de consentement à participer à la recherche clinique d'une personne atteinte de MVE sont donc difficiles. Habituellement épuisés, ayant souvent perdu des membres de leur famille, les patients admis par un personnel soignant masqué et en tenue de protection intégrale sont en état de stress extrême. Le respect de toutes les procédures pour protéger les personnes participant à la recherche s'impose, même si elles peuvent sembler lourdes, et la durée du consentement très longue au regard de l'état de santé du participant et des conditions de travail défavorables pour le personnel. Les protocoles de recherche peuvent ainsi être mal compris par l'équipe des soignants, si elle n'est pas familiarisée aux nécessités de la recherche. La communication entre équipes de recherche et de soins est donc d'une importance capitale. Bien expliquer les objectifs et les limites de l'étude à tous les soignants, y compris les psychologues et travailleurs sociaux qui sont un lien important avec l'entourage du malade, est essentiel pour éviter tout malentendu.

Le suivi des malades en protocole de recherche diffère du schéma habituel de suivi des soins. Une plus grande présence auprès du malade est nécessaire pour surveiller l'évolution sous traitement, notamment l'apparition éventuelle d'effets indésirables graves souvent très difficiles à distinguer de

« Le respect de toutes les procédures pour protéger les personnes participant à la recherche s'impose, même si elles peuvent sembler lourdes. »

“The checks and balances to protect potential subjects must be particularly strict, even though they may seem heavy.”

workers in ETCs, which in turn have resulted in challenging conditions for obtaining informed consent from EVD patients to participate in clinical research. Usually exhausted, having often lost several relatives, and faced with medical personnel in full personal protective equipment, the patients are in conditions of extreme distress. The checks and balances to protect potential subjects must be particularly strict, even though they may seem heavy and the duration of the consent very long, given the health status of the participants and the unfavourable conditions for researchers and healthcare workers. Protocols may be misunderstood by healthcare workers if they are not acquainted with the requirements of research. Therefore, good communication between the researchers and ETC staff is of paramount importance. Explaining the design, aims and limitations of a study to all healthcare workers, including psychologists and social workers, who are an important link with patients and their relatives, is essential to avoid misunderstanding.

The monitoring of a research subject differs from the usual medical care of a patient. A closer monitoring of subjects is necessary to identify the onset of potential serious adverse events, which may be difficult to differentiate from the manifestations of EVD itself. Once again, good coordination and communication between researchers and healthcare workers is essential in this regard. It requires sharing the patient's health information and the biological results to avoid duplication of blood and data collection. The ETC is thus a place where the different teams really meet around a combined project of care and research.

The EVD outbreak in West Africa has represented an opportunity for an encounter between two worlds, on the one hand that of humanitarian action and the other that of medical research. As a result of the ethical issues that it has raised, the West African EVD outbreak has led to novel and creative ways of devising and implementing clinical research in outbreak situations. Firstly, it has fostered novel collaborations between researchers, humanitarian organisations, the pharmaceutical industry and regulators, to accelerate the phases of research while preserving the quality of the clinical trials process and protecting participants.

la MVE elle-même. Là encore, la bonne coordination entre les équipes de recherche et de soins est indispensable. Elle nécessite de partager les informations sur l'état du malade et les résultats biologiques pour ne pas dupliquer les prélèvements sanguins et la collecte d'information. Le CTE est donc un véritable lieu de rencontre entre les équipes autour d'un projet mixte, de soins et de recherche.

L'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest a été l'opportunité d'une rencontre entre deux mondes, celui de l'humanitaire et celui de la recherche. Par les défis éthiques qu'elle a soulevés, cette épidémie a permis de repousser les frontières de la réflexion et de la mise en œuvre de la recherche clinique en situation d'urgence épidémique. D'une part, elle a provoqué de nouvelles collaborations entre chercheurs, humanitaires, industriels et instances de régulation pour accélérer les étapes de la recherche, tout en préservant la qualité du processus d'essais cliniques et la protection des personnes. D'autre part, elle a entraîné un débat fructueux entre les acteurs de soins et ceux de la recherche, conduisant à une adaptation des standards de recherche clinique, pour permettre, par des protocoles innovants, de tenter à la fois de répondre aux questions d'efficacité et d'innocuité thérapeutique, et de donner le maximum de chance aux malades d'accéder aux traitements expérimentaux, d'une manière acceptable dans les pays touchés. Les résultats des différents essais cliniques ne sont pas tous publiés mais il est d'ores et déjà compris que de nouvelles solutions thérapeutiques devaient être étudiées, par exemple des combinaisons d'antiviraux et des traitements immunologiques visant à protéger des effets immunopathologiques secondaires à l'infection par le virus Ebola.

Aurait-on pu faire avancer autrement la recherche thérapeutique lors de cette épidémie? Il y a plusieurs réponses possibles à cette question et une analyse détaillée sera nécessaire, lorsque l'épidémie sera terminée et que les résultats des différents essais seront disponibles. Disons-le, deux écueils ont été évités: celui du « cobaye africain », qui aurait inévitablement été évoqué si les médicaments expérimentaux avaient été utilisés massivement en dehors de protocoles répondant aux exigences de la recherche.

« L'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest a été l'opportunité d'une rencontre entre deux mondes, celui de l'humanitaire et celui de la recherche. »

"The EVD outbreak in West Africa has represented an opportunity for an encounter between two worlds, on the one hand that of humanitarian action and the other that of medical research."

Secondly, it has resulted in a fruitful debate among healthcare workers and researchers, leading to the adaptation of clinical research methods and the use of innovative study designs to try and answer questions of drug efficacy and safety whilst optimising the opportunities for patients with EVD to receive experimental treatments, in a way that is most acceptable to the countries affected. The results of the different clinical trials are not all published, but it is already clear that other treatment options need to be considered, for example antiviral combinations and immunomodulatory treatments aiming to mitigate the immunopathology that occurs secondary to ebolavirus infection.

What could we have done differently to advance the therapeutic research agenda during this outbreak? There are many potential answers to this question and a detailed analysis is required once the epidemic has ended and the different trials have reported their findings. Needless to say, two pitfalls have been avoided: the accusation that patients were treated as "Guinea pigs", which could have arisen if experimental drugs had been administered on a large scale outside of rigorous research protocols; and the accusation that patients in West Africa were being deprived of potentially life-saving medicines, even though the arrival of experimental drugs in the field took some time.

Several important future challenges remain however. One is the ability to react rapidly in the context of an outbreak and implement research. This is the objective of initiatives such as, ISARIC²⁰ – the International Severe Acute Respiratory and emerging Infection Consortium – which aims to ensure that clinical researchers have the open access protocols and data-sharing processes needed to facilitate a rapid response to emerging diseases that may turn into epidemics or pandemics; GLOPID-R²¹, which brings together research funding organisations from a dozen countries to facilitate an effective and rapid research response following an outbreak; and REACTING²², an international initiative aiming at promptly mobilising research teams and pro-

— 20. ISARIC, <https://isaric.tghn.org/>

— 21. GLOPID-R, <http://www.glopid-r.org/>

— 22. REACTING, <http://www.aviesan.fr/fr/aviesan/accueil/toute-l-actualite/ebola-le-point-sur-la-recherche-en-france>

Et l'accusation du malade africain privé du médicament salvateur, même si l'arrivée sur le terrain des traitements expérimentaux a tardé.

Quelques défis importants pour la recherche demeurent cependant. L'un concerne la réactivité pour la mise en œuvre de la recherche en situation d'épidémie. C'est l'objectif d'initiatives comme ISARIC²⁰ – International Severe Acute Respiratory and Emerging Infection Consortium – visant à permettre l'accès des chercheurs aux protocoles et aux procédés de partage des données pour faciliter une réponse rapide aux maladies émergentes qui peuvent devenir des épidémies ou des pandémies, comme GloPID-R²¹, qui coordonne des organisations de plus de douze pays finançant la recherche pour faciliter la mise en œuvre d'une réponse efficace et rapide de recherche en cas d'épidémie, et comme REACTing²², initiative internationale visant à mobiliser rapidement les équipes et les projets de recherche en cas d'émergence infectieuse. L'autre défi critique pour le futur n'a été que faiblement pris en compte pendant l'épidémie ouest-africaine. Il s'agit de l'intégration de la réponse humanitaire et de la recherche, avec le renforcement des facilités et infrastructures dans des pays aux ressources limitées, tant en termes de recherche que de soins, afin de leur permettre de mieux faire face de manière autonome à de futures épidémies.

*Traduit de l'anglais par les auteurs,
sous la coordination de Christophe Longuet*

— 20. ISARIC, <https://isaric.tghn.org/>

— 21. GloPID-R, <http://www.glopid-r.org>

— 22. REACTing, <http://www.aviesan.fr/fr/aviesan/accueil/toute-l-actualite/ebola-le-point-sur-la-recherche-en-france>

jects in case of emerging infectious diseases. The other critical future challenge, and one which was poorly addressed during the West African EVD outbreak, is the integration of the humanitarian and research response with the strengthening of facilities and infrastructures in countries with limited resources, both in terms of research and healthcare, to better deal with future outbreaks autonomously. This is a key area that needs to be addressed in future outbreaks.

Biographies

CHRISTOPHE LONGUET

Docteur en médecine, diplômé en santé publique et médecine tropicale. Il est depuis 2007 directeur médical de la Fondation Mérieux et depuis 2014 membre du Comité d'éthique de l'Inserm. Il conserve une activité clinique sur le VIH et la médecine des voyages dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital de la Croix-Rousse à Lyon et participe à l'enseignement de la médecine humanitaire et de la santé internationale au sein des universités Claude Bernard, Lyon, Pierre et Marie Curie et Denis Diderot, Paris. Il a participé, comme clinicien et conseiller médical, à l'ouverture du centre de traitement Ebola (CTE) de Macenta, Guinée, géré par la Croix-Rouge française en novembre 2014 et à la recherche clinique avec le Centre for Tropical Medicine and Global Health de l'université d'Oxford au centre de traitement Ebola de Mathaska, Sierra Leone, en mai 2015.

Medical doctor, specialising in Public Health and Tropical Medicine. Since 2007 he has been the medical director of the Mérieux Foundation. In 2014, he became member of the INSERM Ethics Committee. He keeps a clinical activity at the Infectious Diseases Department of Croix Rousse Hospital in Lyon, and contributes to the teaching of Humanitarian Medicine and International Health at the universities of Claude Bernard, Lyon, Pierre & Marie Curie and Denis Diderot, Paris. He participated, as a clinician and medical advisor, in the opening of the Ebola Treatment Centre of Macenta, Guinea, with the French Red Cross in November 2014, and in clinical research with the Centre for Tropical Medicine and Global Health, University of Oxford, at the Mathaska Ebola Treatment Centre, Sierra Leone, in May 2015.

ALEX SALAM

Médecin spécialisé en médecine interne et maladies infectieuses au Royaume-Uni. Il travaille actuellement au National Institute for Health Research (NIHR) / Crick en tant que Clinical Research Fellow au King's College et au Francis Crick Institute. En décembre 2014 et janvier 2015, il a été clinicien et conseiller médical au centre de traitement Ebola de Kerry Town, Sierra Leone, avec Save the Children. De mars à juin 2015, il a été directeur médical au centre de traitement Ebola de Mathaska avec GOAL Global.

Specialist Registrar in Infectious Diseases and General Internal Medicine, based in London. He is currently a NIHR/Crick Clinical Research Fellow based at King's College London and the Francis Crick Institute, and the Ebola Clinical Research Supervisor for GOAL Global. In December 2014 and January 2015 he was a doctor and clinical advisor at the Kerry Town Ebola Treatment Centre in Sierra Leone with Save the Children. From March 2015 to June 2015 he was the medical director of the Mathaska Ebola Treatment Centre with GOAL Global.

JAKE DUNNING

Consultant en médecine interne et maladies infectieuses et senior clinical researcher au Centre for Tropical Medicine and Global Health de l'université d'Oxford. Ses travaux de recherche concernent les infections émergentes et ré-émergentes, notamment l'étude des mécanismes pathogéniques et des caractéristiques cliniques, en plus de la réalisation d'études cliniques sur les thérapeutiques potentielles durant les épidémies. Depuis octobre 2014, il a travaillé en Afrique de l'Ouest comme clinicien en chef pour les études cliniques RAPIDE d'évaluation de traitements potentiels de la maladie à virus Ebola. En tant que membre d'ISARIC (International Severe Acute Respiratory and Emerging Infection Consortium), il est engagé dans l'amélioration de la recherche durant les épidémies.

Consultant in Infectious Diseases and General Internal Medicine, and a Senior Clinical Researcher at the Centre for Tropical Medicine and Global Health, University of Oxford. His research focuses on emerging and re-emerging infections, including studies of pathogenic mechanisms and clinical characteristics, in addition to performing clinical trials of potential therapeutics during outbreaks. Since October 2014, he has worked in West Africa as the Lead Clinician for the RAPIDE clinical trials of potential treatments for Ebola virus disease. As a member of ISARIC (International Severe Acute Respiratory and Emerging Infection Consortium), he is committed to improving outbreak research.





TRANSITIONS

TRANSITIONS

Haïti, ou l'éthique humanitaire en question

Haiti, or humanitarian ethics under question

Jean-François Mattei • Fonds Croix-Rouge française



Le récent tremblement de terre, ou plutôt la succession de séismes, au Népal le confirme: l'action humanitaire est de plus en plus soumise à la critique. L'accusation de « cirque humanitaire », alors volontiers proférée dans les médias – qu'elle soit fondée ou exagérée et donc elle-même sujette à discussion –, doit interpellier la communauté de l'aide. Le moment fondateur de cette critique est sans doute le tsunami de 2004 en Asie du Sud-Est, à la mesure du traumatisme provoqué par cette crise majeure. Entre ces deux événements, le séisme en Haïti de 2010 n'a pas échappé à cette « mise en question » que Jean-François Mattei formule ici en termes d'éthique. Une éthique de l'action qui a vocation à s'appliquer pour d'autres catastrophes qui, malheureusement, surviendront. En somme, par ce retour sur une crise paroxystique, l'actuel président du Fonds Croix-Rouge française invite à une « mise en prospective » à la hauteur des enjeux actuels et à venir de l'action humanitaire.

The recent earthquake, or rather the succession of earthquakes in Nepal, confirms that fact: humanitarian action is increasingly subject to criticism. The charge of “humanitarian circus”, willingly uttered in the media - whether founded or exaggerated and therefore itself debatable - challenges the humanitarian community. The founding moment of this criticism is undoubtedly the 2004 tsunami in Southeast Asia. Between these two events, the 2010 earthquake in Haiti did not escape this “questioning” that Jean-François Mattei addresses here in terms of ethics. An ethic of action that intends to apply for other disasters, which will unfortunately occur. In short, by revisiting to a paroxysmal crisis, the president of the French Red Cross Fund invites us to a “prospective view” about the current and future challenges of humanitarian action.



Le tremblement de terre survenu le 12 janvier 2010 en Haïti est singulier à plus d'un titre. D'une magnitude de 7,3 avec un épicentre proche de Port-au-Prince, il s'est avéré d'une extrême gravité: plus de 200 000 morts, autant de blessés, une grande partie de la capitale effondrée et 1,5 million de personnes privées d'habitation. Mais surtout, il a frappé un pays d'une très grande vulnérabilité au plan économique et politique: nombre d'organisations humanitaires se trouvaient à pied d'œuvre depuis des années pour venir en aide à des populations vulnérables dans un des pays les plus pauvres du monde souffrant d'une instabilité politique n'ayant pas permis d'installer durablement une véritable démocratie après des décennies de dictature. En outre, la catastrophe est survenue au moment où s'amorçait une campagne électorale présidentielle. Or toute période de transition politique s'avère peu compatible avec des décisions fortes.

Haïti: symbole d'un humanitaire à la croisée des chemins

Dès la phase d'urgence, la question de l'étape suivante a préoccupé les esprits. Désigné par la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) avec trois autres personnes pour suivre l'évolution des opérations, je me suis rendu régulièrement en Haïti pendant quatre ans. Il s'agissait de procéder à des évaluations sur le terrain, mais aussi de rencontrer les décideurs internationaux et les responsables politiques pour apprécier le passage des promesses à des actes concrets.

Malgré des conditions difficiles peu propices à des actions rapides, les programmes de production d'eau potable, de distribution alimentaire, l'organisation de la vie dans les camps, mais aussi de centres de soins et les projets de réhabilitation de logements endommagés se déroulaient selon un rythme satisfaisant si l'on tient compte de l'absence totale de plan directeur politique. Entre autres, il n'existait pas de cadastre, pas de plan d'occupation des sols, pas de zones d'aménagement concerté. Pourtant, malgré des efforts considérables et des réalisations concrètes appréciées des Haïtiens, nous avions connaissance de propos critiques et parfois même blessants tenus par certaines personnalités du pays sur l'action

« Malgré des efforts considérables et des réalisations concrètes appréciées des Haïtiens, nous avons connaissance de propos critiques et parfois même blessants tenus par certaines personnalités du pays sur l'action humanitaire. »

“Despite considerable efforts and tangible accomplishments appreciated by Haitians, we were aware of criticism, sometimes hurtful, expressed by Haitian personalities concerning humanitarian action.”

The earthquake that hit Haiti January 12th 2010 is peculiar for more than one reason. With a magnitude of 7.3 and an epicenter close to Port au Prince, it turned out to be of an extreme gravity: more than 200,000 deaths, just as many wounded, a large part of the capital destroyed and 1.5 million people deprived of a dwelling. But mostly, it hit a high vulnerability country from an economic and political point of view: numerous humanitarian organisations were on the spot for years to aid vulnerable populations in one of the poorest countries in the world suffering from a political instability that prevented active democracy from taking root after decades of dictatorship. Besides, the catastrophe occurred at the time that a presidential election campaign was just beginning, and all political transition periods are not then very compatible with strong decisions.

Haiti: symbol of the humanitarian action at the crossroads

As early as the emergency phase, the question of the next stage was a preoccupation for all minds. Designated by the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) alongside three other persons to follow the evolution of operations, I returned regularly to Haiti for four years. The aim was to proceed to field evaluations but also to meet international decision makers and politicians so as to appreciate the transition from promises to tangible acts.

In spite of difficult conditions inadequate for rapid action, the programs for production of drinking water, food distribution, organisation of life in the camps but also of health centres and rehabilitation projects for damaged dwellings were rolling out at a satisfactory pace, notwithstanding the total absence of a political master plan. In particular, there existed no land survey, no urban planning, no joint zoning areas. Nonetheless, despite considerable efforts and tangible accomplishments appreciated by Haitians, we were aware of criticism, sometimes hurtful, expressed by Haitian personalities concerning humanitarian action. Like others¹, I was able to see that a serious misunderstanding was setting in between Haitians and humanitarian organisations.

— 1. Revue *Humanitaire*, Haiti Dossier: « Exiting from humanitarian dependency ? », number 27, December 2010.

humanitaire. Comme d'autres¹, j'ai rapidement pu constater que s'installait un grave malentendu entre les Haïtiens et les organisations humanitaires.

Cette constatation a retenu mon attention, car depuis quelque temps, je m'interrogeais sur les conditions de nos interventions, en Afrique comme en Asie, sur leur légitimité, la compréhension qu'en avaient les « bénéficiaires » et la façon dont ces actions étaient perçues. Je sentais monter un désir d'émancipation de plus en plus marqué. Certes, les Haïtiens que nous aidions nous réservaient toujours un bon accueil sur le terrain. Pourtant, quelque chose que j'avais du mal à discerner se passait. J'ai donc rencontré un certain nombre de personnalités afin de les interroger sur Haïti et ses habitants et sur la façon dont elles ressentaient l'action humanitaire mise en œuvre après le séisme². Elles m'ont, toutes, sans exception, conforté dans l'idée que l'humanitaire était bien à la croisée des chemins et que l'éthique devrait y jouer un rôle capital³.

L'éthique est encore peu connue dans le monde humanitaire. Jugée trop éloignée des réalités du terrain, elle est souvent confondue avec la morale et la déontologie, sinon avec la philosophie et relève donc du domaine des « académiques ». Pourtant l'éthique a sa propre histoire. Après les atrocités de la Seconde Guerre mondiale, l'émergence d'une nouvelle conscience éthique a marqué la volonté d'un changement radical des comportements, inspiré par le souci de respecter, en toutes circonstances, l'égalité digne de chaque être humain. Immédiatement mise à l'épreuve de la révolution médicale et scientifique survenue dans la deuxième moitié du xx^e siècle, son efficacité pratique a été largement démontrée. En s'imposant concrètement, elle a construit son identité et affirmé la spécificité de son champ de réflexion autour

« L'éthique est encore peu connue dans le monde humanitaire. Jugée trop éloignée des réalités du terrain, elle est souvent confondue avec la morale et la déontologie, sinon avec la philosophie. »

“Ethics are not that well known in the humanitarian community. Considered to be too distant from field realities, they are often confused with morals and deontology if not philosophy.”

This recognition retained my attention because for quite some time I was questioning myself about the conditions of our interventions in Africa as in Asia, their legitimacy, the understanding that the beneficiaries had concerning these and the way in which these actions were perceived. I felt a more and more pronounced desire for emancipation arising. Of course the Haitians that we were helping always reserved us a warm welcome on the field. Nonetheless, something that I was at difficulty in discerning was going on. I thus met a certain number of personalities so as to ask them questions about Haiti, the Haitians and the way they felt about humanitarian action implemented after the earthquake². Without exception, they all comforted me in the idea that humanitarian action was at a crossroads and that ethics should play here a capital role³.

Ethics are not that well known in the humanitarian community. Considered to be too distant from field realities, they are often confused with morals and deontology if not philosophy and thus belong to the realm of “Academics”. Nonetheless, ethics have their own history. After the atrocities of World War II, the emergence of a new ethical conscience expressed the will for a radical change in behaviour, inspired by the concern of respecting in all circumstances, the equal dignity of each human being. Immediately put to trial by the medical and scientific revolution that emerged in the second half of the twentieth century, its practical efficiency has been widely demonstrated. By imposing itself concretely, it built its identity and affirmed the specificity of its field of thought around four founding principles: Autonomy, Well-doing, Non wrongdoing, Justice⁴. It now imposes itself in numerous fields of activity confronted with change.

It appeared important to me to analyze the different aspects of humanitarian action in

— 1. Revue *Humanitaire*, Dossier « Haïti : sortir de la dépendance humanitaire ? », n° 27, décembre 2010.

— 2. Rosny Desroches, universitaire, ancien ministre de l'Éducation ; Gary Victor, écrivain et scénariste ; Lyonel Trouillot, écrivain ; Michèle Pierre-Louis, ancien Premier ministre du gouvernement d'Haïti en 2008-2009 et présidente actuelle de la fondation haïtienne FOKAL (Connaissance et liberté) ; Frantz Duval, rédacteur en chef du plus ancien quotidien d'Haïti *Le Nouvelliste* ; Monseigneur Guire Poulard, archevêque de Port-au-Prince.

— 3. Jean-François Mattei, *L'Humanitaire à l'épreuve de l'éthique*, éd. Les liens qui libèrent, Paris, 2014.

— 2. Rosny Desroches, Academic, former Minister of Education ; Gary Victor, writer and script writer ; Lyonel Trouillot, writer ; Michele Pierre-Louis, former Prime Minister of the Haitian government in 2008-2009 and presently President of the FOKAL foundation ; Frantz Duval, Chief editor of « Le Nouvelliste » ; His Grace Guire Poulard, archbishop of Port au Prince.

— 3. Jean-François Mattei, *L'Humanitaire à l'épreuve de l'éthique*, éditions Les liens qui libèrent, 2014.

— 4. Tom Beauchamp, James Childress, *Principles of Biomedical Ethics* (fifth edition), New York/Oxford, Oxford University Press ; 2001.

de quatre principes fondateurs: autonomie, bienfaisance, non-malfaisance, justice⁴. Elle s'impose, désormais, dans de nombreux domaines d'activités confrontés au changement.

Il m'a semblé important d'analyser les différents aspects de l'action humanitaire en Haïti, après le tremblement de terre de 2010 et à travers le prisme de l'éthique, pour tenter de comprendre les raisons du malentendu haïtien et proposer une nouvelle approche dans la relation avec les populations locales.

Entre critiques et réalités

Deux groupes de critiques se dégagent, chaque fois étayés par des exemples précis. D'abord, les organisations humanitaires auraient décidé et agi par elles-mêmes sans associer les Haïtiens et en méconnaissant leur volonté d'autonomie.

Tous mes interlocuteurs ont souligné la défaillance de l'État haïtien en la regrettant profondément. Or l'importance de la catastrophe était telle que les Haïtiens étaient animés du désir pressant de refonder leur pays, de tourner la page pour repartir à zéro. Et l'État n'a pas su répondre à cet enthousiasme. Il n'a pas su mobiliser les énergies et motiver la volonté des Haïtiens. Il avait le devoir de planifier, tout comme il aurait dû organiser une coopération entre organisations internationales et haïtiennes, ce qu'il n'a pas fait. La population a donc compris qu'il n'y avait plus que les organisations humanitaires internationales qui comptaient et agissaient, donnant un sentiment d'invasion. D'une certaine façon, Haïti était devenu la « République des ONG », créant un malaise alimenté par les « intellectuels ». Refusant d'être des victimes passives, les Haïtiens voulaient être partie prenante à la reconstruction de leur pays et pas seulement spectateurs de la cacophonie d'une déferlante humanitaire internationale.

De fait, devant l'absence de décisions politiques, les organisations humanitaires internationales se sont trouvées livrées à elles-mêmes et il leur est arrivé parfois de ne pas faire les choix les plus judicieux. Certes, le tissu associatif haïtien ne pouvait pas se substituer à l'État ni prendre le relais car il n'avait pas les capacités de mobiliser les fonds par

« D'une certaine façon, Haïti était devenu la "république des ONG", créant un malaise alimenté par les "intellectuels". »

"From a certain point of view, Haiti had become the 'Republic of the NGOs', creating an uneasiness fed by the 'intellectuals'."

Haiti after the 2010 earthquake, through the prism of ethics to try and understand the reasons of the Haitian misunderstanding and propose a new approach to the relationship with local populations.

Between criticism and realities

Two groups of criticisms emerge, substantiated each time by precise examples. At first, humanitarian organisations decided and acted on their own without associating Haitians and ignoring their will for autonomy.

All those with whom I spoke underlined the failure of the Haitian State while deeply regretting it. Besides, the importance of the catastrophe was such that Haitians were animated by the pressing desire to refound their country and to turn the page to start at zero again. And the State was not able to respond to this enthusiasm. It was not able to mobilise energies and motivate the will of Haitians. It had the duty of planning, just as it should have organised co-operation between international and Haitian organisations, which it did not do. The population thus understood that only the international organisations that counted and took action, giving a feeling of invasion. From a certain point of view, Haiti had become the "Republic of the NGOs", creating an uneasiness fed by the "intellectuals". Refusing to be passive victims, the Haitians wanted to be stakeholders in the reconstruction of their country and not only spectators of the cacophony of an international humanitarian wave.

In fact, in the absence of political decisions, international humanitarian organisations found themselves left alone and it occurred sometimes that they did not necessarily make the most judicious choices. Of course the Haitian associative fabric could not act as a substitute to the State nor take over, as it did not have the capacity to mobilise funds by itself nor did it possess the required capacities. Humanitarian organisations thus managed on their own and local organisations found themselves weakened when they could have hoped to progress and end up reinforced by the trial. There is a strong regret that the international organisations did not share with and listen to Haitians in respectful partnerships: "Without any doubt this was difficult, as it was necessary to act quickly... but they should have done it..." resumes one of my speakers.

— 4. Tom Beauchamp et James Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, New-York/Oxford, Oxford University Press, 2001 (5^e édition).

lui-même et ne possédait pas non plus les compétences voulues. Les organisations humanitaires ont donc géré elles-mêmes, et les organisations locales s'en sont trouvées affaiblies quand elles auraient pu espérer progresser et sortir renforcées de l'épreuve. Le regret est très fort que les organisations internationales n'aient pas partagé et davantage écouté les Haïtiens dans des partenariats respectueux: « Sans doute était-ce difficile, car il fallait agir vite, mais ils auraient dû le faire... », résume un de mes interlocuteurs.

Les arguments exposés reposent sur une conviction réfléchie. Ils soulignent qu'il faut toujours se méfier quand la logique compassionnelle remplace la logique structurante car, au bout du compte, l'aide humanitaire peut créer les besoins de sa permanence. Engagée comme elle l'était, l'assistance prolongée apparaissait démotivante, donnant le sentiment d'exclure les Haïtiens alors qu'Haïti n'est plus une colonie depuis le début du xx^e siècle! La revendication d'autonomie est forte, rappelant que les Haïtiens sont des citoyens, donc des personnes libres et responsables. De fait, le regret, constamment exprimé par les Haïtiens, est d'avoir été tenus à l'écart dans la définition des opérations et les choix stratégiques. On a, certes, utilisé leurs bras et leur force, mais on a oublié qu'ils connaissaient le pays et pouvaient aussi avoir quelques idées sur la meilleure façon d'agir.

Quand René Depestre, poète et écrivain haïtien, prix Renaudot en 1988, s'exprime, il avance que « l'humanitarisme du siècle dernier » est terminé. Pour lui, le premier pays à avoir gagné son indépendance dans la souffrance en 1804 n'en a pas totalement fini avec son passé colonial et son présent néocolonial. Le séisme devait être l'occasion d'un nouveau départ. Les Haïtiens n'avaient pas à attendre que les organisations humanitaires, les Nations unies, le G20, le FMI pensent et agissent à leur place⁵. La conclusion de chacun de mes entretiens était toujours la même: « Il faudra que les humanitaires restent longtemps en Haïti, mais sur la base d'une émancipation progressive des organisations humanitaires locales. » On touche du doigt deux idées qui s'imposent aujourd'hui dans le débat humanitaire, la notion de transition et la volonté de souveraineté nationale. Ces deux idées sont

« Il faut toujours se méfier quand la logique compassionnelle remplace la logique structurante car, au bout du compte, l'aide humanitaire peut créer les besoins de sa permanence. »

“One must always be distrustful when a compassionate logic replaces a structuring logic, as, in the end, humanitarian aid can create the needs for its permanence.”

The arguments exposed rest upon a well thought out belief. They underline the fact that one must always be distrustful when a compassionate logic replaces a structuring logic, as, in the end, humanitarian aid can create the needs for its permanence. Engaged as it was, prolonged assistance appeared demotivating, giving the impression of excluding Haitians, while Haiti has not been a colony any more since the beginning of the nineteenth century! The claim for autonomy is strong, reminding one that Haitians are citizens, thus free and responsible persons. In fact the regret constantly expressed by Haitians is to have been left aside in the definition of operations and strategic choices. Their arms and their strength have of course been used but it was forgotten that they knew the country and could also have a few ideas about the best way to act.

When René Depestre, poet and writer, laureate of the Renaudot Prize⁵ in 1988, expresses himself he puts forward that “humanitarianism of the last century” is finished. For him, the first country to have gained its independence in suffering in 1804 has not totally put an end neither to its colonial past nor to its neo-colonial present. The earthquake must be the opportunity for a new departure. Haitians don't have to wait for humanitarian organisations, the United Nations, the G20, the IMF to think and act in their place⁶. The conclusion of each of my discussions is always the same: “It will be necessary for Humanitarians to stay for long in Haiti but on the basis of a progressive emancipation of local humanitarian organisations”. This points to two ideas that impose themselves today in the humanitarian debate, the notion of transition and the will for national sovereignty. These two ideas are linked and rejoin the more and more frequently expressed need for ethics. The victims need to choose what they consider to be good for them whereas they are not always asked to do so. Respect for the ethical principles of autonomy and well-doing obviously impose themselves.

Secondly, by lack of co-operation with Haitians, humanitarian action has not been able to avoid wrongdoing while wanting to do

— 5. Prestigious French literary prize created in 1926 (editor's note).

— 6. Le Nouvel Observateur, « Reinventing Haiti », 2/18/10.

— 5. « Réinventer Haïti », Le Nouvel Observateur, 18 février 2010.

liées et rejoignent le besoin d'éthique de plus en plus souvent exprimé. Les victimes désirent choisir ce qu'elles considèrent comme un bien pour elles alors qu'elles ne sont pas toujours sollicitées. Le respect des principes éthiques d'autonomie et de bienfaisance s'imposent, à l'évidence.

L'autre série de critiques pourrait se résumer ainsi: par défaut de coopération avec les Haïtiens, l'action humanitaire n'a pu éviter de faire du mal en voulant faire du bien. Premier exemple: l'embauche massive de cadres haïtiens par les organisations humanitaires à des salaires beaucoup plus élevés que ceux de la fonction publique haïtienne a certes contribué à donner du travail à beaucoup d'Haïtiens, permettant ainsi à des familles entières de vivre. Mais elle a aussi été accusée d'avoir vidé de sa substance la fonction publique haïtienne et même empêché le recrutement de plusieurs promotions de fonctionnaires haïtiens en les détournant au sortir de leur formation. Ce reproche est revenu comme un leitmotiv: « Votre aide du moment a détourné les ressources humaines compétentes dont l'État avait besoin pour se redresser! » De fait, on a pensé le court-terme et pas l'avenir plus lointain.

Deuxième exemple: la location en nombre de villas et d'appartements de qualité par les humanitaires dans une ville en grande partie détruite a contribué à faire flamber le prix des loyers au point de rendre l'accès au logement beaucoup plus difficile pour les Haïtiens eux-mêmes. On peut comprendre que de telles situations soient décourageantes pour les Haïtiens voulant se reloger et contribuent à l'exaspération vis-à-vis des humanitaires.

Troisième exemple: le maintien de l'activité gratuite des consultations dans les centres de santé humanitaires au-delà de la période d'urgence s'est traduit, dans les faits, par une concurrence déloyale vis-à-vis des médecins et professions paramédicales installées en secteur libéral. Il est dommage que le manque de coordination avec les Haïtiens n'ait pas permis d'éviter cet épisode fâcheux. En fait, avait-on même pensé au problème, obnubilés que nous étions par l'immense besoin de soins?

Quatrième exemple: l'efficacité de la chaîne de production d'eau potable par les humani-

« Les victimes désirent choisir ce qu'elles considèrent comme un bien pour elles alors qu'elles ne sont pas toujours sollicitées. Le respect des principes éthiques d'autonomie et de bienfaisance s'imposent, à l'évidence. »

“The victims need to choose what they consider to be good for them whereas they are not always asked to do so. Respect for the ethical principles of autonomy and well-doing obviously impose themselves.”

good. Several criticisms arose to underline that while wishing to do good the Humanitarians had sometimes been responsible for nuisances and even wrongdoing towards Haitians.

First example: the massive hiring of Haitian managers by humanitarian organisations with salaries far higher than those of Haitian civil service contributed in giving work to many Haitians, permitting entire families to live. But this has also been accused of having emptied the Haitian civil service of its substance and even the recruitment of several classes of civil servants by attracting them at the end of their training. This reproach has been repeated like a leitmotiv: “Your aid at the time has diverted the competent human resources that the State needed to redress itself!” In fact, thinking applied for the short term and not for the more distant future.

Second example: the rental of numerous quality villas and apartments by the humanitarians in a largely destroyed city contributed towards soaring rates for rents to the point of rendering access to housing much more difficult for Haitians themselves. One can understand that such situations are discouraging for Haitians wanting to find a dwelling and contribute to exasperation towards Humanitarians.

Third example: the maintaining of free medical consultations in the humanitarian health centres beyond the emergency period led, in fact, to unfair competition for doctors and paramedical professions working in the private sector. It is regrettable that the lack of coordination with Haitians did not prevent this unfortunate episode. In fact, had we even thought of the problem, obsessed as we were by the immense need for care?

Fourth example: the efficiency of the drinking water production chain by humanitarians nearly provoked the disappearance of resellers of drinking water pouches installed at all intersections. Likewise, numerous small businesses selling water made safe for drinking by different processes found here unwelcome competition. The person responsible of a small store advertising on the store front “Miracle water: top quality drinking water processed by inverted osmosis” explained this to me, torn between revolt and desolation.

taires a failli provoquer la disparition des revendeurs de poches d'eau potable installés à tous les carrefours. De même, les nombreuses officines vendant de l'eau rendue potable par différents procédés ont trouvé là une concurrence malvenue: le responsable d'une échoppe affichant sur sa façade « Eau miracle: eau potable de première qualité traitée par osmose inverse » me l'a expliqué entre révolte et désolation. Le but des humanitaires était d'améliorer la distribution de l'eau et non de mettre à mal une activité génératrice de revenus pour des gens en manque de ressources. Ils n'ont pas tenu compte de l'effet destructeur de la gratuité des biens et des services quand toute une économie demande à revivre. Prendre les décisions avec les Haïtiens aurait permis des solutions respectueuses de leurs activités.

Le cinquième exemple concerne l'adoption en urgence d'enfants haïtiens considérés, souvent à tort, comme privés de toute famille et qui a pu donner lieu à des excès et à des trafics⁶. Entre les attentes des candidats à l'adoption en France et les images d'enfants éplorés, prétendus seuls au monde au milieu des ruines, la tentation était grande d'aller vite. Il s'est avéré difficile de s'opposer à des scandales véritables. Les professionnels en contact avec les enfants à leur arrivée en France ont témoigné que ces derniers ont souvent été « embarqués » dans la précipitation et qu'au nom d'un statut « d'orphelins présumés », de nombreux déracinements ont été provoqués. Or les adoptions ne peuvent pas se faire dans le temps de l'urgence car les risques d'abus et de trafics sont alors multipliés, toujours au détriment des enfants. Le risque de « malfaisance » est alors grand. À l'opposé, il faut souligner combien les services de protection de l'enfance aux Antilles françaises, associés à la Croix-Rouge française, ont cherché à organiser un « sas d'accueil » afin de tenter de démêler le vrai du faux pour préciser la situation de chacun et agir au mieux dans l'intérêt de l'enfant.

Enfin, l'épisode de l'épidémie de choléra (semble-t-il provoquée par des forces des Nations unies) aura indubitablement causé un mal considérable. Dans le peuple haïtien, le ressentiment est énorme. Des milliers de per-



JEAN-FRANÇOIS
MATTEI

The goal of humanitarians was to improve water distribution and not to damage an activity generating revenue for people lacking resources. They did not take into account the destroying effect of free goods and services when a whole economy is asking to revive. Taking decisions with Haitians would have authorised solutions respectful of their activities.

The fifth example concerns the emergency adoption of Haitian children considered, often wrongly, as deprived of all family, giving way to excesses and illicit trading⁷. Between the hopes of candidates for adoption in France and the pictures of forlorn children, apparently alone in the middle of ruins, the temptation to go fast was great. It became difficult to oppose true scandals. Professionals in contact with children at their arrival in France have testified that these children have often been "embarked" hastily and that, under cover of a status of "presumed orphan", numerous uprootings occurred. Now therefore, adoptions cannot be made within the time scale of emergency, as the risks of abuse and illegal trade are then multiplied, always at the detriment of the children. The risk of "wrongdoing" is then high. At the opposite, it must be underlined how much the Child Protection Services in the French Antilles, associated with the French Red Cross, tried to organise a "first stage welcome" so as to try and untangle the true from the false, to establish with precision the situation of each one and act to the best of the child's interests.

The case of the cholera epidemic undoubtedly constitutes a considerable ill. Amongst the Haitian people, the "cholera resentment" is enormous. Thousands of people died, whereas there has never been cholera in Haiti. Amalgamation was made in minds between all these "foreigners". Nonetheless, the conditions of wrongdoing differ sensibly from all the examples already mentioned. One can only stress that the least of strategies would now be to target the eradication of cholera to ensure the return to the previous sanitary state.

— 6. Hervé Boéchat, « La gestion des adoptions internationales », *Humanitaire*, n° 27, décembre 2010, p. 56-61.

— 7. Hervé Boéchat, "The management of international adoptions", *Revue Humanitaire*, number 27, December 2010.

sonnes sont mortes alors qu'il n'y avait plus eu de choléra en Haïti depuis près d'un siècle. L'amalgame s'est fait dans les esprits entre tous ces « étrangers ». Néanmoins, les conditions de la malfeasance diffèrent sensiblement de tous les autres exemples déjà cités. On peut seulement souligner que la moindre des stratégies serait, désormais, de viser l'éradication du choléra pour assurer le retour à l'état sanitaire antérieur. Cette ambition ne semble pas hors de portée si l'on décide d'en faire une réelle priorité et si les moyens nécessaires sont accordés et mis en œuvre. Si tel n'était pas le cas, on pourrait alors vraiment parler d'une malfeasance absolue.

Et l'éthique dans tout ça ?

L'approche éthique a pour but essentiel de placer les victimes au cœur des actions qui les concernent. L'analyse des erreurs montre qu'elles auraient pu être évitées à partir de raisonnements simples fondés sur les principes éthiques, principalement ceux d'autonomie et de non-malfeasance.

Le principe d'autonomie, qui aurait dû être reconnu aux Haïtiens, n'a manifestement pas été un souci premier pour les organisations humanitaires pas plus que pour les bailleurs, ni d'ailleurs pour personne. Il est vrai que la situation s'avérerait délicate. Comment, dans un pays pantelant, vouloir respecter l'autonomie d'un État délinquant ? Comment éviter d'ensevelir dans ses décombres la fierté du peuple haïtien et s'affranchir du ressentiment anticolonial ? Bruno Frappat l'a très bien écrit : « Ne faisons pas seulement aux Haïtiens l'aumône de nos regards navrés ou le don de notre argent, faisons-leur la grâce de reconnaître et d'admirer leur dignité⁷. » Compassion, oui ; solidarité, oui ; mais pas ce mépris à peine voilé et empreint d'une sympathie condescendante qui tend à présenter les Haïtiens comme voués à la misère par leur faute. Rony Brauman le dit très bien également, « les Haïtiens savent le regard que nous portons sur eux. Et ce regard seul – qui est souvent jugement – peut avoir des effets sur place⁸ ». La rencontre des visages décrite par Levinas⁹ prend ici tout son sens. D'ailleurs, il y a en Haïti un dynamisme et une créativité remarquables qui peuvent permettre d'inven-

« L'analyse des erreurs montre qu'elles auraient pu être évitées à partir de raisonnements simples fondés sur les principes éthiques, principalement ceux d'autonomie et de non-malfeasance. »

“Analysis of mistakes shows that they could have been avoided by referring to simple reasoning based on ethical principles, mainly those of autonomy and non wrongdoing.”

This ambition does not seem out of reach if the decision is taken to make it a real priority and if the necessary means are granted and applied. If this were not the case, one could speak of an absolute wrongdoing.

And ethics in all that ?

The main goal of the ethical approach is to put the victims at the heart of the actions that concern them. Analysis of mistakes shows that they could have been avoided by referring to simple reasoning based on ethical principles, mainly those of autonomy and non wrongdoing.

The principle of autonomy that should have been recognised for Haitians has obviously not been a major concern for humanitarian organisations, not more than for the donors nor for anybody. It's true that the situation turned out to be delicate. How, in a “gasping” country, to have the will to respect the autonomy of a delinquent State ? How to avoid burying in its ruins the Haitian people's pride and overcome anti colonial resentment ? Bruno Frappat writes it very well: “Let's not only offer to Haitians the charity of our heart-broken glances or the gift of our money, let's offer them the grace of recognising and admiring their dignity⁸.” Compassion, yes ; solidarity, yes ; but not that thinly veiled despise wrapped in condescending sympathy that tends to present Haitians as condemned to misery by their fault. Rony Brauman says so very well, “The Haitians know the way we look at them. And that way of looking – which is often a judgement – can have effects there too⁹.” The facial encounter described by Levinas¹⁰ takes here its full meaning. Besides, there exist in Haiti a remarkable dynamism and creativity capable of inventing the most adequate solutions¹¹, as long as one is willing to seize them.

The principle of non wrongdoing has not always been respected with the required attention. The reactivity of humanitarians is such that mistakes have been rapidly recti-

— 7. « Haïti, leçon de vie », *La Croix*, 23 janvier 2010.

— 8. « Débats », *Le Monde*, 21 janvier 2010.

— 9. Emmanuel Levinas, *Éthique et infini*, Le Livre de Poche, 1984.

— 8. “Haiti, Life lesson”, *La Croix*, 1/23/10.

— 9. “Debates”, *Le Monde*, 1/21/10.

— 10. Emmanuel Levinas, *Ethics and Infinity* (Le Livre de Poche), 1984.

— 11. Michèle Oriol, Henri Rouillé d'Orfeuil, Agnès Chamayou (ed.), *Local innovations and sustainable development in Haiti*, Publications of the State University of Haiti, 2014.

ter les solutions les plus adaptées¹⁰ pour peu qu'on veuille bien les saisir.

Le principe de non-malfaisance n'a pas non plus toujours été respecté avec la vigilance voulue. La réactivité des humanitaires est telle que les erreurs ont pu être rapidement rectifiées dans nombre de cas, mais combien il eut été préférable de ne pas les commettre et d'anticiper. Les situations que nous avons évoquées sont significatives. Il y en a d'autres. Il aurait ainsi fallu s'interroger sur la relocalisation des personnes vivant dans des camps. Elle pose un problème éthique majeur. N'est-on pas dans la complicité de malfaisance? La plupart des 200 000 personnes vivant dans les bidonvilles avant le séisme n'ont reçu aucune solution durable. C'est pour cela que des villages de bois et de tôles ont surgi ici ou là, par exemple sur la route de la Piste, une ancienne piste d'atterrissage près de l'aéroport. Souvent même, à la suite d'expulsions forcées des zones urbaines, des groupes se sont dirigés vers un lieu dénommé « terre promise » composé de zones appelées « Canaan » ou « Jérusalem » (cela ne s'invente pas!). En fait, cette terre promise destinée à l'organisation d'hébergements informels est constituée de flancs de hauteurs dont la pente les rend, *a priori*, inaccessibles. Mais la nécessité fait sa loi et le processus est bien rodé. Par étapes, dans des alvéoles creusées au mépris de toute précaution, apparaissent des murs de parpaings rapidement coiffés d'un toit de tôle ondulée. Pour autant, il n'y a aucun accès, aucune distribution d'eau, aucune évacuation des déchets, aucun assainissement! Avec en outre tous les risques liés aux ruissellements, aux inondations et aux glissements de terrain, surtout à proximité des ravines. L'enjeu éthique est de taille et l'attitude adoptée lourde de conséquences. Le comportement le plus approprié semble être de ne pas accepter ce type de solution déshumanisante et de le faire savoir. Mais pour autant, il n'est pas question d'abandonner les personnes vulnérables, notamment les femmes et les enfants, dans une telle détresse. L'aide doit alors s'accompagner d'un plaidoyer puissant qui trouve tout son sens pour exprimer qu'on ne peut en rester là! On éprouve le douloureux sentiment d'être sur le fil du rasoir rappelant

fied in numerous cases, but how preferable it would have been not to commit them and to anticipate. The situations that we have evoked are significant. There are others. It would thus have been necessary to ask questions about the relocation of people living in camps. This poses a major problem of ethics. Isn't one here an accomplice to wrongdoing? No long-term solution was proposed to the majority of the 200,000 people living in a shanty town before the earthquake. It is for this reason that villages built of wood and sheet-metal sprung up here or there, for instance on the road called "La Piste", an old runway next to the airport. Even often, following forced expulsions from urban areas some groups directed themselves towards a place called "Promised Land", composed of zones named "Canaan" or "Jerusalem" (this is not invented!). In fact this Promised Land intended for the organisation of informal housing is made up of hillsides with slopes that render them inaccessible to begin with. But necessity spells its law and the process is well run in. By stages, in cavities dug up without any security concern, appear parper walls, rapidly topped with a corrugated iron roof. And besides there is no access, no water distribution, no evacuation of waste, no sanitation. And also all the risks linked to trickling, flooding and landslides, especially close to ravines. The ethical stake is sizeable and the attitude adopted heavy with consequences. The most appropriate behaviour seems to be not to accept this kind of dehumanising solution and to make it known. And nonetheless it is out of the question to abandon vulnerable people, notably women and children, in such distress. Aid must then be accompanied by a powerful plea that finds its full meaning by expressing that one cannot stay at that! One undergoes the painful feeling of being on the razor's edge, recalling that there is no ethical choice without strong moral tension.

All these examples are sufficient to explain the feeling that humanitarian actors often experience of stumbling on intricate obstacles, making it impossible to go ahead. Luckily, some intuitions have sometimes permitted to find solutions in conformity with what ethics can wish for. It is this way that certain teams, that of the French Red Cross but others also, have established integrated rehabilitation and reconstruction programs in certain neighbourhoods, linking up with inhabitants regrouped and organised in committees. This

— 10. Michèle Oriol, Henri Rouillé d'Orfeuil, Agnès Chamayou (dir.), *Innovations locales et développement durable en Haïti*, éditions de l'université d'État d'Haïti, 2014.

qu'il n'y a pas de choix éthique sans une forte tension morale.

Tous ces exemples suffisent pour expliquer le sentiment qu'éprouvent souvent les acteurs de l'humanitaire de buter sur des obstacles intriqués les uns dans les autres, rendant le parcours impossible. Heureusement, des intuitions ont parfois permis de trouver des solutions conformes à ce que l'éthique peut souhaiter. C'est ainsi que des équipes, celles de la Croix-Rouge française mais d'autres aussi, ont établi des programmes intégrés de réhabilitation et de reconstruction dans certains quartiers en lien avec les habitants regroupés et organisés en comité. Cela a permis de développer des activités de *cash for work* pour que chacun puisse participer et gagner de quoi faire vivre sa famille. C'est ainsi que des quartiers ont pu être déblayés de leurs gravats, des abris provisoires dressés et des logements réhabilités. Il me semble que ces programmes représentent l'exemple même d'une attitude profondément éthique. Les habitants sont consultés et informés des projets que les humanitaires souhaitent proposer, puis ils interrogent et discutent entre eux. Enfin, ils font part de leur consentement, demandant à être associés et à participer. Après quoi, le projet devient le leur. Je crois que ce type de programme de réhabilitation de quartiers est l'exemple à opposer aux situations mal engagées parce que non éthiques. L'autonomie est respectée, de même que la bienfaisance puisqu'ils ont pu choisir ce qu'ils considéraient comme le mieux pour eux. La non-malfaisance est aussi prise en considération car ils ont pu refuser ce qui ne leur convenait pas. Enfin, la justice est gage de sérénité car chaque habitant du quartier se voit attribuer par le comité lui-même une part équitable de jours de travail afin que le droit de tous à gagner un peu d'argent soit, lui aussi, respecté.

L'éthique, un guide pour l'action à venir

En 2013, le réalisateur Raoul Peck dressait dans un documentaire à charge un réquisitoire très partial et donc assez injuste sur la gestion calamiteuse de l'après-catastrophe par la communauté internationale¹¹.

« Les méthodes de l'intervention humanitaire doivent être repensées. Les temps ont changé. »

"The methods of humanitarian intervention need to be rethought. Times have changed."

has permitted to develop "cash for work" activities so that each person can participate and earn enough to support a family. It is this way that certain neighbourhoods were rid of their rubbles, temporary shelters put up and dwellings rehabilitated. It seems to me that these programs represent good examples of a deeply ethical attitude. Inhabitants are consulted and informed of projects that humanitarians wish to propose then they ask questions and talk it over between themselves. Lastly, they indicate their consent, ask to be associated and participate. After that the project becomes theirs. I believe that this type of neighbourhood rehabilitation programmes is the example to be opposed to situations not well engaged because non ethical. Autonomy is respected, as well as well-doing because they have been able to choose what they considered the best for themselves. Non wrongdoing is also taken into consideration as they refused what did not agree to them and finally justice is a security guarantee as each inhabitant of the neighbourhoods receives from the committee itself an equitable share of work days so that the right of all to earn a bit of money is also respected.

Ethics, a guide for future action

In 2013, the producer, Raoul Peck, in a prosecuting documentary, established a very biased indictment, thus quite unfair, on the calamitous management of the post catastrophe period by the international community¹². I bear testimony to this, aid revealed itself essential and very efficient until it met its limits imposed by the disability of the State. However, and this is the very crux of my thinking, I realize that the methods of humanitarian intervention need to be rethought. Times have changed. Even inside the IFRC, where relations between national members are natural, the cooperation modes were probably not the best possible in view of the future. Questions are numerous: How to achieve true resilience when totally dependant on foreign aid? How to take in hand all that is done today by the "Westerners"? How to self-appropriate action when everything comes from international aid?

— 11. *Assistance mortelle*, film de Raoul Peck, <http://www.arte.tv/guide/fr/043970-000/assistancemortelle>

— 12. *Assistance mortelle*, movie by Raoul Peck, <http://www.arte.tv/guide/fr/043970-000/assistancemortelle>

J'en suis le témoin, l'aide s'est avérée essentielle et très efficace jusqu'à ce qu'elle atteigne ses limites imposées par l'impuissance de l'État. Pourtant, et c'est le centre de ma réflexion, je me rends compte que les méthodes de l'intervention humanitaire doivent être repensées. Les temps ont changé. Même au sein de la FICR où les relations sont naturelles entre les sociétés nationales, les modalités de coopération n'ont probablement pas été les meilleures qui soient au regard de l'avenir. Les questions sont nombreuses : comment réussir une véritable résilience quand on est totalement dépendant de l'aide extérieure ? Comment prendre en main tout ce qui est fait aujourd'hui par les « Occidentaux » ? Comment s'approprier l'action quand tout vient de l'aide internationale ? Comment sortir de cet état de dépendance pour atteindre l'autonomie ? Il faut trouver les réponses si l'on veut construire l'action humanitaire de demain.

La démarche éthique est, j'en suis convaincu, une de ces réponses. C'est la raison pour laquelle je propose de faire appel au questionnement éthique comme fil d'Ariane pour accompagner l'action humanitaire dans la mutation qu'elle traverse. À mon sens, c'est une nécessité si l'on veut construire un guide pour l'action qui dessine la nouvelle unité du monde humanitaire. C'est l'éthique qui fera entrer l'humanitaire dans la modernité, tout simplement parce qu'il est grand temps de placer la victime, ou le bénéficiaire, au centre de toutes les actions qui s'engagent pour lui et de respecter sa pleine autonomie.

« C'est l'éthique qui fera entrer l'humanitaire dans la modernité. »

"Ethics will usher humanitarianism into modernity."

How to exit from this state of dependency so as to achieve autonomy ? Answers have to be found if one wishes to build the humanitarian action of tomorrow.

The ethical approach is, I am convinced, one of these responses. That is why I propose to call upon ethical questioning as an Ariane's thread to accompany humanitarian action in the process of change it is going through. In my opinion it is a requirement if we want to build a guide for action that designs the new unity of the humanitarian world. Ethics will usher humanitarianism into modernity, very simply because it is about time to place the victims, or the beneficiaries, at the center of all actions that are engaged for them and to respect their full autonomy.

Translated from the French by Philip Wade

Biographie | Biography

JEAN-FRANÇOIS MATTEI

Président honoraire de la Croix-Rouge française (2004-2013) et ancien membre du conseil de direction de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Il est aujourd'hui président du Fonds Croix-Rouge française et rattaché à l'UMR (Unité mixte de recherche) 7268 ADES (Anthropologie bioculturelle, droit, éthique et santé), Aix-Marseille Université/EFS/CNRS. Il est membre de l'Institut de France et de l'Académie nationale de médecine. Dernier ouvrage paru : *L'Humanitaire à l'épreuve de l'éthique*, éditions Les liens qui libèrent, 2014.

Honorary president of the French Red Cross (2004-2013) and former member of the Executive Board of the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. He is now president of the French Red Cross Fund and attached to the UMR (Joint Research Unit) 7268 ADES (biocultural anthropology, law, ethics and health), Aix-Marseilles University / EFS / CNRS. He is member of the Institute de France and the National Academy of Medicine. Last book published : *L'Humanitaire à l'épreuve de l'éthique*, éditions Les liens qui libèrent, 2014.



INNOVATIONS



INNOVATIONS

**L'humanitaire à l'épreuve
des mobilisations citoyennes.
L'exemple du mouvement
sénégalais *Y en a marre***

**Humanitarian action
in the face of civic
mobilisations.
The example of the
Senegalese movement
*Y en a marre***

Thomas Fouquet • Institut des mondes africains (CNRS)



Comment la rhétorique humanitaire peut-elle être mobilisée dans le cadre de luttes citoyennes dans les Suds et comment les mobilisations ainsi suscitées peuvent-elles interpeller les ONG humanitaires du Nord? C'est à cette interrogation croisée que nous convie Thomas Fouquet, revenant sur les premiers succès médiatiques et politiques du mouvement sénégalais *Y en a marre*. Un tel mouvement, *a priori* éloigné de l'humanitaire, préfigure peut-être pour les ONG occidentales une nouvelle façon de se relier aux dynamiques qui, dans les Suds, rejoignent le désir de nombre d'entre elles d'être plus ancrées localement et de s'appuyer sur les forces endogènes.

How can humanitarian rhetoric be mobilised in the context of civic struggles in the Souths and how can such mobilisations call out to humanitarian NGOs from the North? Thomas Fouquet invites us to reflect upon this interwoven issue, as he retraces the first media and political successes of the Senegalese movement *Y en a marre* [*Enough is enough*]. Despite presumably having little to do with humanitarian action, such a movement may prefigure a new way for Western NGOs to rally up with the dynamics which, in the Souths, are in line with the wish expressed by many of them, namely to be more locally rooted and to rely on endogenous forces.



En janvier 2011, une poignée de jeunes Sénégalais, artistes-rappeurs et journalistes pour la plupart, créaient le collectif *Y en a marre* (YEM). D'abord né de et dans la contestation du régime d'Abdoulaye Wade¹, alors président de la République du Sénégal depuis mars 2000, YEM en est rapidement venu à occuper une place à la fois bien plus massive et complexe sur l'échiquier social et politico-médiatique sénégalais – et même au-delà². Ce mouvement présente en effet la particularité de sans cesse franchir et brouiller les lignes entre engagement citoyen, pratique artistique, contestation politique et actions de développement. L'enchevêtrement de ces différents répertoires se cristallise dans les « chantiers citoyens » initiés par le mouvement.

En se fondant sur une enquête anthropologique auprès de YEM, entamée au mois de janvier 2012 au Sénégal³, cette contribution s'intéresse aux reconfigurations actuelles des rapports de force internes au champ politique sénégalais. Plus précisément, à travers l'exemple de ce mouvement citoyen, il s'agit d'envisager des modes populaires d'énonciation du politique⁴ dont les répertoires humanitaires et développementalistes constituent à la fois l'arène et le révélateur sociologique.

Y en a marre! Éléments d'une généalogie

« Nous fondions le 18 janvier 2011 le mouvement YEM pour engager notre génération à se déprendre des idoles politiques à

« Ce mouvement présente en effet la particularité de sans cesse franchir et brouiller les lignes entre engagement citoyen, pratique artistique, contestation politique et actions de développement. »

“This movement indeed has the particularity of constantly crossing and blurring the boundaries between civic commitment, artistic practice, political protest and actions in favour of development.”

In January 2011, a handful of young Senegalese, mostly rap artists and journalists, created the collective *Y en a marre* (YEM). Initially arising from and as part of the protest against the regime of Abdoulaye Wade¹, then President of the Republic of Senegal since March 2000, YEM quickly came to occupy a much more significant and complex place on the social and media-political stage of Senegal – and beyond². This movement indeed has the particularity of constantly crossing and blurring the boundaries between civic commitment, artistic practice, political protest and actions in favour of development. The interweaving of these various repertoires is crystallised in the “civic projects” initiated by the movement.

Based on an anthropological survey of YEM, launched in January 2012 in Senegal³, this contribution focuses on the current reconfigurations of internal power relations within Senegalese politics. More specifically, the example of this civic movement forms the basis for considering popular means of enunciating politics⁴, the humanitarian and developmentalist repertoires of which are both the arena and the sociological indicator.

Y en a marre! Elements of a genealogy

“We founded the movement YEM on January 18, 2011 to encourage our generation to detach itself from the political idols to whom we entrusted our future for more than fifty years and who have not brought us out of underdevelopment. [...]”

— 1. YEM is nevertheless heir to a long history of protests against the powers in place in Senegal, especially amongst youth. In this regard, see S. Awenengo-Dalberto, « Sénégal: les nouvelles formes de mobilisations de la jeunesse », *Les Carnets du CAP* [Centre d'analyse et de prévention], 15, 2011, p. 37-65.

— 2. YEM was one of the leading drivers behind the public protests against Abdoulaye Wade's candidacy for a third term in the presidential elections of 2012, which attracted the attention of both national and international media. Moreover, YEM has been working closely with other social movements in West Africa (“Le Balai Citoyen” - *The Civic Broom*, TN - in Burkina Faso among others) and Central Africa (Filimbi movement in the DRC, for example) for several years.

— 3. This contribution is based on current research. In that respect, it does not aim to present “results” in the strict sense of the term, but rather a number of assumptions and directions for further research.

— 4. J.-F. Bayart, « L'énonciation du politique », *Revue française de science politique*, n° 3, 1985, p. 343-373.

— 1. YEM est néanmoins l'héritier d'une histoire longue de contestation des pouvoirs établis au Sénégal, en particulier parmi les jeunes. Voir à cet égard S. Awenengo-Dalberto, « Sénégal: les nouvelles formes de mobilisations de la jeunesse », *Les Carnets du CAP* [Centre d'analyse et de prévention], 15, 2011, p. 37-65.

— 2. Les contestations populaires contre la candidature d'Abdoulaye Wade à un troisième mandat lors des élections présidentielles de 2012, dont YEM a été l'un des principaux fers de lance, ont focalisé l'attention des médias nationaux tout autant qu'internationaux. Par ailleurs, depuis plusieurs années, YEM collabore étroitement avec d'autres mouvements sociaux en Afrique de l'Ouest (le Balai citoyen burkinabé entre autres) et centrale (le mouvement Filimbi en RDC par exemple).

— 3. La présente contribution s'appuie sur une recherche en cours. En ce sens, elle n'a pas vocation à présenter des « résultats » *stricto sensu*, mais plutôt un certain nombre d'hypothèses et de pistes de recherche.

— 4. J.-F. Bayart, « L'énonciation du politique », *Revue française de science politique*, n° 3, 1985, p. 343-373.

qui nous avons confié nos destins depuis plus de cinquante ans et qui ne nous ont pas sortis du sous-développement. [...] Il est juste important de rappeler de quoi on discutait, mes amis et moi, la nuit de la création du mouvement *Y en a marre*. Nous parlions "des nuits passées dans le noir et des journées de travail perdues, des enfants qui rendent l'âme dans les hôpitaux, dans les salles d'opération, des cadavres qui se décomposent dans les morgues à cause des coupures d'électricité". Nous constatons l'échec des politiques agricoles et le monde rural abandonné à lui-même. Les scandales financiers avec ces milliards détournés, la corruption érigée en système de gouvernance. Et nous, on en avait marre de voir toutes ces frustrations accumulées et refoulées à longueur de journée. Ces maux que nous avons tant décriés constituent, en réalité, le quotidien de bon nombre d'Africains; pour eux l'avenir n'existe plus⁵. »

C'est en ces termes que Fadel Barro, membre fondateur de *YEM*, évoque les circonstances de création du mouvement dont il est l'actuel coordinateur national. On comprend ainsi que la nature et le sens des différentes actions portées par ce mouvement ne sont pas réductibles à une sociologie des mobilisations ou des mouvements sociaux.

YEM a assurément été l'un des piliers de la contestation contre la candidature d'Abdoulaye Wade à sa propre succession lors des élections présidentielles de février-mars 2012 et il a joué un rôle central dans l'alternance démocratique alors survenue avec l'arrivée au pouvoir de Macky Sall.

« La nature et le sens des différentes actions portées par ce mouvement ne sont pas réductibles à une sociologie des mobilisations ou des mouvements sociaux. »

"The nature and meaning of the various actions supported by this movement cannot be reduced to a sociology of mobilisations or social movements."

It is simply important to remember what we were discussing, my friends and I, on the night we created the movement *Y en a marre*. We were talking about 'nights spent in darkness and work days lost, children who pass away in hospitals and operating rooms, bodies left to decompose in morgues because of power cuts'. We were observing the failure of agricultural policies and a rural world left to itself. Financial scandals with billions misappropriated, and corruption erected as a governance system. As for us, we were sick of seeing all these accumulated frustrations suppressed day in, day out. These evils that we so heavily condemned are in fact the daily reality of many African people; for them, the future no longer exists⁵. "

It is in such terms that Fadel Barro, founding member of *YEM*, talks about the circumstances that inspired the creation of the movement for which he currently acts as national coordinator. One thus understands that the nature and meaning of the various actions supported by this movement cannot be reduced to a sociology of mobilisations or social movements.

YEM was assuredly one of the pillars in the protest against the candidacy of Abdoulaye Wade to his own succession in the presidential elections of February-March 2012, and played a central role in the democratic change that took place when Macky Sall came to power. Although the electoral victory of this former minister of A. Wade cannot exactly be considered as a rupture, *YEM*'s current popularity nevertheless stems largely from the political and civic commitment it has inspired and supported among the Senegalese people, with key dates as detailed below⁶.

— 5. Interview of Fadel Barro, first published in the Senegalese newspaper *Le Quotidien* and reproduced in *Courrier International* on March 7, 2013. <http://www.courrierinternational.com/article/2013/03/07/vu-du-senegal-generation-y-en-a-marre>

— 6. In that respect, we can nowadays talk about a genuine "*YEM* phenomenon" in Senegal. I hereby speak of a "phenomenon" in reference not only to the popularity of the movement among the people of Senegal (in particular its youth) and abroad, but also to the fact that the slogan "*Y en a marre!*" has become a rallying cry, or an emblematic formula for being fed up, including among those who are not formally involved in the movement. This is particularly evidenced by its rapid spread in the public speeches commonly given throughout Senegal.

— 5. Interview of Fadel Barro, d'abord parue dans le journal sénégalais *Le Quotidien* et reprise dans *Courrier international*, 7 mars 2013. <http://www.courrierinternational.com/article/2013/03/07/vu-du-senegal-generation-y-en-a-marre>

Si la victoire électorale de cet ancien ministre d'A. Wade ne constitue pas à proprement parler une rupture, la popularité actuelle de YEM tient néanmoins dans une bonne mesure à l'engagement politico-citoyen qu'il a insufflé et accompagné au sein de la population sénégalaise, dont les dates clés sont reportées ci-dessous⁶.

18 janvier 2011: création de YEM.

Février 2011: participation de YEM au Forum social mondial à Dakar; intervention remarquée à l'assemblée générale des mouvements sociaux.

23 juin 2011: victoire de la mobilisation populaire contre la réforme constitutionnelle initiée par A. Wade; montée en puissance populaire et médiatique de YEM.

Fin janvier 2012: entrée en « résistance démocratique active » suite à l'acceptation de la candidature d'Abdoulaye Wade par le Conseil constitutionnel sénégalais.

Mars 2012: élection de Macky Sall, principal opposant d'A. Wade, à la présidence de la République du Sénégal.

Août 2013: lancement de l'Observatoire de la démocratie et de la bonne gouvernance, « DOX AK SA GOX » (littéralement, « marche aux côtés de ton peuple »), en partenariat avec notamment l'ONG Oxfam.

Plutôt qu'instigateur d'une rupture politique ou partisane *stricto sensu*, YEM se positionne comme un opérateur de changement social, un agitateur de consciences. Le mouvement porte pour cela des arguments et initiatives qui se rapprochent de prérogatives propres aux acteurs de l'humanitaire et du développement.

YEM est certes généralement envisagé sous l'angle de ses activités contestatrices ou à travers le prisme des cultures urbaines et

« YEM se positionne comme un opérateur de changement social, un agitateur de consciences. »

“YEM positions itself as a driver of social change or as an agitator of consciences.”

January 18, 2011: creation of YEM.

February 2011: YEM takes part in the World Social Forum in Dakar; noteworthy intervention during the general assembly of social movements.

June 23, 2011: victory of the public mobilisation against the constitutional reform instigated by A. Wade; YEM experiences a rise in popular and media power.

Late January 2012: onset of “active democratic resistance” following the approval of Abdoulaye Wade's candidacy by the Constitutional Council of Senegal.

March 2012: election of Macky Sall, main opponent of A. Wade, as President of the Republic of Senegal.

August 2013: launch of the Observatory for democracy and good governance, “DOX AK SA GOX” (meaning “Walk alongside your people”), in partnership with Oxfam in particular.

YEM positions itself as a driver of social change or as an agitator of consciences, rather than as the instigator of a political or partisan rupture in the strict sense of the term. For that purpose, the movement supports arguments and initiatives that are closer to the actual prerogatives of players involved in humanitarian action and development.

YEM is certainly generally considered from the perspective of its protest activities or through the prism of urban cultures and their relationship to politics⁷. But its ambition consists above all in “building new hope and raising the awareness of young people who are likely to put [Senegal] on the path to development”, as Fadel Barro says. To do so, the movement relies on a slogan: that of the New Type of Senegalese (NTS), which refers more or less to a new programme for citizenship, whereby each and everyone is expected to show their commitment and efforts. In other words, it is through the commitment and awareness of the majority that change in/through development can be achieved. Such a position has to be devised both with and against the rulers, since the latter simply become a component or variable within the wider dynamics that the

— 6. À cet égard, on peut évoquer aujourd'hui un véritable « phénomène YEM » au Sénégal. Je parle ici de « phénomène » en référence non seulement à la popularité du mouvement auprès de la population sénégalaise (sa composante juvénile en particulier) et à l'étranger, mais au fait que le slogan « Y en a marre! » est devenu un cri de ralliement, ou une formule emblématique du ras-le-bol, y compris parmi ceux qui ne sont pas formellement engagés dans le mouvement. En témoigne notamment sa diffusion rapide dans les discours populaires courants au Sénégal.

— 7. See in particular T. Fouquet, “La trame politique des cultures urbaines: motifs dakarois”, in *Enough is Enough!*, collective work published in connection with the European Conference on African Studies, Paris 2015 (Brill, June 2015).

de leurs rapports au politique⁷. Mais son ambition est aussi et surtout « de fonder un espoir, de susciter une prise de conscience des jeunes susceptible de mettre [le Sénégal] sur la voie du développement », comme l'affirme encore Fadel Barro. Pour ce faire, le mouvement s'appuie sur un slogan, celui du Nouveau type de Sénégalais (NTS), qui renvoie peu ou prou à un nouveau logiciel de la citoyenneté, dans lequel chacun est appelé à s'engager et à exercer ses efforts. Dit autrement, c'est par l'investissement et la prise de conscience du plus grand nombre que le changement dans/par le développement pourra se réaliser. Une telle posture s'organise à la fois avec et contre les gouvernants, ces derniers n'étant plus qu'une composante ou une variable à l'intérieur d'une dynamique plus générale que le mouvement souhaite mettre en œuvre. À cet égard, *YEM* ressortit nettement au champ du politique, mais sans pour autant faire de la politique⁸.

Interpeller pour susciter le changement: l'humanitaire comme levier de mobilisation citoyenne

Afin d'encourager et d'accompagner l'implication des populations dans le développement du Sénégal, *YEM* mise sur son ancrage local. Le mouvement s'est en effet rapidement redéployé sous la forme d'une myriade de cellules locales, ou « esprits Y en a marre » dans son lexique, réparties sur l'ensemble du territoire sénégalais. En s'appuyant sur son « noyau dur » dakarois largement connecté à l'international d'une part, et sur ces micro-entités locales d'autre part, *YEM* est en mesure de mobiliser à grande échelle, de faire remonter les doléances des populations locales, tout en portant son attention sur les grands problèmes nationaux, voire internationaux. Son action se structure concrètement sur un ensemble de prises de position et de « chantiers citoyens ». Deux grands types d'activités et d'initiatives s'en dégagent.

D'abord, le mouvement s'est fortement impliqué dans les processus de démocratisation,

« *YEM est en mesure de mobiliser à grande échelle, de faire remonter les doléances des populations locales, tout en portant son attention sur les grands problèmes nationaux, voire internationaux.* »

“*YEM is able to achieve large-scale mobilisations, report back the grievances of local populations, while still focusing its attention on major national or international issues.*”

movement is aiming to implement. In that respect, *YEM* clearly went back into politics, but without actually *doing* politics⁸.

Calling out to bring about change: humanitarian action as a lever for civic mobilisation

In order to encourage and support the involvement of populations in the development of Senegal, *YEM* relies on its local rooting. The movement indeed quickly redeployed as a myriad of regional affiliates, called “spirits of Y en a marre”, distributed across the entire Senegalese territory. Building on its internationally connected “hard core” in Dakar on the one hand, and on these local micro-entities on the other, *YEM* is able to achieve large-scale mobilisations, report back the grievances of local populations, while still focusing its attention on major national or international issues. In concrete terms, its action is centred around a set of stances and “civic projects”. Two main types of activities and initiatives can be identified.

First, the movement became heavily involved in the democratisation processes, both locally and nationally. This involvement realised its full potential with the creation of an Observatory for democracy and good governance, in partnership with Oxfam in particular, in August 2013. This scheme is intended as a genuine civic control mechanism over public action with the view, inter alia, of ensuring “an effective involvement [of the populations] in the choices of political programs that meet their needs⁹”. Among the actions undertaken as part of this observatory, *YEM* organises itinerant “citizens” juries in all regions of Senegal; these gatherings aim to promote meetings and exchanges between local elected representatives (MPs, mayors, etc.) and constituents, in the form of direct dialogue. People thus have the opportunity to put forward their expectations and grievances to their elected representatives, who are called into question regarding the political solutions they should or could implement in response. There are undoub-

— 7. Voir notamment T. Fouquet, « La trame politique des cultures urbaines : motifs dakarois », in *Enough is Enough!* ouvrage collectif publié à l'occasion de la European Conference on African Studies, Paris 2015, éditions Brill, juin 2015.

— 8. On le verra plus loin: *YEM* s'attache en effet clairement à conserver une forme de « neutralité » politique, en ce sens qu'il reste très vigilant à ne faire l'objet d'aucune récupération politicienne.

— 8. As explained later: *YEM* indeed clearly endeavours to retain a form of political “neutrality”, in the sense that it is very careful not to be subject to any political appropriation.

— 9. As per *YEM*'s exact terms regarding this program.

de l'échelle la plus locale jusqu'au niveau national. Cette implication a trouvé sa pleine mesure dans la création d'un Observatoire de la bonne gouvernance et de la démocratie, en partenariat notamment avec l'ONG Oxfam, en août 2013. Ce dispositif se veut un véritable mécanisme de contrôle citoyen sur l'action publique afin, entre autres, d'assurer « une implication effective [des populations] dans les choix de programmes politiques qui répondent à leurs besoins⁹ ». Parmi les actions entreprises dans le cadre de cet observatoire, YEM organise des « jurys citoyens et populaires » itinérants, dans toutes les régions du Sénégal; ces rassemblements visent à susciter la rencontre et les échanges entre élus locaux (députés, maires, etc.) et administrés, sous la forme d'un dialogue direct. Les populations ont en ce sens l'opportunité d'exposer leurs attentes et doléances auprès de leurs élus, et ces derniers sont interpellés quant aux solutions politiques qu'ils devraient ou pourraient mettre en œuvre afin d'y répondre. Il y a là sans doute des pistes intéressantes pour quiconque, impliqué dans le domaine de l'aide et des solidarités, s'applique à développer des actions répondant aux besoins réels des populations. Une telle entreprise pour ainsi dire hybride (associant un mouvement social et citoyen, un organisme non gouvernemental, les populations elles-mêmes et leurs élus enfin) donne également matière à penser la reconfiguration des liens et types de collaboration entre ONG du Nord et mouvements sociaux des Suds.

Un deuxième grand registre d'action mis en œuvre par YEM consiste en un ensemble de plaidoyers qui visent là encore à relayer les manques ou mécontentements populaires (coupures d'électricité, etc.), à donner la parole aux sans-voix (populations déguerpies, etc.), ou encore à s'investir concrètement, parfois physiquement, afin de pallier les insuffisances étatiques (en faveur des victimes d'inondation, ou pour la réhabilitation de bâtiments d'intérêt public, par exemple). Ces plaidoyers, s'ils prennent souvent une connotation locale, s'adressent également à de grandes questions nationales, comme l'accès aux soins des populations et l'éducation pour tous, la paix en Casamance, l'amélioration des conditions de détention et la réinsertion des populations carcérales, le



THOMAS
FOUQUET

tedly interesting avenues for anyone involved in the field of aid and solidarities who endeavours to develop actions aimed at meeting the real needs of people. Such an undertaking, hybrid as it was (combining a social and civic movement, a non-governmental organisation, the people themselves and lastly their elected representatives) also provides food for thought in terms of reconfiguring the connections and types of collaboration between the NGOs from the North and the social movements from the Souths.

A second large class of actions implemented by YEM consists in a set of advocacies intended once again to relay the people's wants or grievances (power cuts, etc.), to give a voice to the voiceless (evicted populations, etc.) or to participate actively, sometimes even physically, so as to overcome the shortcomings of the state (in favour of flood victims, or for the refurbishment of buildings of public interest, for example). Despite their often local ties, these advocacies also address major national issues, such as people's access to health care and education for all, peace in Casamance, improved conditions for the detention and rehabilitation of prison populations, economical and logistical support for small-scale agricultural activities and traditional fisheries, environmental conservation, etc. Since January 2012, these advocacy activities have been summarized through the establishment of an annual event called "La foire aux problèmes" ["The problem fair" or *frequently addressed problems*]. On this occasion, associations and representatives from all sectors and regions of Senegal are invited to express their wants and grievances in a space especially dedicated to them in Dakar.

Through its various civic projects and initiatives, YEM acts at the heart of political action, thereby revealing its failures and/or shortcomings. For all that, its leaders are constantly reaffirming their independence with regards to the ruling powers and political sphere, so as to guard against partisan appropriation and thus to ensure maximum neutrality (at least from a political point of view) for their actions and speeches. They simultaneously keep their distance from the "NGOist" principle while maintaining a rather ambivalent, or at the very least strategic, relationship with it (see below).

— 9. Suivant les termes mêmes de YEM à propos de ce programme.

soutien économique et logistique aux petites activités agricoles et à la pêche artisanale, la sauvegarde environnementale, etc. Depuis janvier 2012, ces activités de plaidoyer ont été synthétisées dans l'institution d'un rendez-vous annuel intitulé « La foire aux problèmes ». À cette occasion, des associations et représentants issus de tous les secteurs d'activité et régions du Sénégal sont invités à venir formuler leurs manques et doléances, dans un espace qui leur est dédié à Dakar.

À travers ses différents chantiers et initiatives citoyens, YEM intervient dans le creux de l'action politique, pour en révéler du même coup les défaillances et/ou les carences. Pour autant, ses leaders réaffirment sans cesse leur autonomie vis-à-vis des pouvoirs dirigeants et de la sphère politicienne, afin de se prémunir de la récupération partisane et d'assurer en ce sens un maximum de neutralité (au moins politique) à leurs actions et discours. Ils gardent simultanément leurs distances vis-à-vis du credo « ONGiste », tout en entretenant avec lui un rapport assez ambivalent ou tout au moins stratégique (voir *infra*). C'est notamment cette position d'entre-deux, ou liminaire, parfois inconfortable, qui constitue l'originalité et l'intérêt de YEM.

Une archéologie éthico-morale de YEM: penser au-delà de l'éthique du faire

Durant toute la phase d'émergence et de structuration de YEM, c'est une philosophie de l'action qui a dominé ses différentes initiatives, permettant simultanément de légitimer les prises de parole publiques du mouvement, celles-ci s'appuyant sur une connaissance fine des problèmes et doléances des populations à échelle nationale. Cette *éthique du faire* était d'abord relativement autonome et improvisée, en ce sens qu'elle n'était pas sous-tendue par un code de conduite formalisé comme tel, *a contrario* des chartes d'éthique qui organisent et encadrent l'action de certaines ONG par exemple. Aussi, comment l'éthique du faire s'est-elle peu à peu recomposée en un code plus élaboré? Quels en sont les termes de référence et les inspirations? Quelles conceptions de l'aide et de la citoyenneté s'en dégagent?

L'acuité de cette éthique du faire, avec la part d'improvisation qu'elle suppose, était directement liée aux objectifs qui mobilisaient alors le mouvement: faire plier le régime d'A. Wade afin que survienne une alternance

« YEM intervient dans le creux de l'action politique, pour en révéler du même coup les défaillances et/ou les carences. »

“YEM acts at the heart of political action, thereby revealing its failures and/or shortcomings.”

It is that in-between, or preliminary, and at times uncomfortable position that makes up YEM's originality and interest.

Ethical and moral archaeology of YEM: thinking beyond the ethics of doing

Throughout YEM's emergence and structuring phase, it is a philosophy of action that dominated its various initiatives, thereby simultaneously helping to legitimise the movement's public speeches, which rely on accurate knowledge of people's issues and grievances at the national level. This *ethics of doing* was relatively independent and improvised at first, in that it was not underpinned by a code of conduct formalised as such, unlike ethics charters that organise and supervise the action of some NGOs for example. So how was the ethics of doing gradually rewritten into a more elaborate code? What are its terms of reference and inspirations? What conceptions of aid and citizenship emerge from it?

The acuteness of this ethics of doing, with the element of improvisation it implies, was directly related to the objectives that mobilised the movement at the time: overturning the regime of A. Wade to allow for a democratic change. Once these initial objectives were achieved, YEM had to reconsider its own future, reinvent its methods and subjects of intervention, while safeguarding the reserve of public legitimacy it had managed to build up through and in action. In this regard, one of the hallmarks of YEM is to make the people aware of the necessity to collectively manage the development (economic, democratic, social/human, in the broad sense) of the country. The ethical objectives developed and defended by the movement combine civic, humanitarian, social and political elements for that purpose. They rely particularly on an anti-victimist rhetoric, where notions of personal accountability, involvement and commitment play a central role. In doing so, YEM promotes the idea that dignity is to be conquered through the involvement and commitment of every individual. There emerges a major heuristic shift since the said “beneficiaries” are destined to simultaneously act as the direct instigators of their own emancipation (economical, political, symbolic). One understands that such a line of research leads to query the ethics supported by YEM

démocratique. Une fois ces premiers objectifs remplis, il a été nécessaire que *YEM* reconsidère son devenir propre, réinvente ses modes et objets d'intervention, tout en protégeant le stock de légitimité populaire qu'il était parvenu à constituer par et dans l'action. À cet égard, l'un des maîtres mots de *YEM* est de sensibiliser les populations à la nécessaire prise en charge collective du développement (économique, démocratique, social – humain, au sens large) du pays. Les visées éthiques élaborées et défendues par le mouvement combinent en ce sens des aspects civiques, humanitaires, sociaux et politiques. Elles s'appuient notamment sur une rhétorique antivictimaire, où les notions de responsabilité, de participation et d'engagement personnels sont centrales. Ce faisant, *YEM* promeut l'idée que la dignité est à conquérir par l'implication et l'engagement de chacun. Se dessine ici un glissement heuristique important, puisque lesdits « bénéficiaires » sont appelés à être, dans le même temps, les acteurs directs de leur propre émancipation (économique, politique, symbolique). On comprend qu'une telle ligne de recherche permet d'interroger l'éthique portée par *YEM* à la lumière de certains débats sur la « raison humanitaire¹⁰ », avec cette idée que la victimisation des Suds (c'est-à-dire des « bénéficiaires » au sein de ces sociétés) serait paradoxalement un vecteur de leur mise en dépendance au niveau national et international, en arasant de facto certaines attentes et revendications populaires.

Ce qui apparaît particulièrement intéressant à ce niveau, c'est le fait que des revendications d'ordre sociopolitique se formulent à travers des répertoires d'action et discursifs généralement dévolus aux professionnels de l'aide et du développement. *YEM* organise une sorte de convertibilité mutuelle entre ces différents registres. C'est à cet égard que l'enchevêtrement des lignes apparaît le plus fécond et original: les actions de développement et de solidarité sont instaurées en nouveaux modes d'énonciation de la citoyenneté et, incidemment, en leviers critiques voire

« Les actions de développement et de solidarité sont instaurées en nouveaux modes d'énonciation de la citoyenneté et, incidemment, en leviers critiques voire politiques. »

“Actions in favour of development and solidarity are established as new ways to enunciate citizenship and, incidentally, as critical or even political levers.”

in light of certain debates on “humanitarian reason¹⁰”, with the idea that the victimisation of the Souths (i.e. of the “beneficiaries” within these societies) would paradoxically be a vector of their dependency at national and international level, due to the de facto levelling down of some of the people's expectations and demands.

What emerges as particularly interesting at this level is the fact that socio-political claims are formulated through action and discursive repertoires generally attributed to aid and development professionals. *YEM* arranges a kind of mutual convertibility between these different registers. It is in this regard that the interweaving of boundaries appears most fruitful and original: actions in favour of development and solidarity are established as new ways to enunciate citizenship and, incidentally, as critical or even political levers¹¹; but this process is mainly carried out *from the bottom*¹², unlike “official” programs which are most often developed from the top and/or from the outside.

With no evidence at this stage to question these logics of interrelationship in more detail (from politics to development and humanitarian action, via the critical enunciation of citizenship “from the bottom”), one can simply point out that the biogra-

— 10. D. Fassin, *La Raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, coll. « Hautes études », Paris, éditions de l'EHESS (avec Seuil/Gallimard), 2010.

— 11. In that respect, it can be suggested that people's aspirations to a certain well-being, to decent and dignified living conditions (social justice and good governance, food security and access to health care, education, etc.) carry all the more weight in the action of public authorities as the latter claim responsibility for them. At the very least, the relative ability of rulers to take on these popular expectations crystallises major social and political issues.

— 12. The expression “from the bottom” is in this case used in reference to the concept of power developed by Michel Foucault: “One day, I used the formula *power comes from the bottom*. [...] If one raises the question of power in terms of power relations, if one clearly admits that there are governmentality relationships, among individuals, a crowd, a very complex network of relationships, the main forms of power in the strict sense of the term – political power, ideological power, etc. – are necessarily found in this type of relationships, namely government, conduction relationships that can develop among men. And if some type of relationships such as these does not exist, some other types of major political structures cannot exist. » M. Foucault, « L'intellectuel et les pouvoirs », in *Dits et Écrits*, t. IV, texte n° 359, Paris, Gallimard, 1994.

— 10. D. Fassin, *La Raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, coll. « Hautes études », Paris, éditions de l'EHESS (avec Seuil/Gallimard), 2010.

politiques¹¹; mais ce processus se réalise essentiellement par le bas¹², *a contrario* des programmes « officiels » élaborés le plus souvent par le haut et/ou depuis l'extérieur.

Sans avoir à ce stade matière à interroger plus précisément ces logiques d'intrication (du politique au développement et à l'humanitaire, en passant par l'énonciation critique et « par le bas » de la citoyenneté), on peut simplement souligner que l'approche biographique doit permettre d'en mieux cerner les dynamiques propres. Les acteurs engagés dans le mouvement YEM disposent-ils d'un passé militant (associatif, politique) et/ou dans l'action humanitaire ? Pourquoi leur volonté d'engagement personnel s'est-elle orientée en direction de ce collectif, plutôt que vers des opérateurs plus classiques de l'aide, voire les partis politiques ? D'ailleurs, ces engagements sont-ils vus comme nécessairement exclusifs les uns des autres et quel est l'apport spécifique de YEM par rapport à l'offre humanitaire et politique déjà existante ? Comment, à travers leur participation aux activités initiées par le mouvement, leur conscience citoyenne s'est-elle renforcée ou au moins façonnée ? Enfin, et peut-être surtout, comment l'éthique du *faire pour autrui* propre à l'action humanitaire agit-elle en retour sur un *sentiment citoyen*, et réciproquement ?

Cet examen doit ainsi permettre de cerner l'épaisseur anthropologique de l'action

— 11. À cet égard, on peut suggérer que les aspirations des populations à un certain bien-être, à des conditions de vie décentes et dignes (justice sociale et bonne gouvernance, sécurité alimentaire et accès aux soins, éducation, etc.), pèsent d'un poids d'autant plus important sur l'action des pouvoirs publics que ceux-ci en revendiquent la charge. À tout le moins, la capacité relative des gouvernants à assumer ces attentes populaires cristallise des enjeux sociaux et politiques majeurs.

— 12. L'expression « par le bas » est ici utilisée par référence à la conception du pouvoir développée par Michel Foucault : « J'ai employé un jour la formule *le pouvoir vient d'en bas*. [...] Si on pose la question du pouvoir en termes de relations de pouvoir, si on admet bien qu'il y a des relations de gouvernementalité, entre les individus, une foule, un réseau très complexe de relations, les grandes formes de pouvoir au sens strict du terme – pouvoir politique, pouvoir idéologique, etc. – sont nécessairement dans ce type-là de relations, c'est-à-dire les relations de gouvernement, de conduction qui peuvent s'établir entre les hommes. Et, s'il n'y a pas un certain type de relations comme celles-là, il ne peut y avoir certains autres types de grandes structurations politiques. » M. Foucault, « L'intellectuel et les pouvoirs », in *Dits et Écrits*, t. IV, texte n° 359, Paris, Gallimard, 1994.

phical approach should allow for a better understanding of the specific dynamics involved. Do the players involved in the movement YEM have a militant (associative, political) and/or humanitarian past? Why did their will for personal commitment turn towards this collective movement rather than towards more traditional aid organisations, or even political parties? Moreover, are these commitments perceived as necessarily exclusive of one another and what is YEM's specific contribution compared to what already exists in terms of humanitarian and political action? How has their social conscience been strengthened or at least shaped through their participation in activities initiated by the movement? Lastly, and perhaps most importantly, how does the ethics of *doing for others*, specific to humanitarian action, act upon a *sense of civic duty* in return, and vice versa?

This review should therefore help comprehend the anthropological depth of humanitarian and development action by gauging how it is designed and implemented, understood and interpreted, condemned or discussed, or even appropriated and reinvented. It also allows some mechanisms specific to what shall be referred to as a "socialisation" of humanitarian action and solidarities to be examined, by playing on the double meaning of the expression.

First, in the lexicon of social science, socialisation can define the process by which an object (material, notional, etc.) is integrated in the collective understanding and daily practices. In that sense, it implies a review of the social logics that contribute to the popularisation of humanitarian practices and prerogatives through popular or non-specialist initiatives (i.e. as opposed to "expert" actions conducted by humanitarian and development professionals). Then, the term "socialisation" in this context refers more formally to the shift between humanitarian work and social work, in that it characterises a logic of local ownership - or domestication - of solidarities. In simple terms, how does the transition and/or conversion of humanitarian action to social action and civic commitment take place?

humanitaire et de développement, en jugeant comment elle est conçue et mise en œuvre, comprise et interprétée, dénoncée ou débattue, ou encore appropriée et réinventée. Il permet également d'interroger certains mécanismes propres à ce l'on nommera une « socialisation » de l'humanitaire et des solidarités, en jouant sur le double sens de l'expression.

D'abord, dans le lexique des sciences sociales, la socialisation peut définir le processus par lequel un objet (matériel, idéal, etc.) est intégré à l'entendement collectif et aux pratiques quotidiennes. En ce sens, il s'agit d'examiner les logiques sociales qui participent de la vulgarisation des pratiques et prérogatives de l'humanitaire par le biais d'initiatives populaires ou « profanes » (c'est-à-dire par contraste avec les actions « expertes » conduites par les professionnels de l'humanitaire et du développement). Ensuite, l'expression de « socialisation » renvoie ici plus formellement au glissement entre travail humanitaire et travail social, c'est-à-dire qu'elle caractérise une logique de prise en charge locale – ou de domestication – des solidarités. En termes simples, comment s'opèrent la transition et/ou la reconversion de l'action humanitaire vers l'action sociale et l'engagement citoyen? Ce processus, dans le cas étudié, se réalise largement sous l'impulsion d'initiatives populaires et infra-étatiques. Il semble intéressant en ce sens de jauger comment l'action publique, pensée et conduite depuis le plus haut niveau de l'État, peut se révéler poreuse à ces dynamiques populaires. Autrement dit, peut-on envisager à terme une véritable « étatisation » de l'action humanitaire: sous quelles formes, guidée par quel projet politique et éthique, et à la lumière de quels enjeux locaux? Incidemment, la notion même « d'humanitaire » reste-t-elle valide pour rendre compte de ces pratiques d'aide soumises à un processus d'endogénéisation, ou de domestication? Sans qu'il soit ici possible d'apporter des réponses claires ou tranchées à ces questions fondamentales, on peut tout au moins admettre que ces lignes de fuite sont, en elles-mêmes, révélatrices de certaines transformations encore en germe.

« La notion même "d'humanitaire" reste-t-elle valide pour rendre compte de ces pratiques d'aide soumises à un processus d'endogénéisation, ou de domestication ? »

“Does the very concept of ‘humanitarian’ remain valid when reporting on such aid practices subject to an endogenisation or domestication process?”

In the case under study, this process is largely driven by popular and sub-state initiatives. In this sense, it would be interesting to gauge how public action, thought out and conducted from the highest level of the State, could prove pervious to these popular dynamics. In other words, is it possible to eventually contemplate a genuine “nationalisation” of humanitarian action: under what forms, guided by what political and ethical plan, and in light of which local issues? Incidentally, does the very concept of “humanitarian” remain valid when reporting on such aid practices subject to an endogenisation or domestication process? Though clear or definite answers to these fundamental questions cannot be provided at this time, one can at least admit that these lines of convergence are, in themselves, indicative of certain transformations that are still in their embryonic stage.

“Independence” and “neutrality” in question: new links between citizens’ movements and humanitarian organisations?

Recompositions, which I refer to as the “socialisation of aid”, are particular evidence of new forms of *agency* on the part of individuals previously confined to the status of beneficiaries and assigned to a passive role of persons who “require assistance”, with all that it implies in terms of symbolic domination *via* the submission to imposed standards. In this sense, it is necessary to achieve a better understanding of the new power games/stakes that structure themselves between public action, popular initiatives and, lastly, humanitarian and development professionals.

Such a review cannot be completed without a precise study of the dominant social representations in Senegal, both within the political class and among the humanitarian and development players. In the latter regard, one has to admit that some issues that presently fall within the humanitarian realm¹³ are reflected in the debates on the political, economic and symbolic independence of formerly colonised states. These controversies do not solely involve the political elites

— 13. Humanitarian and development action is hereby discussed in its routine and sustainable dimension, in contrast to so called “emergency” interventions, whatever their cause.

L'« indépendance » et la « neutralité » en question : de nouveaux liens entre mouvements citoyens et organisations humanitaires ?

Les recompositions que je désigne sous l'expression de « socialisation de l'aide » témoignent notamment de nouvelles formes d'*agency* de la part d'individus naguère cantonnés au statut de bénéficiaires et assignés à un rôle passif de personnes « à assister », avec ce que cela suppose en termes de domination symbolique *via* la soumission à des normes imposées. Il s'agit en ce sens de mieux cerner les nouveaux (en)jeux de pouvoir qui s'organisent entre action publique, initiatives populaires et, enfin, professionnels de l'humanitaire et du développement.

Un tel examen ne va pas sans une étude précise des représentations sociales dominantes au Sénégal, relatives aussi bien à la classe politique qu'aux acteurs de l'humanitaire et du développement. À ce dernier égard, il faut admettre que certains enjeux qui traversent aujourd'hui le champ de l'aide humanitaire¹³ se reflètent dans des débats relatifs à l'autonomie politique, économique et symbolique d'États anciennement colonisés. Ces controverses n'impliquent pas seulement les élites politiques de ces pays. La menace d'une « recolonisation » par le biais d'organismes transnationaux figure également en bonne place dans les discours et imaginaires populaires ouest-africains. En l'espèce, cette question se pose avec d'autant plus d'acuité que l'épouvantail de la récupération partisane et/ou ONGiste conditionne dans une large mesure la légitimité populaire sur laquelle YEM peut s'appuyer pour conduire ses actions. Concrètement, le risque serait d'être suspecté d'œuvrer pour l'appât du gain (l'obtention de financements dévolus à l'aide) et/ou du pouvoir (l'accession à des postes politiques). Les leaders du mouvement sont ainsi *de facto* amenés à sans cesse négocier et justifier leurs prises de position, actions, sources de financement, etc., en tenant compte de tels risques.

Ces enjeux se polarisent aujourd'hui notamment sur le soutien financier et logistique que l'ONG Oxfam, entre autres, apporte à YEM pour la conduite de ses chantiers citoyens, la

« L'épouvantail de la récupération partisane et/ou ONGiste conditionne dans une large mesure la légitimité populaire sur laquelle YEM peut s'appuyer pour conduire ses actions. »

“The spectre of partisan and/or NGOist appropriation largely influences the popular legitimacy on which YEM can rely to conduct its actions.”

of these countries. The threat of a “recolonisation” through transnational organisations also features prominently in the speeches and minds of West African people. In this instance, this issue is all the more relevant as the spectre of partisan and/or NGOist appropriation largely influences the popular legitimacy on which YEM can rely to conduct its actions. In concrete terms, the risk would be to be suspected of working for financial gain (obtaining funds destined to aid) and/or power (accession to political offices). The leaders of the movement are therefore *de facto* required to constantly negotiate and justify their stances, actions, funding sources, etc., in the light of such risks.

These stakes are presently focused particularly on the financial and logistical support that Oxfam, among other NGOs, is providing YEM with for the completion of its civic projects, in particular the Observatory for democracy and good governance. This support from the British NGO is stirring up much controversy among people and the media, amid denunciation of a dependency caused by transnational organisations. Faced with such controversies, and thereby demonstrating their acuity, Oxfam felt obliged to better clarify the terms of its partnership with YEM, through a statement dated February 5, 2014.

“Much is being said about the Oxfam’s funding of *Y en a marre* in the media. In view of the wave of comments it has triggered, Oxfam would like to make the following clarifications:

- Oxfam has been operating in Senegal since 1983 through various projects and programs, conducted primarily by national NGOs, associations and community based organisations.
- This funding complies with the laws of Senegal and with Oxfam’s partnership principles.
- Oxfam considers *Y en a marre* as an important partner for the implementation of its governance program, in particular by encouraging youth to take part in the decision making process within their respective localities.

— 13. Est ici évoquée l'action humanitaire et de développement dans sa dimension routinière et durable, par contraste avec des interventions dites d'« urgence », quelles qu'en soient les causes.

mise en place de l'Observatoire de la bonne gouvernance et de la démocratie en particulier. Ce soutien de l'ONG britannique soulève d'importants remous populaires et médiatiques, sur fond de dénonciation d'une mise en dépendance par l'intermédiaire d'organismes transnationaux. Face à ces controverses, et témoignant ainsi de leur acuité, l'ONG Oxfam s'est sentie un devoir de mieux préciser les termes de son partenariat avec YEM, à travers une déclaration datée du 5 février 2014.

« Il est beaucoup question du financement d'Oxfam à *Y en a marre* dans les médias. Eu égard à la vague de commentaires que cela suscite, Oxfam voudrait apporter les précisions ci-après :

- Oxfam intervient au Sénégal depuis 1983 à travers différents projets et programmes, exécutés principalement par des ONG nationales, des associations et des organisations communautaires de base.
- Ce financement cadre avec les lois sénégalaises et les principes de partenariat d'Oxfam.
- Oxfam considère *Y en a marre* comme un partenaire important dans la mise en œuvre de son programme gouvernance en impliquant les jeunes dans la participation à la prise de décision dans leurs localités respectives.
- L'un des objectifs du partenariat entre Oxfam et *Y en a marre* est de "mettre en place un mécanisme de contrôle citoyen de l'action publique afin de contribuer au renforcement des acquis démocratiques et favoriser une meilleure participation citoyenne des jeunes notamment".
- Étant donné que *Y en a marre* n'avait pas encore reçu sa reconnaissance juridique au moment de finaliser le partenariat avec Oxfam, la gestion du financement a été confiée à Enda Lead. »

YEM se trouve en quelque sorte pris en étau entre la nécessité d'offrir une assise économique et logistique solide à ses initiatives et le risque d'être discrédité aux yeux de l'opinion publique sénégalaise en tant que relais d'un « impérialisme déguisé », alors même qu'il tire sa force et sa raison d'être de son adoubement populaire. À cet égard, il n'est peut-être pas anodin que ce soit une ONG britannique, plutôt que française, qui ait offert son soutien à YEM; dans le cas contraire, si

« Il n'est peut-être pas anodin que ce soit une ONG britannique, plutôt que française, qui ait offert son soutien à YEM. »

"the fact that a British NGO rather than a French one offered its support to YEM may be a significant point."

- One of the objectives of the partnership between Oxfam and *Y en a marre* is the "establishment of a civic control mechanism over public action in order to contribute to the strengthening of democratic achievements and to promote better citizenship, among youth in particular."
- Since *Y en a marre* had not yet been legally recognised at the time of finalising the partnership with Oxfam, funding management was entrusted to Enda Lead."

YEM is somehow caught between the need to provide a solid economic and logistical foundation to its initiatives and the risk of being discredited in the eyes of the general public of Senegal as a relay for "disguised imperialism", even though it draws its strength and purpose from its popular endorsement. In that respect, the fact that a British NGO rather than a French one offered its support to YEM may be a significant point; otherwise, if such support was provided by an organisation from the former colonial power, one can assume that the suspicions or judgements of neo-colonialism (even indirect) would have been even stronger. This example leads to two central questions: that of the *independence* of the movement on the one hand, and that of its *neutrality* on the other.

The issue of independence or self-reliance implicitly raises that of the *conditions for the possibility of one's own word about oneself*. "Own word" meaning one that is not subject to substitution, confiscation and/or instrumentalisation either by the ruling powers ("popular masses" versus "political elites") or by international humanitarian and development professionals, however commendable their intentions may be. The issue of neutrality appears more complex, in that it raises that of the strictly political nature of a movement such as YEM. As a hypothesis, I suggest that managing, to a certain extent, to anticipate the changes in the humanitarian field of Senegal (transition considered "from the bottom" in this case, through a double movement of domestication and popularisation) involves devising a *shift in the boundaries of power and commitment*.

ce soutien était le fait d'un organisme issu de l'ancienne métropole coloniale, on peut supposer que les soupçons ou jugements de néo-colonialisme (même indirect) n'en auraient été que plus forts. Cet exemple introduit deux questions centrales : celle de l'*indépendance* du mouvement d'une part ; celle de sa *neutralité* d'autre part.

Le problème de l'indépendance ou de l'autonomie soulève, en filigrane, celui des *conditions de possibilité d'une parole propre sur soi*. « Parole propre », c'est-à-dire qui ne fasse pas l'objet d'une substitution, d'une confiscation et/ou d'une instrumentalisation aussi bien par les pouvoirs dirigeants (« masses populaires » *versus* « élites politiques ») que par les professionnels du développement et de l'humanitaire international, aussi louables que soient leurs intentions. La question de la neutralité apparaît plus complexe, en ce sens qu'elle soulève celle du caractère proprement politique d'un mouvement tel que YEM. À titre d'hypothèse, je suggère que parvenir un tant soit peu à anticiper les évolutions du champ humanitaire sénégalais (transition envisagée ici « par le bas », à travers un double mouvement de domestication et de vulgarisation) implique de penser le *déplacement des lignes* du pouvoir et de l'engagement. Ce glissement témoigne notamment d'un investissement toujours plus net, par le politique, d'enjeux humanitaires et de développement.

Une telle perspective de recherche doit permettre de comprendre comment l'humanitaire est, d'une certaine façon, *rattrapé et traversé* par des (en)jeux de pouvoir locaux. Il ne s'agit pas ici de s'en réjouir ou au contraire de déplorer un tel état de fait, mais bien de saisir les mécanismes suivant lesquels ces déplacements se réalisent. C'est à ce prix que la question de la neutralité, qui s'impose comme l'un des principes éthiques fondamentaux dans le champ humanitaire, pourra être posée à nouveaux frais, y compris dans le champ de l'action sociale et citoyenne.

« L'humanitaire est, d'une certaine façon, rattrapé et traversé par des (en)jeux de pouvoir locaux. »

"Humanitarian action is, in some way, recaptured and intersected by local power stakes/games."

This shift is evidence of an increasingly clear involvement, through politics, of humanitarian and development issues.

Such a research perspective should help understand how humanitarian action is, in some way, recaptured and intersected by local power stakes/games. The intention here is not to rejoice or to lament such a state of affairs, but rather to understand the mechanisms that drive these shifts. This is what it will take for the issue of neutrality, which stands out as one of the fundamental ethical principles in the humanitarian field, to be raised anew, including in the field of social and civic action.

Translated from the French by Marc Duc

Biographie | Biography



THOMAS FOUQUET

Chargé de recherches au CNRS (Institut des mondes africains - Imaf).
Research associate at CNRS (Institute of African Worlds - IMAF).

CRÉDITS PHOTOS:

1 – Couverture

| [cover](#)

© J.-B. Richardier | Handicap International

• Sierra Leone, octobre 2015. Jeunes filles souriant lors de la réception des matelas neufs fournis par Handicap International pour remplacer ceux ayant été en contact avec des fluides potentiellement infectés par le virus Ebola

• [Young girls smiling during the reception of new mattresses furnished by HI to replace those having been in contact with potentially Ebola infected fluids.](#)



2 – Éditorial

| [Editorial](#)

© Corentin Fohlen | Handicap International

• Vue du camp d'Azraq, Jordanie, pour les réfugiés syriens, septembre 2015.

• [View in Azraq camp, Jordan, for the syrian refugees, september 2015](#)



3 – Ouverture de dossier

| [Focus opening](#)

© J.-B. Richardier | Handicap International

• Intervention de l'équipe auprès de patients suspects pour les acheminer vers un centre de diagnostic et d'isolement puis procéder à la décontamination à l'eau chlorée de la zone.

• [Intervention of the team with suspected patients to drive them to a center for diagnosis and isolation and to decontaminate the zone with a chlorine solution.](#)



4 – Perspectives

© Corentin Fohlen | Handicap International

• Dadaab, Kenya, 4 août 2011. Le camps de réfugiés IFO 3.

• [Dadaab, Kenya, August 4, 2011, IFO 3 Refugees camp.](#)



5 – Transitions

© G. Dubourthoumieu | Handicap International

• Plaine de la Bekaa, Liban, juin 2013. Oumran, travailleur social pour Handicap International, procède au recensement et à l'évaluation d'une famille de réfugiés syriens, nouvellement arrivée de Raqa avec 5 enfants dans le camp informel de Jibyanin, dans la plaine de la Bekaa, à l'est du Liban.

• [Plain of Bekaa, Lebanon, June 2013. Oumran, social worker for Handicap International, is conducting an enumeration and evaluation of a family of Syrian refugees newly arrived from Raqa with 5 children in the informal Jibyanin camp in the Bekaa, east of Lebanon.](#)



6 – Innovations

© Benoît Marquet | Handicap International

• État d'Orissa, Inde, novembre 2008. Bhabani Rout, 45 ans, est amputée et appareillée d'une prothèse. Elle conduit un exercice de simulation dans le cadre du projet de réduction des risques catastrophes naturelles (DRR, Disaster Risk Reduction), dans le village de Bilipada.

• [State of Orissa, India, November 2008. Bhabani Rout, 45, was amputee and has been fitted with a prosthesis. She leads an early warning mock drill in the frame of the project DRR \(Disaster Risk Reduction\) in the village of Bilipada.](#)



Politique de diffusion de la revue « Alternatives Humanitaires »

La revue « Alternatives Humanitaires » sera diffusée en version digitale et en version papier. Elle sera ainsi disponible à la fois :

- en accès libre dans sa version numérique sur notre site: <http://alternatives-humanitaires.org> ;
- sur support papier, soit par abonnement annuel soit par achat au numéro.

Votre avis nous intéresse

Vous faites partie des grands lecteurs auxquels nous avons fait parvenir ce « Numéro inaugural » de la revue « Alternatives Humanitaires ». En vue de la réalisation du Numéro 1, nous vous invitons à nous faire part de vos remarques et commentaires sur cette première ébauche ainsi que vos attentes et vos recommandations éventuelles sur le contenu et la forme. À cette fin, un questionnaire vous est proposé sur le lien :

<https://surveyplanet.com/56669acd13a9ebb4509f6eaa>

Par ailleurs, n'hésitez pas à nous contacter pour toute question ou souhait de contribution en adressant votre message à :

contact@alternatives-humanitaires.org

Nous vous remercions par avance de votre intérêt pour la revue et pour votre participation.

Le Comité de rédaction

Distribution policy of the review “Humanitarian Alternatives”

The review "Humanitarian Alternatives" will be distributed in a digital and in hard copy. Thus, it will be available :

- In open access on our website:
<http://alternatives-humanitaires.org> ;
- On subscription or by purchasing a single hard copy issue.

We are interested in your opinion

You are one of the main readers to whom we have sent this Inaugural Issue of the review "Humanitarian Alternatives". In view of the realization of the first issue, we invite you to give us feedback on this new sketch as well as your expectations and recommendations regarding the content and the layout of this issue. To this end, a questionnaire is available on the following link:

<https://surveyplanet.com/56669acd13a9ebb4509f6eaa>

Please do not hesitate to contact us if you have any question or if you wish to contribute to the review. You can send us a message at the following address:

contact@alternatives-humanitaires.org

We thank you in advance for your interest in the review and for your participation.

The Editorial board



J.-F. Mattei,
B. Miribel,
J.-B. Richardier,
J.-C. Rufin

ÉDITORIAL | EDITORIAL

Pourquoi se risquer à publier une nouvelle revue internationale dédiée à l'action humanitaire ?
Why risk publishing a new international humanitarian review?

3

PERSPECTIVES

E. Davey

L'action humanitaire au-delà des *French doctors*
Humanitarian action beyond the "French doctors"

10

FOCUS EBOLA

La fin du cauchemar ?
The end of the nightmare?

20

Pr J.-F. Delfraissy
B. Miribel

Les leçons d'Ebola
Lessons from Ebola

22

M. Edelstein
D. L. Heymann

Ebola : passé, présent et futur
Ebola: past, present and future

28

J.-H. Bradol

La réponse à l'épidémie d'Ebola : négligence, improvisation et autoritarisme
The response to the Ebola epidemic: negligence, improvisation and authoritarianism

39

J.-P. Veyrenche

Récit d'une mission pas comme les autres au Liberia
Tale of a mission to Liberia, unlike any other

51

A. Sidiki Diakité

Ebola en Guinée: un révélateur des forces et faiblesses
Ebola in Guinea: strenghts and weaknesses brought to the fore

57

G. Faure
J. Besnier
P. Lavirotte
M. Vairetto
J.-B. Richardier

Rompre les chaînes de transmission du virus Ebola : l'histoire d'un déploiement en Sierra Leone
Breaking the Ebola virus transmission chains: the story of a deployment in Sierra Leone

66

C. Longuet
A. Salam
J. Dunning

Recherche sur Ebola : une rencontre entre science et humanitaire
Ebola research: an encounter between science and humanitarian action

81

TRANSITIONS

J.-F. Mattei

Haïti, ou l'éthique humanitaire en question
Haiti, or humanitarian ethics under question

96

INNOVATIONS

T. Fouquet

L'humanitaire à l'épreuve des mobilisations citoyennes. L'exemple du mouvement sénégalais *Y en a marre*
Humanitarian action in the face of civic mobilisations. The example of the Senegalese movement *Y en a marre*

110

Février 2016
Numéro inaugural —

ALTERNATIVES HUMAINAIRES HUMANITARIAN ALTERNATIVES

February 2016
— Inaugural Issue