

**Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication
École des sciences politiques et sociales (PSAD)**

**Quels sont les facteurs qui ont
provoqué l'inefficacité de
l'Organisation Mondiale de la Santé
dans la crise d'Ebola en Afrique de
l'Ouest en 2014 ?**

Auteure : MIAZEK, Marta

Promoteur : CHEMOUNI, Benjamin

Année académique : 2022 – 2023

Master en spécialisation en Action Humanitaire Internationale – HUMA2MC

Table des matières

La déclaration de déontologie	4
Remerciements.....	5
Liste d'acronymes.....	6
1. Introduction générale	8
1.1. Aperçu général de la situation traitée dans le cadre de ce travail de fin d'études	8
1.2. Définitions de concepts centraux	10
1.2.a. Définition du mot « crise ».....	10
1.2.b. Définition de l'Ebola.....	10
1.2.c. Description de l'OMS	12
1.2.d. Description de Médecins Sans Frontières	17
1.3. Question de recherche du travail de fin d'études.....	19
1.3.a. Problématique abordée et la pertinence de la question de recherche	19
1.3.b. Question de recherche	25
1.4. Méthodologie de la recherche	25
1.4.a. Revue de littérature	25
1.4.b. Entretiens avec des personnes clés intervenues lors de la crise	26
1.4.c. Difficultés et les limites	26
1.5. Plan.....	27
2. Contexte général et la chronologie de l'épidémie.....	28
2.1. Contexte sanitaire et géopolitique en Sierra Leone, en Guinée et au Libéria	28
2.2. Chronologie de l'épidémie de décembre 2013 à décembre 2014.....	30
2.3. Causes et conséquences du déclenchement de l'Urgence de Santé Publique à Portée Internationale	35
2.4. Actions de l'OMS à partir du mois d'août 2014.....	37
3. Raisons d'inefficacité de l'action de l'OMS lors de la crise d'Ebola en 2014.....	38
3.1. Raisons internes d'inefficacité de l'action de OMS	38
3.1.a. Raisons liées à l'interaction et la hiérarchie entre les différents niveaux de l'OMS.....	38
3.1.b. Raisons liées à l'incompétence de personnes en place à différents niveaux de l'OMS.....	40
3.1.c. Raisons liées au mandat et aux limites organisationnelles de l'OMS	43
3.1.d. Raisons liées à la mise en application du Règlement Sanitaire International	47
3.1.e. Raisons liées aux financements de l'OMS	49
3.1.f. Raisons liées à la corruption interne à l'OMS et les acteurs externes	51

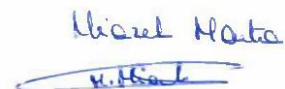
3.1.g. Raisons liées à la rigidité des procédures de l'OMS	52
3.2. Raisons externes à l'OMS.....	52
3.2.a. Raisons liées à la communication et la collaboration avec l'OMS	52
3.2.b. Raisons liées à la relation de l'OMS avec la communauté locale.....	54
3.2.c. Raisons liées à la collaboration entre l'OMS et la MINUAUCE	57
4. Leçons apprises	59
4.1. Leçons apprises par l'OMS et les changements mis en place pendant ou après la crise d'Ebola de 2014	59
4.2. Analyse des leçons apprises	62
5. Conclusion générale	64
6. Bibliographie	67
7. Annexes	77
7.1. Pays touchés ayant rapporté des cas confirmés d'Ebola en 2014.....	77
7.2. Instrument de décisions permettant d'évaluer et de notifier les événements qui peuvent constituer une Urgence de Santé Publique de Portée Internationale	78
7.3. Le questionnaire pour les entretiens avec les intervenants clés lors de la crise d'Ebola	79
7.4. Informations additionnelles par pays touché par l'Ebola.....	79
7.5. Historique des épidémies d'Ebola et le nombre de cas confirmés	81
7.6. Répartition géographique de CTE coordonnés par MSF	82
7.7. Evolution du nombre de cas d'Ebola entre 2014 et 2016 en Sierra Leone, en Guinée et en Libéria	83
7.8. Mécanismes mis en place par l'OMS après août 2014	84
7.9. Différentes approches de prise en charge des patients contaminés par l'Ebola	85

La déclaration de déontologie

« Je déclare sur l'honneur que ce TFE a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant références à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthodologie universitaire en vigueur.

Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitations de sources divers et savoir que le plagiat constitue une faute grave »

MIAZEK Marta

Handwritten signature in blue ink, reading "Marta Miazek" with a stylized underline.

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à ce travail de fin d'études.

Je tiens à exprimer mes remerciements envers Mr. Benjamin Chemouni pour ses nombreuses suggestions de recherche et son accompagnement tout au long du processus. Un grand merci également à Mme Marie Christine Ferir, grâce à qui j'ai pu rencontrer des individus passionnés et fascinants qui ont généreusement partagé leur expérience de 2014. Merci à Médecins Sans Frontière d'être ma source d'inspiration et ma fierté au quotidien.

Et surtout, merci à mon entourage pour leurs encouragements et soutien sans faille.

Un grand merci à tous.

Liste d'acronymes

- AG de l'ONU: Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies
- AMS : Assemblée Mondiale de la Santé
- CDC: Centers for Disease Control and Prevention
- CICR: Comité International de la Croix Rouge
- CdS de l'ONU : Conseil de Sécurité de l'Organisation des Nations Unies
- CE de l'OMS: Conseil Exécutif de l'Organisation Mondiale de la Santé
- CSC : Centres de Soins Communautaires
- CTE : Centre de Traitement d'Ebola
- ECOSOC : Conseil Economique et Social de l'Organisation de Nations Unies
- EMT : Emergency Response Team
- EPI : Equipement de Protection Individuel
- ERF : Emergency Response Framework
- GERC : Coalition Mondiale de l'Action contre Ebola
- GHSA : Programme de Sécurité Sanitaire Mondiale
- GOARN: The Global Outbreak Alert and Response Network. En français il s'agit du Réseau Mondial d'Alerte et d'Action en Cas d'Épidémie.
- HBC : Home Based Care
- HQ : Head quarter
- IASC : Comité permanent inter organisations
- IDSR : Système de Surveillance Intégré des Maladies et de Riposte
- MdS : Ministère de la Santé
- MINUAUCE : Mission des Nations Unies pour l'Action d'Urgence Contre l'Ebola
- MSF : Médecins Sans Frontières
- OCHA : Bureau de la coordination des affaires humanitaires
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG : Organisation Non Gouvernementale
- ONU : Organisation des Nations Unies
- RDC : République Démocratique du Congo
- RP : Représentant Pays

- RSI : Régulation Sanitaire Internationale
- SBC : Surveillance à Base Communautaire
- STEPP : Stopper, Traiter, Assurer, Préserver et Prévenir
- TFE : Travail de Fin d'Études
- UNMEER : United Nations Mission for Ebola Emergency Response (équivalent de la MINUAUCE en anglais)
- USPPI : Urgence de Santé Publique de Portée Internationale
- PAM : Programme Alimentaire Mondial
- WHO : World Health Organization (équivalent de l'OMS en anglais)

1. Introduction générale

1.1. Aperçu général de la situation traitée dans le cadre de ce travail de fin d'études

La crise d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 correspond à une épidémie de fièvre hémorragique causée par le virus Ebola. Selon les experts, elle aurait commencé en Guinée en décembre 2013. La confirmation de l'épidémie a été obtenue par l'analyse d'échantillons en Europe en mars 2014, et la maladie s'est rapidement propagée au Libéria, en Guinée et en Sierra Leone. D'autres pays ont également été touchés, tels que le Nigeria, le Mali et le Sénégal, bien que dans une moindre mesure, comme indiqué dans l'annexe 7.1.

L'épidémie a été la plus importante de l'histoire. Elle a dépassé de loin toutes les épidémies précédentes en termes d'ampleur, avec plus de 28 616 cas confirmés, suspects ou probables signalés, soit 67 fois la taille de l'épidémie la plus importante enregistrée auparavant. Le nombre de décès signalés s'est élevé à plus de 11 310¹. Parmi les cas recensés, on compte 850 professionnels de santé qui ont été infectés, et malheureusement, plus de la moitié d'entre eux ont perdu la vie². Cette épidémie a eu un impact dévastateur sur les systèmes de santé, l'économie, la politique et la société du Libéria, de la Guinée et de la Sierra Leone.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a déclaré l'Urgence de Santé Publique de Portée Internationale (USPPI) seulement au mois d'août 2014 appelant les gouvernements et la communauté internationale à agir pour aider à contrôler l'épidémie, c'est-à-dire plus de huit mois après la notification des premiers cas³. La gestion de la crise a été difficile, mais grâce aux efforts

¹ Lorsque nous évoquons la « taille de l'épidémie », il s'agit de la dimension considérable des ressources nécessaires pour faire face à cette crise. Médecins Sans Frontières, « Ebola 2014 – 2015 Facts and Figures. Key financial data on MSF's response to the Ebola epidemic in West Africa », Reliefweb, 23.03.2026

Nombre de cas au 2 juin 2016. GASQUET BLANCHARD C., « L'épidémie d'Ebola de 2013 – 2016 en Afrique de l'Ouest : analyse critique d'une crise avant tout sociale », Santé Publique 2017/4

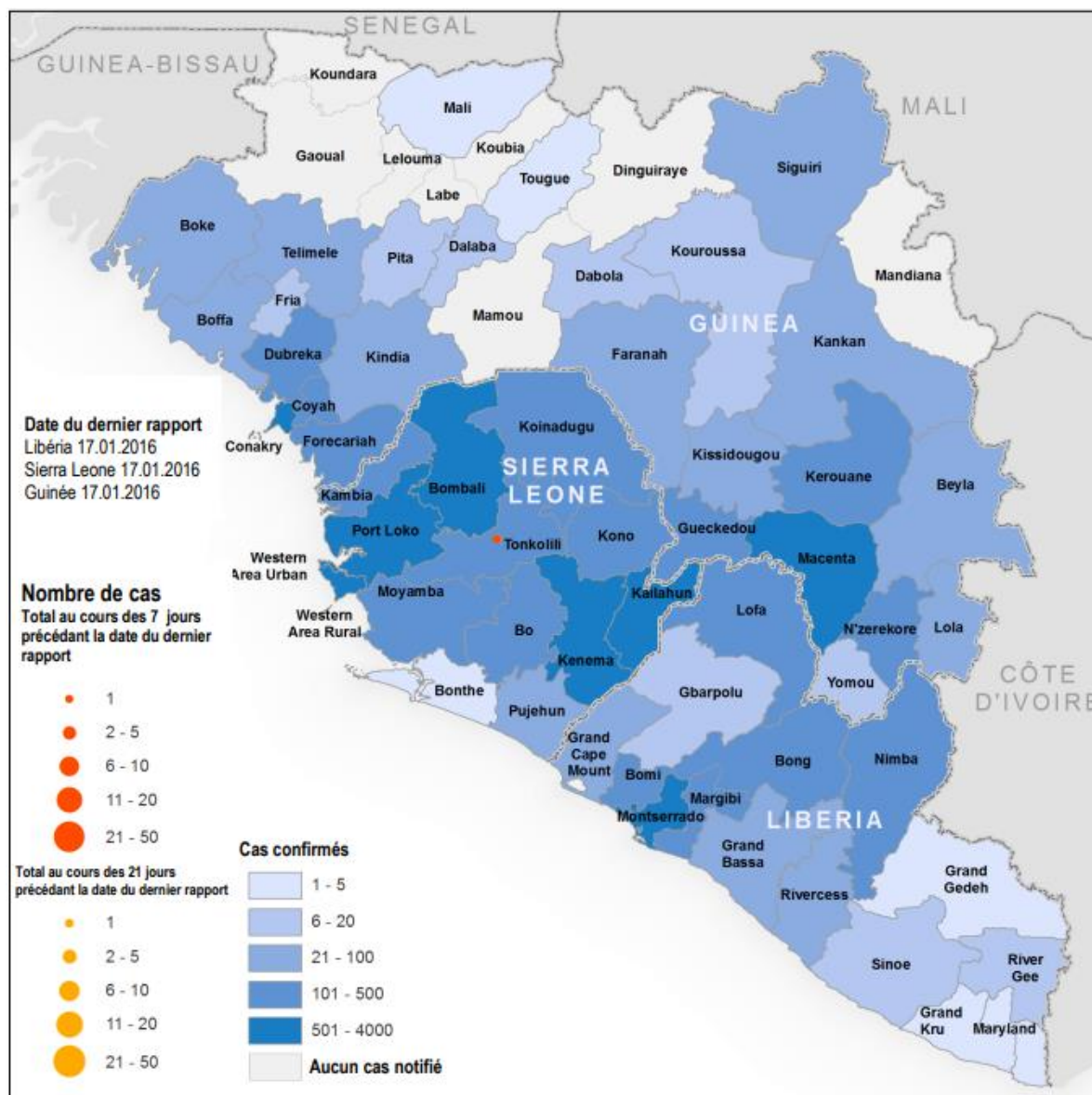
Médecins Sans Frontières, « Poussés au-delà de nos limites, une année de lutte contre la plus vaste épidémie d'Ebola de l'Histoire », 2014

² Organisation Mondiale de la Santé, « 2015 plans de Riposte Stratégique de l'OMS : Flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest », 2015

³ Selon l'OMS, une USPPI correspond à « un événement extraordinaire dont il est déterminé qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres États en raison du risque international de propagation de maladies et qu'il peut requérir une action internationale coordonnée ». Organisation Mondiale de la Santé, « Que sont le Règlement sanitaire internationale et les Comités d'urgence ? », 19.12.2019

soutenus de tous les acteurs, elle a été maîtrisée le 29 mars 2016⁴. La crise a néanmoins mis en évidence les dysfonctionnements internes et externes de l’OMS, et la nécessité de mettre en place des réformes à tous les niveaux de l’Organisation.

La carte ci-dessous représente les trois pays les plus durement touchés et les zones qui ont enregistré des cas confirmés en janvier 2016.



Source : Organisation Mondiale de la Santé, « Rapport de situation sur la flambée de maladie à virus Ebola » 20.01.2016

⁴ Organisation Mondiale de la Santé, « Le Directeur général de l’OMS annonce la fin de l’urgence de santé publique de portée internationale relative à la flambée Ebola », 29.03.2016

1.2. Définitions de concepts centraux

1.2.a. Définition du mot « crise »

Pour une meilleure compréhension de la situation traitée dans ce travail et de sa gravité, il convient de s'attarder sur ce que nous entendons par le mot « crise ». Ce mot revient régulièrement dans la revue de littérature et dans les entretiens qui ont été menés avec des intervenants clés. Le mot « crise » se réfère à la « crise de l'Afrique de l'Ouest en 2014 », à la « crise d'Ebola » ou encore à la « crise de 2014 ».

A. Fortin et al. définit la crise de 2014 comme évènement qui se produit lorsque « les capacités des systèmes sont dépassées quelles que soient les origines de la crise⁵ ». L'analyse faite dans ce travail permettra de mettre en évidence le dépassement du système de l'OMS que la crise d'Ebola a provoqué.

1.2.b. Définition de l'Ebola

L'Ebola est un virus qui cause de fortes fièvres et hémorragies souvent mortelles pour l'homme⁶. Le taux de létalité se situe entre 30 et 90% selon les épidémies (47% lors de la crise de 2014, avec de grandes disparités entre les pays⁷). L'homme se contamine en manipulant des animaux infectés. Le virus se propage via transmission interhumaine par échange de liquides biologiques de personnes infectés, ou par contact indirect avec l'environnement contaminé par ces liquides biologiques. Il n'y a pas de transmission interhumaine lors de la période d'incubation (avant l'apparition de symptômes)⁸. La maladie ne peut être confirmée que par un test en laboratoire. Les symptômes sont très semblables à d'autres maladies endémiques dans les pays

⁵ FORTIN A. et al., « Les enseignements de l'épidémie d'Ebola pour une meilleure préparation aux urgences », Santé Publique, 2017/4

⁶ Institut Pasteur, « Ebola », 2023

⁷ En 2014, l'épidémie a fait 25 fois plus de victimes que les épisodes précédents. Organisation Mondiale de la Santé, « Maladie à Virus Ebola », 01.2018

⁸ BBC news, «Ebola virus: What is it we explain in 60 seconds- BBC News», 2015

africains au stade précoce, comme le paludisme. En 2014 il n'y avait ni vaccin, ni traitement non expérimental contre cette maladie⁹.

L'Ebola a été découverte en 1976 au Soudan et en République Démocratique du Congo (RDC) suivi d'une vingtaine d'épidémies de faible amplitude jusqu'en 2014¹⁰. Un moment marquant dans l'histoire d'Ebola était l'épidémie à Kikwit (RDC) en 1995. Elle a causé le décès de 315 personnes, dont 30% des médecins de l'hôpital, ce qui est apparu comme un choc pour le monde médical¹¹. C'est à partir de ce moment-là que les mesures pour lutter contre Ebola s'intensifient : l'OMS définit ses mesures d'intervention pour limiter les cas et MSF bâtit son expertise, tout en simplifiant les protocoles de l'OMS.

La réponse contre l'épidémie d'Ebola se structure autour de six piliers clés pour parvenir à contrôler l'épidémie.

Six piliers de la réponse à l'épidémie d'Ebola ¹²
Isoler et prendre en charge les patients
Enterrements dignes et sécurisés
Sensibilisation et promotion de la santé
Surveillance de localisation de nouveaux cas
Suivi actif de personnes à risque (cas contact)
S'assurer de la disponibilité de soins médicaux pour les maladies autres qu'Ebola.

Ceci signifie que pour avoir une bonne gestion d'une épidémie d'Ebola, il faut avoir un large éventail de compétences : logistiques, épidémiologiques, de laboratoire, de communication de la

⁹ CENCIARELLI O. and al., "Ebola virus disease 2013-2014 outbreak in west Africa: an analysis of the epidemic spread and response", Int J Microbiol. 2015

¹⁰ VON BREDOW R., HACKENBROCH V., « It is what people call a perfect storm », Der Spiegel, 26.09.2014

La première épidémie a eu lieu dans le village de Yakmbuku près de la rivière Ebola, d'où provient son nom. DELFRAISSY J.-F., « EBOLA : 2014-2015, une crise sanitaire majeure Pourquoi ? Quelles leçons ? », Santé Publique, 2017/4

¹¹ HEYMANN D. L., and al., « Ebola hemorrhagic fever: lessons from Kikwit, Democratic Republic of the Congo », Journal of Infectious Disease, 02.1999

¹² Médecins Sans Frontières, « Poussés au-delà de nos limites, une année de lutte contre la plus vaste épidémie d'Ebola de l'Histoire », 2014

santé, de gestion de données, d'anthropologie, de connaissance des langues locales, ainsi que de sensibilités culturelles.

1.2.c. Description de l'OMS

L'Organisation Mondiale de la Santé est une agence spécialisée de l'ONU pour la santé publique au niveau mondial¹³. L'OMS fait partie du Conseil Economique et Social de l'ONU (ECOSOC) qui constitue un lien entre l'OMS et l'Assemblée Générale de l'ONU (AG de l'ONU)¹⁴. L'ECOSOC coordonne les activités de l'OMS en se concertant avec elle et en lui adressant des recommandations. L'Organisation détient un statut, des organes, un budget et un personnel propres à elle.

L'OMS a été créée en 1948, 61 États ont signé initialement sa Constitution (194 États signataires actuellement) et son siège principal (le plus haut niveau) se situe à Genève en Suisse. De 2007 à 2017, la Directrice Générale de l'OMS était Margaret Chan (Chinoise). Son successeur est Tedros Adhanom Ghebreyesus (Ethiopien) de 2017 jusqu'à aujourd'hui.

Les principes fondamentaux de l'OMS sont régis par sa Constitution de 1948. Le mandat de l'OMS consiste à œuvrer dans le monde entier à la promotion de la santé, à assurer la sécurité sanitaire et à servir les personnes vulnérables. L'Organisation participe à la surveillance des risques de santé publique, coordonne les interventions en cas d'urgence sanitaire et promeut la santé et le bien-être¹⁵. Elle fournit une assistance technique aux pays, établit des normes sanitaires internationales et recueille des données sur les questions de santé mondiale.

¹³ Organisation Mondiale de la Santé, « L'assemblée mondiale de la Santé réélit le Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus au poste de Directeur général de l'OMS pour un second mandat », 24.05.2022

¹⁴ ECOSOC est un des six organes principaux de l'ONU. Il est placé sous l'AG de l'ONU et joue un rôle consultatif concernant les sujets de coopération sociale et économique mondiale. Il est composé de 54 membres élus par l'AG de l'ONU. United Nations Economic and Social Council, « ECOSOC », 01.2021

¹⁵ La définition de « la santé et du bien-être » selon OMS est : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Organisation mondiale de la Santé, « Comment l'OMS définit-elle la santé ? », 2023

Structure générale de l'OMS

L'OMS est divisée en sous bureaux répartis au niveau mondial. Nous allons nous attarder sur ce point pour comprendre la complexité de l'Organisation, et l'impact que cela a eu lors de la crise de 2014.

Le premier niveau est celui du bureau principal (HQ) à Genève en Suisse. C'est le niveau le plus élevé où se déroule l'Assemblée Générale de la Santé (AMS) et où se situe le bureau du Directeur général, ainsi que les 19 membres de l'équipe de coordination¹⁶. Par l'équipe de coordination nous entendons le chef de cabinet, le Directeur général adjoint, directeurs exécutifs, assistants de direction, et spécialistes organisés autour de département se rapportant aux différentes thématiques sanitaires (par exemple : réponse aux épidémies). Le bureau de Genève dispose d'un pouvoir de surveillance et d'intervention dans les situations impliquant le Règlement Sanitaire International (RSI). Cependant, il n'exerce ce pouvoir que très rarement et uniquement dans des situations d'urgence répondant à l'algorithme de prise de décisions du RSI, qui est joint à l'annexe 7.2. Les activités de l'OMS sont déterminées par les votes des représentants des États membres et que l'OMS n'a aucun pouvoir coercitif. En pratique, la santé publique est un domaine étroitement lié à la politique, car le vote est en grande partie influencé par les décisions et les actions des gouvernements, ainsi que leurs priorités.

Le deuxième niveau est celui des bureaux régionaux. Ils sont au nombre de six : l'Afrique, le Pacifique occidental, la Méditerranée orientale, l'Europe, l'Asie du Sud et l'Amérique. Chaque bureau régional a un Directeur régional qui est élu par les ministères de la Santé des pays constituant le bureau régional. Dans le cas de l'Afrique il s'agit de 47 États membres de l'OMS AFRO¹⁷. Le mandat du bureau régional l'autorise à être l'organe décisionnel en ce qui concerne les politiques de santé dans la région africaine et la répartition de budget, comme l'explique l'article 50 de la Constitution de l'OMS¹⁸. Les décisions prises doivent suivre les lignes directrices de l'OMS Genève. Le bureau régional de l'Afrique se situe à Brazzaville au Congo et rapporte au

¹⁶ MOSER F., BUMP J. B., « Assessing the World Health Organization : What does the academic debate reveal and is it democratic? », Social science & Medecine, 23.10.22

¹⁷ OMS AFRO est synonyme du bureau régional de l'Afrique. Organisation Mondiale de la Santé, « Gouvernance », Région Africaine, 2021

¹⁸ Organisation Mondiale de la Santé, « Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé », 2005

HQ à Genève ainsi qu'aux ministères de la Santé de la région. Le fait de rapporter à deux organes différents rend la compréhension des tâches et responsabilités plus ambiguë, surtout au niveau de relations avec l'OMS Genève¹⁹. Notons que malgré les directives de l'OMS (Genève ou AFRO), il revient au bon vouloir des États (et leur souveraineté) d'appliquer les directives de l'OMS.

Le troisième niveau est celui des représentants pays (RP)²⁰. 150 États ont un représentant de l'OMS à l'intérieur de leurs frontières. Généralement il s'agit d'une personne étrangère au pays dans lequel elle exerce son mandat. Le RP n'a pas de pouvoir de prise de décisions, il est un conseiller de l'OMS pour le ministère de la Santé et il rapporte au bureau régional de l'OMS.

Rôles et responsabilités des organes de l'OMS.

La structure de l'OMS au niveau du siège de Genève se divise en Assemblée Mondiale de la Santé, le Secrétariat, le Conseil Exécutif et le Directeur Général²¹. Les rôles et responsabilités de différentes structures sont développés dans le tableau ci-dessous.

OMS Genève²²
Assemblée Mondiale de la Santé (AMS)
- Organe décisionnel suprême : décide des priorités et des politiques de l'OMS. - Délègue des tâches aux bureaux régionaux et au Conseil Exécutif. - Élit le Directeur général et contrôle le budget. - Il se réunit une fois par an en mai. - Est composée de 194 Etats membres : chaque Etat est représenté par une délégation (le choix des personnes revient à l'Etat). - Décisions importantes prises à la majorité des deux tiers des Etats Membres présents et votants, pour les autres décisions majorité simple.

¹⁹ MOSER F., BUMP J. B., « Assessing the World Health Organization : What does the academic debate reveal and is it democratic? », Social science & Medecine, Volume 314, 23.10.22

²⁰ Le terme « Représentant pays » est synonyme de « bureau pays ».

²¹ Organisation Mondiale de la Santé, « Gouvernance », Région Africaine, 2021

²² Organisation Mondiale de la Santé, « Gouvernance », 2023

Conseil Exécutif (CE)
- Remet des rapports à la demande de l'AMS concernant les études, nouvelles mesures, recherches ou autre. - Se réunit en janvier et décide de l'ordre du jour de l'AMS et adopte les résolutions qui sont remises à l'AMS. - Est composé de 34 techniciens du domaine de la santé, dont 7 membres de la région africaine. - Membres élus tous les trois ans. - Observateurs peuvent participer à CE s'ils ont des relations officielles avec l'OMS. Par exemple: Organisation Non Gouvernementale (ONG) ou CICR.
Directeur Général
- Le plus haut fonctionnaire technique et administratif de l'OMS. - Son rôle consiste à superviser la politique et les travaux de l'OMS au niveau mondial. - Est élu pour 5 ans lors de l'AMS par les Etats membres. Renouvelable une fois. - Chaque Etat est invité à soumettre une proposition de candidat. Le vote est secret. - Le Directeur général ne peut agir sans mandat des Etats Membres²³. - Seul à pouvoir déclarer une USPPI.

Dans le tableau ci-dessous nous verrons l'organisation structurelle de l'OMS au niveau du bureau régional africain.

OMS Régional (AFRO)²⁴
Bureau régional (AFRO)
- Dirigé par le Directeur régional élu pour 5 ans par les délégués des ministères de la Santé des pays membres pendant le Comité Exécutif Régional. - Le bureau a un Comité Exécutif Régional qui a la même fonction que le CE de Genève, mais à l'échelle régionale. - Dispose d'une petite équipe de 10 personnes pour les urgences et les épidémies.

²³ BOURRIER M., « Dans les coulisses de la gestion de l'épidémie Ebola en Afrique de l'Ouest (2014 – 2016) : l'ère de l' « OMSF » », Sciences sociales et santé, 2019/2

²⁴ Organisation Mondiale de la Santé, « Gouvernance », Région Africaine, 2021

Equipe de soutien inter pays
- Le bureau régional décentralise ses opérations dans trois sous bureaux : Harare, Libreville et Ouagadougou. - Apporte du support technique aux pays pour la mise en place des politiques de santé et renforce le partenariat avec les partenaires nationaux et internationaux.
Représentants pays (RP)
- Supporte à travers une coopération technique, conseille et partage de connaissance avec les auteurs de santé d'un pays donné. - Chaque pays de l'AFRO a un RP. - Est élu par le bureau régional et rapporte à celui-ci.

La nomination des directeurs régionaux et de représentants pays n'est pas du ressort du Directeur général de l'OMS²⁵.

Financement

Le financement de l'OMS provient essentiellement de contribution des États membres (les cotisations des pays sont égales à 20% du budget total de l'OMS) et des contributions volontaires des États membres et d'autres partenaires²⁶. En termes de volume du budget, l'OMS est la sixième agence spécialisée sur les huit coordonnées par le Conseil Economique et Social de l'ONU²⁷. Vingt donateurs assurent 80% du financement de l'OMS²⁸. Les donateurs volontaires spécifient les

²⁵ BOURRIER M., « Dans les coulisses de la gestion de l'épidémie Ebola en Afrique de l'Ouest (2014 – 2016) : l'ère de l' « OMSF » », Sciences sociales et santé, 2019/2

²⁶ En 2020 les plus grands contributeurs étaient les États-Unis, le Royaume Unis, l'Allemagne et le Japon. En ce qui concerne les donateurs privés, les plus conséquents donateurs sont Bill Gates et GAVI. Organisation Mondiale de la Santé, « Le financement de l'OMS », 2023

²⁷ MICHELETTI P., « L'épidémie à virus Ebola (2014-2016) en Afrique de l'Ouest : la querelle stratégique comme expression de la puissance des acteurs supranationaux. Commentaire », Sciences sociales et santé, 2019/2

²⁸ Organisation Mondiale de la Santé, « Épidémie de maladie à virus Ebola 2014 et suite donnée à la session extraordinaire de Conseil exécutif sur l'épidémie d'Ebola ; options pour un fonds de réserves destiné à soutenir la capacité de riposte de l'OMS dans un situation d'urgence », Rapporteur du directeur général, A68/26, 12.05.2015

activités qu'ils souhaitent financer et leur financement ne peut être utilisé que dans ce but, sauf accord explicite du donateur.

En 2014 – 2015 le budget de l'OMS AFRO était de 1,120 milliard de dollars américain (US\$), soit 28 % du budget global de l'OMS (3,977 milliards US\$) : 75% du budget étaient alloués aux États membres, alors que 25% étaient destinés au bureau régional et équipes de soutien internes aux pays²⁹.

Cette section met en évidence la complexité des relations et de la structure entre les différents niveaux de l'OMS. Les dirigeants de l'OMS sont élus par les représentants des États qui ont leurs propres opinions et priorités politiques, ainsi que pouvant être influencés par des relations interpersonnelles³⁰. De plus, l'OMS n'a pas de pouvoir coercitif et les bureaux régionaux ont leur propre autonomie budgétaire tout en remettant des rapports à l'OMS Genève³¹.

1.2.d. Description de Médecins Sans Frontières

Médecins Sans Frontières (MSF) sera fréquemment mentionné dans ce travail car c'est le seul acteur, de plus non gouvernemental, à être intervenu dès le début de la crise dans les trois pays les plus touchés et qui a vivement critiqué l'OMS quant à sa gestion de la crise d'Ebola³². De par son expertise médicale, sa renommée et l'ampleur de ses activités pendant la crise de 2014, MSF est devenu un acteur essentiel et pertinent à la compréhension de l'action et de l'inefficacité de l'OMS,

²⁹ Organisation Mondiale de la Santé, « Exécution du budget programme 2014 – 2015 de l'OMS dans la Région africaine », Rapport du Directeur régional, AFR/RC64/8, 6.11.2014

³⁰ Un exemple récent de ces relations interpersonnelles peut être illustré par les accusations portées à l'encontre de G. Tedros et de ses relations avec le gouvernement chinois pendant la crise du Covid-19.

³¹ Cette autonomie réduit l'incitation à une collaboration plus étroite avec l'OMS à Genève. MOSER F., BUMP J. B., « Assessing the World Health Organization : What does the academic debate reveal and is it democratic? », Social science & Medecine, 23.10.22

³² Samaritan's Purse, une autre ONG précocement présente, est intervenue plusieurs semaines après la déclaration des cas.

d'autant plus que les deux organisations ont entretenu des relations dans la lutte contre l'épidémie³³.

Médecins Sans Frontières, est une organisation médicale non gouvernementale (ONG) fondée en 1971, prodiguant des soins médicaux aux populations en détresse³⁴. L'Organisation est indépendante, impartiale et neutre. MSF intervient dans les zones de conflit, les pays touchés par les épidémies et répond aux besoins sanitaires de populations dans plus de 70 pays. Les donateurs privés fournissent environ 90 % du financement de l'organisation, tandis que les dons d'entreprises apportent le reste, ce qui permet à MSF une indépendance financière. MSF jouit d'un statut consultatif général auprès du Conseil Economique et Social des Nations Unies et fait partie du Réseau Mondial d'Alerte et d'Action en Cas d'Épidémie (GOARN)³⁵. MSF a reçu le prix Nobel de la paix en 1999 en reconnaissance des efforts continus de ses membres pour fournir des soins médicaux dans les crises aiguës et pour sensibiliser la communauté internationale aux catastrophes humanitaires potentielles.

MSF avait un projet en Guinée, lorsque la crise d'Ebola a débuté en 2014, ce qui lui a permis d'être parmi les premiers à intervenir en Guinée Forestière lorsque le ministère de la Santé a signalé l'épidémie. MSF a rapidement mis en place une réponse et pendant des mois, a été le seul acteur à fournir des soins médicaux aux patients confirmés ou suspectés d'être atteints d'Ebola³⁶. MSF a sollicité l'aide de l'OMS et de la communauté internationale dès le mois de mars 2014³⁷.

MSF a investi plus de 103 millions d'euros dans la réponse à la crise d'Ebola, afin de financer entre autres 15 centres de prise en charge des cas Ebola, les salaires de près de 4 000 employés

³³ Il convient également de préciser que j'ai un intérêt particulier pour la compréhension de ce sujet et la relation entre l'OMS et MSF, vu ma relation professionnelle avec MSF depuis 2015. Ce point fera partie du chapitre sur les limites.

³⁴ Médecins Sans Frontières, « We are Médecins Sans Frontières », 2023

³⁵ Global Outbreak Alert and Response Network, « Steering Committee », 2023.

³⁶ Médecins Sans Frontières, « Poussés au-delà de nos limites, une année de lutte contre la plus vaste épidémie d'Ebola de l'Histoire », 2014

³⁷ Médecins Sans Frontières, « Ebola en Afrique de l'Ouest : l'épidémie s'étend et requiert une mobilisation exceptionnelle au niveau régional », 23 juin 2014

Médecins Sans Frontières, « Déclaration sur l'épidémie d'Ebola du Dr. Joanne Liu, Présidente internationale de MSF, devant les Nations Unies », 2 septembre 2014

nationaux et de 325 employés internationaux³⁸. MSF a pris en charge plus de 85% des patients hospitalisés au cours des cinq premiers mois et un tiers de tous les cas confirmés dans les trois pays touchés par l'épidémie.

1.3. Question de recherche du travail de fin d'études

1.3.a. Problématique abordée et la pertinence de la question de recherche

Les chapitres 1.1 et 1.2 révèlent la gravité de la situation en Afrique de l'Ouest en 2014 due à l'épidémie d'Ebola, avec un nombre élevé de cas et de décès incontrôlables. MSF semblait être le seul acteur à exprimer publiquement la gravité de la situation, pendant que la réaction de l'OMS était de faible ampleur. Un nombre important d'acteurs de la communauté internationale et des ONG ont critiqué la réponse de l'OMS en la qualifiant de « tardive », « inefficace » ou encore « léthargique »³⁹. Dans le chapitre 2, nous approfondirons qu'en tant qu'Organisation mandatée pour gérer les situations sanitaires d'urgence, elle n'a pas rempli son mandat et que sa réponse n'a pas été aussi efficace qu'elle aurait dû être vu les mécanismes existants. Avant de passer au chapitre 2, listons les quatre mécanismes ou textes principaux mis à disposition de l'OMS.

Constitution de l'OMS

La Constitution de l'OMS de 1948 (amendée en 2005) met en lumière les responsabilités de l'Organisation⁴⁰. Concernant les articles en lien avec la crise d'Ebola, nous pouvons citer :

L'article 2§d : « fournir l'assistance technique appropriée et, dans les cas d'urgence, l'aide nécessaire, à la requête des gouvernements ou sur leur acceptation ».

L'article 28§i : « dans le cadre des fonctions et des ressources financières de l'Organisation, prendre toute mesure d'urgence dans le cas d'événements exigeant une action immédiate. Il peut

³⁸ Cette somme représente les dépenses de mars 2014 à décembre 2015. Médecins Sans Frontières, « Ebola 2014 – 2015 Facts and Figures. Key financial data on MSF's response to the Ebola epidemic in West Africa », Reliefweb, 23.03.2026

³⁹ Citation des interlocuteurs clés. MOSER F., BUMP J. B., « Assessing the World Health Organization : What does the academic debate reveal and is it democratic? », Social science & Medecine, 23.10.22

⁴⁰ Organisation Mondiale de la Santé, « Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé », 2005

en particulier autoriser le Directeur général à prendre les moyens nécessaires pour combattre les épidémies, participer à la mise en œuvre des secours sanitaires à porter aux victimes d'une calamité et entreprendre telles études ou recherches sur l'urgence desquelles son attention aura été attirée par un État quelconque ou par le Directeur général ».

Article 58 : « Un fonds spécial, dont le Conseil disposera à sa discrétion, sera constitué pour parer aux cas d'urgence et à tous événements imprévus. »

Comme nous le verrons dans la partie consacrée à la chronologie des événements, les États ont déclaré les épidémies, voire l'état d'urgence, mais il a fallu plusieurs mois avant que l'OMS n'entre en action de manière efficace. Cela a provoqué des conséquences importantes sur la propagation et la gestion de la crise.

Règlement Sanitaire International

Le Règlement Sanitaire Internationale (RSI) de 2005 est un accord international juridiquement contraignant qui vise à renforcer la capacité des pays à prévenir, détecter et répondre rapidement aux épidémies et aux autres événements de santé publique menaçant la santé mondiale⁴¹. Adopté par les États membres de l'OMS en 1951, le RSI a été révisé en 2005 après l'épidémie de SARS. Sa mise en œuvre au niveau mondial relève de la responsabilité de l'OMS⁴². Chaque État dispose d'un point focal RSI sur son territoire. Bien que 194 États membres soient signataires du RSI, seuls 64 l'ont mis en place en 2015⁴³. Contrairement à la plupart des textes conventionnels utilisés en

⁴¹ Dans le cas d'Ebola de l'Ouest c'est la version de 2005 qui a été d'application. Le changement majeur est la possibilité de déclarer un USPPi par le Directeur général, et la liste d'épidémies n'est pas fermée afin de laisser la place aux épidémies émergentes. Organisation Mondiale de la Santé, « Règlement Sanitaire International (2005) », 01.2016

⁴² La gestion de ces épidémies ont mis en lumière les défaillances de l'OMS et sa capacité à gérer les urgences à risque international et sa capacité de collaboration. A la suite de ces épidémies il y a eu une révision du RSI, afin de donner plus de marge de manœuvre à l'OMS et faire en sorte que les États membres soient mieux préparés pour gérer les épidémies de grande ampleur.

⁴³ 48 États n'ont pas communiqué leur statut ni leur intention quant à l'implémentation de réformes. World Health Organization, « Report of the Ebola Interim Assessment Panel », 05.2015

droit international, son application est indépendante de ratifications, mais chaque État peut le rejeter ou formuler des réserves sur des aspects particuliers⁴⁴.

Le RSI oblige les pays à mettre en place des systèmes de surveillance pour détecter les menaces sanitaires et à aviser rapidement l'OMS en cas d'événements de santé publique pouvant dépasser les frontières. Lorsqu'un État membre informe l'OMS, elle a la possibilité de déclarer une « Urgence de Santé Publique à Portée Internationale » (USPPI). L'État dispose de 24 heures pour signaler la situation à l'OMS, et cette dernière doit mettre en place un comité d'urgence dans les 48 heures pour y répondre⁴⁵. En fonction des recommandations du comité d'urgence, le Directeur général de l'OMS peut décider de déclarer ou non une USPPI. Toutefois, la déclaration d'une USPPI peut créer des tensions avec les autorités de l'État concerné, car cela peut avoir un impact sur la situation économique et politique du pays. Dans le cas de la crise de 2014, le comité d'urgence n'a été mis en place qu'au mois d'août, alors que les États ont déclaré les cas entre mars et mai 2014. Ceci a entraîné un retard considérable dans la réponse de l'OMS à la situation.

Emergency Medical Teams

L'initiative Emergency Medical Teams (EMT), faisant partie de l'OMS, vise à améliorer la qualité et la rapidité des services de santé fournis par les équipes médicales d'urgence nationales et internationales, ainsi qu'à renforcer la capacité des systèmes de santé nationaux à coordonner cette réponse en cas d'urgence⁴⁶. EMT a été créé en 2010 après le tremblement de terre en Haïti. Pendant l'épidémie en Afrique de l'Ouest, EMT n'a déployé que 58 équipes après septembre 2014, ce qui est peu comparé au nombre de cas et à la répartition géographique des foyers d'Ebola (plus de 60 endroits différents, à travers 3 pays), ce qui représente moins d'une équipe par foyer.

⁴⁴ « Focus », Les Tribunes de la santé, 2007/1 (n° 14), p. 13-26

⁴⁵ Règlement Sanitaire Internationale, Chapitre 2, article 5 – 14 et chapitre 9 article 47 et 53. Article 43 rappelle que l'État garde sa souveraineté.

Voir annexe 7.4. : Instrument de décisions permettant d'évaluer et de notifier événements qui peuvent constituer une Urgence de Santé Publique de Portée Internationale

⁴⁶ World Health Organization, « Emergency Medical Teams », 2020

Réseau Mondial d'Alerte et d'Action en Cas d'Épidémie (GOARN)

Le GOARN est un réseau qui regroupe plus de 600 partenaires, notamment des institutions techniques et de santé publique, des laboratoires et des ONG⁴⁷. En collaboration avec l'OMS, il vise à coordonner les ressources pour répondre aux épidémies menaçantes. Ses objectifs sont d'examiner et d'étudier les maladies, d'évaluer les risques et d'améliorer la capacité internationale à y faire face. Le GOARN a été créé en 2000 à l'initiative de l'OMS et se compose d'un comité de pilotage et d'équipes de support opérationnel. Il est financé indépendamment (ni par l'ONU, ni par l'OMS) lors de chaque urgence.

En 2014, le GOARN a évalué la situation en Guinée le 28 mars 2014 et a exprimé ses préoccupations lors d'une conférence de presse le 8 avril⁴⁸. Cependant, aucune action concrète n'a été entreprise pour traiter cette crise, autrement que comme une crise d'Ebola « ordinaire », ce qui était inefficace en 2014⁴⁹. Le GOARN a demandé une réponse plus robuste le 23 juin, mais l'action qui a suivi était la déclaration de l'USPPI seulement au mois d'août⁵⁰.

Autres mécanismes et expériences justifiant la question de recherche

Les mécanismes que nous venons de voir, ne sont pas problématiques en eux-mêmes, mais ils sont inopérants ou ont des effets limités. Parallèlement à cela nous pouvons nous appuyer sur des témoignages de travailleurs lors de la crise de 2014 pour analyser la réponse de l'OMS, qu'ils soient nationaux ou internationaux ; internes ou externes à l'OMS. Ces témoignages mentionnent « l'inefficacité » et « la lenteur de la réaction », alors qu'il y avait raison de penser que l'action de l'Organisation serait plus efficace. Il existe également de nombreux documents scientifiques et non scientifiques apportant un regard critique vis-à-vis de l'OMS lors de cette crise, ce qui permet encore davantage de se poser notre question de recherche.

⁴⁷ Global outbreak alert and response network, "GOARN", 2023

⁴⁸ World Health Organization, « Key events in the WHO response to the Ebola outbreak », Global Alert and Response (GAR), One year into the Ebola epidemic. 01.2015.

⁴⁹ Par « ordinaire » nous entendons un nombre de cas restreint et limitation géographique de l'épidémie d'Ebola.

⁵⁰ World Health Organization, « Ebola Interim Assessment Panel », Report by the Secretariat, A68/25, 08.05.2015

Ajoutons à cela l'analyse d'autres grandes crises sanitaires, telles que SARS en 2002-2003 et H1N1 en 2009-2010. En ce qui concerne H1N1 (grippe porcine), nous pouvons constater que l'OMS a déclaré un USPPI un mois après le début de l'épidémie⁵¹. La maladie concernait entre autres les États Unis, le Canada, l'Europe, qui sont des grandes puissances et grands contributeurs financiers de l'OMS. La gestion de l'épidémie a également été critiquée pour avoir exagéré la gravité de la maladie, entraînant une réponse excessive des gouvernements et des entreprises ; ainsi qu'une volonté de la part de l'Organisation de (sur)protéger les grandes puissances au niveau économique et sanitaire. Cela illustre le facteur de l'interaction entre les États et l'OMS que nous verrons dans l'analyse et que la réactivité de l'OMS dépendrait de l'État ou région touchée par une épidémie. Les dépenses de l'OMS pour l'épidémie d'Ebola ont été près de 27 millions de dollars pour les six premiers mois, comparées aux 15 millions de dollars dépensés en trois semaines pour l'épidémie H1N1⁵². Quant à SARS, lors de cette épidémie l'OMS a suivi les recommandations de GOARN en les mettant rapidement en place. À la fin de cette épidémie, l'Organisation a mis à jour le RSI afin de tirer des leçons, et d'être mieux préparée pour les futurs événements.

Enfin, pour se préparer à être plus efficace lors de prochaines crises, l'OMS utilise des mécanismes d'évaluation de ses actions tels que l'Independent Expert Oversight Advisory Committee (IEOAC) et le Comité de Révision du RSI⁵³. C'est grâce à ces systèmes d'évaluation que le RSI a été révisé après la crise de SARS de 2002-2003.

Un autre facteur justifiant la question, est le fait qu'une réponse efficace aurait pu permettre d'éviter partiellement les conséquences de la crise à long terme pour les pays touchés. En mars 2016, l'OMS a déclaré la fin de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, mais les services de santé se sont effondrés. L'absence de prise en charge médicale a entraîné de nombreux décès liés à des maladies primaires telles que le paludisme, les diarrhées, les accouchements à domicile et les

⁵¹ World Health Organization, « H1N1 IHR Emergency Committee », 2023

⁵² Organisation Mondiale de la Santé, « Épidémie de maladie à virus Ebola 2014 et suite donnée à la session extraordinaire de Conseil exécutif sur l'épidémie d'Ebola ; options pour un fonds de réserves destiné à soutenir la capacité de riposte de l'OMS dans un situation d'urgence », Rapporteur du directeur général, A68/26, 12.05.2015

⁵³ MOSER F., BUMP J. B., « Assessing the World Health Organization : What does the academic debate reveal and is it democratic? », Social science & Medecine, Volume 314, 23.10.22

accidents de la route⁵⁴. Selon le CDC, le nombre de décès liés à ces maladies s'élève à 10 600 dans les trois pays touchés, dont 2 714 dus à la tuberculose, 1 091 au VIH et 6 818 au paludisme⁵⁵. De plus, la couverture vaccinale a diminué de 30% dans ces pays en raison de la dysfonction des services de santé pendant plus de trois ans⁵⁶. Le Libéria a perdu 8% de ses professionnels de santé, tandis que la Sierra Leone en a perdu 7%, et les services de santé ont diminué de 23%⁵⁷. Les conséquences économiques ont également été importantes, avec une isolation du continent africain, une augmentation des tensions entre les États et les acteurs extérieurs, une mise en péril de la sécurité alimentaire et des réductions de revenus⁵⁸. Il est donc essentiel de comprendre les raisons de l'inefficacité de l'OMS pour éviter que cela ne se reproduise à l'avenir.

L'analyse des mécanismes et expériences met en évidence que l'OMS aurait pu être plus rapide et efficace dans la gestion des épidémies, et que son intervention aurait pu être meilleure. Bien que des moyens aient été mis à disposition de l'OMS, ils n'ont été déployés qu'à la fin d'août 2014, soit neuf mois après l'apparition de la suspicion de l'épidémie et cinq mois après la confirmation du diagnostic d'Ebola. De plus, l'OMS a initialement minimisé la gravité de l'épidémie, et la communauté internationale et civile est intervenue avant elle⁵⁹. Ces paradoxes seront examinés de plus près dans le deuxième chapitre.

⁵⁴ Médecins Sans Frontières, « Poussés au-delà de nos limites, une année de lutte contre la plus vaste épidémie d'Ebola de l'Histoire », 2014

⁵⁵ Centers for Disease Control and Prevention, « The Cost of the Ebola Epidemic », 08.03.2019

⁵⁶ NAU J., « Ebola : les accusations de MSF, le silence de l'OMS », Revue Médicale Suisse, 2015

⁵⁷ Centers for Disease Control and Prevention, « The Cost of the Ebola Epidemic », 08.03.2019

⁵⁸ Cela a provoqué 2 millions de personnes en situation nutritionnelle fragile. DELFRAISSY J.-F., « EBOLA : 2014-2015, une crise sanitaire majeure Pourquoi ? Quelles leçons ? », Santé Publique, 2017/4

FORTIN A. et al., « Les enseignements de l'épidémie d'Ebola pour une meilleure préparation aux urgences », Santé Publique, 2017/4

⁵⁹ Un travail gigantesque a été fait par des ONG (ex : MSF), l'envoi des soldats par les États-Unis, et par les Anglais, appel à l'aide par les anthropologues, etc.

1.3.b. Question de recherche

La crise de l'épidémie d'Ebola a entraîné des conséquences traumatiques mondiales. Cela a suscité des questions sur l'efficacité de l'OMS et ses prestations en vue de son mandat, de la structure, du financement et des outils mis à sa disposition pour gérer une telle situation sanitaire. Bien que cela ait été une crise sans précédent, il est important de comprendre pourquoi les ONG ont été plus rapides à réagir que l'OMS, qui est censée être la première sur place grâce à son système de surveillance mondiale de la santé (voir la chronologie dans le chapitre 2). Ce travail examine les raisons de l'inefficacité et de la lenteur de l'OMS dans cette crise, ainsi que les facteurs externes qui ont pu y contribuer.

La question de recherche qui guidera et sera posée à travers ce travail de fin d'études (TFE) est la suivante : « Quels sont les facteurs qui ont provoqué l'inefficacité de l'Organisation Mondiale de la Santé dans la crise d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 ? »

L'objectif de cette question est de comprendre le fonctionnement de l'OMS et son réel pouvoir d'action dans une situation de crise, ainsi que l'enjeu entre le politique et la santé publique.

1.4. Méthodologie de la recherche

Il est important de noter que cette recherche collecte différents points de vue, afin d'avoir une compréhension multifactorielle de la situation de la crise de 2014. La méthodologie de ce travail s'appuie sur la revue de littérature, des entretiens avec les informateurs clés et une typologie basée sur les facteurs internes et externes qui ont pu influencer l'efficacité de l'OMS.

1.4.a. Revue de littérature

Une revue de littérature a été faite avant de commencer de rédiger ce travail, ainsi qu'avant de mener les entretiens avec les informateurs clés. La revue de littérature était le fruit de mes recherches et s'est étoffée suite aux discussions avec le promoteur de ce travail et les intervenants interrogés. Ces différentes sources qui ont été consultées sont des revues spécialisées, des catalogues des bibliographies, des articles de presse, des recherches universitaires, etc.

1.4.b. Entretiens avec des personnes clés intervenues lors de la crise

Afin de compléter la revue de littérature, dix entretiens ont été menés avec des intervenants clés impliqués dans la coordination de la réponse à la crise, que ce soit dans les pays touchés par Ebola ou dans les bureaux des institutions qui sont intervenues. Les répondants sont des experts en santé publique, spécialistes de la fièvre hémorragique, chefs de département, épidémiologistes, médecins experts, coordinateurs de projet, etc., occupant des postes de haut niveau hiérarchique chez MSF, l'OMS, le laboratoire ou le Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Plus de la moitié des répondants ont travaillé ou travaillent encore pour l'OMS. Pour garantir la confidentialité et éviter l'autocensure, l'anonymat des répondants sera assuré. Les citations ne seront utilisées que si leur accord a été donné au préalable ; celles-ci se trouvent entre guillemets et sans référence à une note de bas de page dans le troisième chapitre. Les entretiens, d'une durée d'une à une heure et demie, se sont déroulés entre février et avril 2023, soit par vidéoconférence soit en personne. Toutes les personnes interrogées ont répondu à huit questions identiques (entretiens semi-structurés en annexe 7.3), ainsi qu'à quelques questions supplémentaires adaptées à leur domaine d'expertise.

1.4.c. Difficultés et les limites

Ma limite est essentiellement temporelle et d'accessibilité de certaines personnes clés. Le sujet traité dans ce TFE est vaste et complexe. Mon souhait initial était d'avoir un panel plus vaste d'informateurs (14 personnes au total), afin d'apporter des informations plus complètes à cette analyse, mais certaines personnes sont restées injoignables ou ont décliné l'invitation. Ce que je m'attendais à avoir comme limite, voir comme biais, était la subjectivité de témoignages de travailleurs de MSF vis-à-vis de l'OMS, qui pourraient être très critiques si on croit la revue de littérature. Leur propos a été beaucoup plus nuancés que j'aurais pu supposer, et a été confirmé par des personnes d'autres organisations.

Un autre élément à prendre en compte est que cette analyse repose en partie sur des témoignages, lesquels peuvent comporter des biais inhérents à la subjectivité des personnes. De plus, il est important de souligner que, en tant qu'auteur de ce mémoire, je m'efforce de maintenir ma neutralité et mon indépendance, mais je suis également une travailleuse humanitaire qui

collabore avec MSF depuis plus de huit ans. Je tiens à préciser que je n'ai pas travaillé sur la crise de 2014.

La crise d'Ebola s'est étendue au-delà de la Guinée, du Libéria et de la Sierra Leone, mais ce travail cible ces trois États-là pendant l'année 2014. Les informations données concernant les autres États, ou avant/après 2014, sont à but informatif pour une meilleure compréhension du contexte.

1.5. Plan

Ce travail sera structuré en quatre grandes parties, chacune abordant des aspects spécifiques de la question de recherche.

Tout d'abord, nous examinerons le contexte général des trois pays les plus touchés par l'épidémie d'Ebola - Sierra Leone, Guinée et Libéria - en mettant l'accent sur les éléments clés pour comprendre la situation, et l'état du système sanitaire. Ce chapitre comprendra également une chronologie des événements clés de l'année 2014 en ce qui concerne les actions de l'OMS, de la communauté internationale et de MSF.

Dans une deuxième partie, nous nous pencherons sur les raisons de l'inefficacité de l'OMS dans sa réponse à la crise d'Ebola. Cette section sera divisée en deux parties distinctes, c'est-à-dire les facteurs internes et externes à l'OMS ; ainsi que l'articulation des ces facteurs entre eux.

Dans une troisième partie, nous aborderons cette partie sous une perspective des leçons apprises et non apprises par l'OMS.

La quatrième partie, la conclusion, amènera des éléments de réponse à la question de recherche, ainsi que la contribution de cette recherche dans le milieu scientifique. Elle sera suivie d'une bibliographie détaillée des sources consultées.

2. Contexte général et la chronologie de l'épidémie

2.1. Contexte sanitaire et géopolitique en Sierra Leone, en Guinée et au Libéria

Les trois États ont été confrontés à des défis géopolitiques et sanitaires importants, bien avant la crise d'Ebola. La Guinée et la Sierra Leone sont parmi les pays les plus pauvres et les moins développés d'Afrique de l'Ouest⁶⁰. Les maladies infectieuses, telles que le paludisme, la tuberculose et le VIH, étaient très répandues. Les épidémies de choléra et de fièvre de Lassa sont endémiques dans la région. Au niveau linguistique, le Libéria et la Sierra Leone sont anglophones, alors que la Guinée est francophone.

Les systèmes de santé de ces pays souffrent de multiples problèmes qui limitent leur efficacité⁶¹. Les gouvernements locaux n'ont pas alloué suffisamment de ressources financières pour améliorer le système, ce qui se traduit par une infrastructure, un personnel et des fournitures médicales inadéquats. De plus, le manque de personnel qualifié est un problème majeur : les travailleurs de la santé ont été attirés à l'étranger ou ont quitté leur travail en raison de la faible rémunération et des mauvaises conditions de travail⁶². Les infrastructures existantes sont souvent mal équipées, insuffisamment approvisionnées et en nombre limité. Le niveau d'éducation de la population est faible, ce qui complique leur capacité à comprendre et à prévenir les maladies⁶³.

⁶⁰ La Guinée est 182^e sur 191 pays ; et la Sierra Leone 181^e sur 191 selon PNUD. Human Development Reports, « Human development Report 2021-22 », 2023

⁶¹ Pierre Rollin – spécialiste en Ebola depuis 1995 – parle de pays touchés « comme étant très fragiles qui n'ont jamais vu le virus d'Ebola, n'ont pas de système de contrôle en place et où les infirmiers reçoivent 10 paires de gants par semaine pour soigner les patients » (donc qui sont dans l'impossibilité de se protéger de la contamination). Centers for Diseases Control and Prevention “CDC's Disease Detectives Respond to the 2014 Ebola Outbreak: Dr. Pierre Rollin”, 11.11.14

Organisation Mondiale de la Santé, « 2015 Plan de Riposte Stratégique de l'OMS : Flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest », 2015

HOUSSIN D., « La coopération sanitaire internationale abolie par Ebola ? », Politique étrangère, 2014/4

⁶² En 2010 Libéria ne comptait que 51 docteurs pour tout le pays. VON BREDOW R., HACKENBROCH V., « It is what people call a perfect storm », Der Spiegel, 26.09.2014

BOSELEY S., « Ebola: government cuts to the WHO aided delays in dealing with outbreak », The Guardian, 9.10.14

⁶³ BOURRIER M., « Dans les coulisses de la gestion de l'épidémie Ebola en Afrique de l'Ouest (2014 – 2016) : l'ère de l' « OMSF » », Sciences sociales et santé, 2019/2

Les problèmes de santé sont souvent traités de manière traditionnelle plutôt que scientifiquement reconnue. Les conflits armés et l'instabilité politique ont également affaibli les systèmes de santé dans ces pays en perturbant les services et en endommageant les infrastructures médicales⁶⁴.

Dans l'annexe 7.4 se trouvent les informations additionnelles pour chacun des trois pays traités dans ce TFE.

En annexe 7.5, se trouve l'historique des épidémies d'Ebola et le nombre de cas confirmés. Dans le tableau ci-dessous est représenté le nombre de cas confirmés par pays et le taux de mortalité à la fin de l'épidémie en 2016 pour chaque pays⁶⁵.

Pays	Nombre de cas confirmés	Nombre de cas décédés	Taux de mortalité
Guinée	3811	2543	67%
Libéria	1675	4809	45%
Sierra Leone	14124	3956	28%

Le nombre de cas et la mortalité liée à Ebola ont varié entre les pays en raison de plusieurs facteurs, notamment les différences dans les systèmes de santé, les mesures de prévention et de contrôle des infections mises en place, ainsi que les différences dans les comportements de la population en réponse à l'épidémie.

Comme vu auparavant, les trois pays ont des systèmes de santé différents qui ont affecté leur capacité à détecter et à gérer les cas d'Ebola. Le Liberia, par exemple, a mis en place des mesures de quarantaine strictes pour les zones touchées, ce qui a contribué à ralentir la propagation de la maladie. En Sierra Leone, en revanche, ces mesures ont été moins strictes et moins bien respectées, ce qui a contribué à la propagation de la maladie. De plus, les différences dans les comportements de la population ont également joué un rôle important⁶⁶.

⁶⁴ HOUSSIN D., « La coopération sanitaire internationale abolie par Ebola ? », Politique étrangère, 2014/4

⁶⁵ Organisation Mondiale de la Santé, « Rapport de situation sur la flambée de maladie à virus Ebola » 20.01.2016

Organisation Mondiale de la Santé, « Ebola (maladie à virus) », 20.04.2023

⁶⁶ La Sierra Leone et la Guinée ont connu une plus grande résistance de la population à l'épidémie, avec des cas de déni et de méfiance envers les travailleurs de la santé, ce qui a conduit à une propagation plus rapide de la maladie.

La mortalité liée à Ebola en Sierra Leone par rapport aux deux autres pays a également été influencée par la chronologie de l'épidémie et les leçons apprises dans les autres pays touchés. Cela a permis aux acteurs intervenants (essentiellement MSF) de tirer des leçons des stratégies employées ailleurs, et de mettre en place des stratégies pour limiter les décès, malgré la résistance de la communauté.

2.2. Chronologie de l'épidémie de décembre 2013 à décembre 2014

Le tableau présenté ci-dessous énumère les événements les plus importants de l'année 2014 liés à la crise d'Ebola. Ceux marqués en relief représentent les moments clés de cette crise.

Période	Date et l'évènement majeur
Décembre 2013	• Possible premier cas d'Ebola en Guinée forestière à Guéckédou (Méliandou).
Mars 2014	• 14 : Ministère de la Santé (MdS) guinéen s'inquiète de l'existence d'une « mystérieuse maladie » avec haute mortalité à Guéckédou. • 18 : MSF arrive à Guéckédou. • 21 : Confirmation d'Ebola par l'Institut Pasteur de Lyon (France). • 22 : Déclaration d'épidémie d'Ebola en Guinée par le MdS. • 27 : OMS fait appel aux fonds pour financer sa réponse⁶⁷. • 28 : Evaluation de la situation par GOARN en Guinée. • 31 : MSF déclare une « épidémie sans précédent » par rapport à la dissémination géographique des cas (voir annexe 7.6). Déclaration de l'épidémie d'Ebola au Libéria⁶⁸

Au Liberia, en revanche, la population a été plus coopérative et a pris des mesures plus strictes pour se protéger, ce qui a contribué à limiter la propagation de la maladie.

⁶⁷ Organisation Mondiale de la Santé, « Épidémie de maladie à virus Ebola 2014 et suite donnée à la session extraordinaire de Conseil exécutif sur l'épidémie d'Ebola ; options pour un fonds de réserve destiné à soutenir la capacité de riposte de l'OMS dans un situation d'urgence », Rapporteur du directeur général, A68/26, 12.05.2015

⁶⁸ BOURRIER M., « Dans les coulisses de la gestion de l'épidémie Ebola en Afrique de l'Ouest (2014 – 2016) : l'ère de l'« OMSF » », Sciences sociales et santé, 2019/2

Avril 2014	• 1 : OMS Genève met en doute la déclaration de MSF et déclare que « l'épidémie n'est pas différente des autres⁶⁹ ». • 8 : GOARN partage ses inquiétudes face à l'épidémie lors d'une conférence de presse et remet un rapport à l'OMS. • 10 : Suite au manque de réponse, l'OMS fait un 2^e appel pour financer ses activités liées à Ebola. • OMS dit que c'est une « épidémie sans précédents », mais cela n'est pas suivi par l'action de la part de l'OMS⁷⁰.
Mai 2014	• 24 : Déclaration de l'épidémie au Sierra Leone et le MdS demande de l'aide à MSF.
Juin 2014	• 5 : Les fonds de OMS sont disponibles, mais les actions efficaces ne sont pas mises en place. • 6 : Arrivée de premiers experts en Sierra Leone. • 21 : MSF déclare que « l'épidémie est hors de contrôle » et que MSF « ne peut pas gérer seul ». L'ONG demande de l'aide à la communauté internationale. MSF a été accusé par l'OMS de créer « inutilement » la panique. • 23 : GOARN demande à l'OMS de mettre en place une réponse plus robuste et renforcer les équipes au Libéria. • Des voix s'élèvent chez les anthropologues et dans les ambassades sur la gravité de la maladie⁷¹.
Juillet 2014	• 2 et 3 : Réunion à Accra (Ghana) de 11 MdS qui s'accordent à écrire une stratégie face à l'épidémie et envoyer du personnel qualifié⁷².

⁶⁹ NAU J., « Ebola : les accusations de MSF, le silence de l'OMS », Revue Médicale Suisse, point de vue, 2015/468

⁷⁰ Même lors de l'évaluation de 2015, il n'était pas clair pour les experts pourquoi il n'y a pas eu plus de réaction de la part de l'OMS ni de la communauté internationale. World Health Organization, « Ebola Interim Assessment Panel », A68/25, 8.05.2015

World Health Organization, « Report of the Ebola Interim Assessment Panel », 05.2015

⁷¹ VON BREDOW R., HACKENBROCH V., « It is what people call a perfect storm », Der Spiegel, Interview with Ebola Discoverer Peter Piot, 26.09.2014

⁷² BOSELEY S., « Ebola: government cuts to the WHO aided delays in dealing with outbreak », The Guardian, 9.10.14

Juillet 2014	D'après MSF et spécialistes les décisions ne sont pas prises à l'échelle nécessaire⁷³. • 20 : Premier cas au Nigéria⁷⁴. • 30 : Sierra Leone déclare l'état d'urgence. • Un médecin contaminé de Samaritan's Purse est rapatrié aux États-Unis. • Création du Centre Opérationnel Régional de l'OMS à Conakry pour superviser le soutien technique et opérationnel. • Le Directeur régional de l'OMS AFRO est remplacé. • Au Libéria, MSF construit un Centre de Traitement d'Ebola (CTE) de 250 lits dont le nombre de lits sera immédiatement insuffisant⁷⁵ (construction à la suite du départ de l'ONG Samaritan's Purse, dont le personnel a été contaminé).
Août 2014	• 5: Appel à la réaction internationale par Samaritan's Purse⁷⁶. • 6 : Première réunion du Comité d'urgence convoqué par la Directrice générale de l'OMS dans le cadre du RSI. Le Comité juge nécessaire une action internationale coordonnée contre cette « évènement extraordinaire »⁷⁷. • 8 : OMS déclare « l'Urgence de Santé Publique de Portée Internationale », cela devrait permettre de débloquent de fond et de déployer des experts. (Déclenchement après que 932 personnes soient décédées et qu'Ebola soit présent dans plus de 60 endroits différents)⁷⁸. • 12 : Premier cas et décès à Madrid.

⁷³ Médecins Sans Frontières, « Poussés au-delà de nos limites, une année de lutte contre la plus vaste épidémie d'Ebola de l'Histoire », 2014

⁷⁴ Action Mondiale Contre Ebola, « Deuxième partie : comment l'intervention s'est-elle organisée ? », Changer le cours des choses : progrès mai 2015

⁷⁵ Vu l'afflux de patients, les admissions n'ont été ouvertes que 30 minutes par jour. Par le passé, le plus grand CTE construit par MSF comptait 40 lits. Médecins Sans Frontières, « Poussés au-delà de nos limites, une année de lutte contre la plus vaste épidémie d'Ebola de l'Histoire », 2014

⁷⁶ HOUSSIN D., « La coopération sanitaire internationale abolie par Ebola ? », Politique étrangère, 2014/4

⁷⁷ Organisation Mondiale de la Santé, « 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

⁷⁸ BOSELEY S., « Ebola: government cuts to the WHO aided delays in dealing with outbreak », The Guardian, 9.10.14

Août 2014	• 28 : Publication par OMS de la « feuille de route pour la riposte au virus à Ebola » après la rencontre à Accra en Juillet⁷⁹. Premier cas au Sénégal. • 29 : Augmentation exponentielle de cas en Guinée, Sierra Leone et Libéria (voir annexe 7.7). Les trois Présidents envoient une lettre au Secrétaire Général de l'ONU pour avoir une riposte globale à l'épidémie⁸⁰. • Reconnaissance internationale de la gravité de l'épidémie, mais le renforcement de la réponse se fait attendre.
Septembre 2014	• 2 : Déclaration de la présidente internationale de MSF à l'AG de l'ONU, appelant à déployer des « ressources médicales civiles et militaires capables de répondre à une catastrophe biologique ». • 5 : Mise en place du Centre de Nations Unies qui coordonne les différents acteurs, géré par D. Nabarro ; la Commission Européenne débloque une aide de 140 millions d'euros⁸¹. • 11 : MSF qualifie la réponse contre Ebola d'une « étrange coalition de l'inaction⁸² ». • 16 : États-Unis mobilise 3 000 soldats et 250 millions de dollars ; Cuba envoie 62 médecins et 103 infirmiers, les autres pays envoient aussi leurs ressources. • 18 : Un médecin de MSF s'exprime devant le CdS de l'ONU pour demander la mobilisation de la communauté internationale⁸³ ; par la suite le CdS décide de qualifier l'épidémie de « menace à la paix et à la sécurité internationale » et adapte une résolution appelant à mettre en place plus de ressources et

⁷⁹ La riposte est un comité interministériel et la Cellule de Coordination Nationale regroupant l'ensemble d'acteurs internationaux ainsi que les ONG nationales. La « riposte » est le synonyme de « réponse » dans le cadre de ce travail. GASQUET BLANCHARD C., « L'épidémie d'Ebola de 2013 – 2016 en Afrique de l'ouest : analyse critique d'une crise avant tout sociale », Santé Publique 2017/4

⁸⁰ Conseil de Sécurité des Nations Unies, « Résolution 2177 (2014) », S/RES/2177 (2014), 18.09.2014

⁸¹ NAU J., « Les djihadistes ou Ebola ? Pour moi, la priorité aujourd'hui, c'est Ebola », Slate fr, 6.09.14

⁸² HOUSSIN D., « La coopération sanitaire internationale abolie par Ebola ? », Politique étrangère, 2014/4

⁸³ NIAMAH J., « Discours de MSF sur l'Ebola au Conseil de Sécurité de l'ONU », Médecins Sans Frontières, le 22.09.14

Septembre 2014	création de la première mission sanitaire de l'ONU : (Mission des Nations Unies pour l'Action d'Urgence Contre l'Ebola) MINUACE⁸⁴. • L'ONU a appelé à débloquer 763 millions d'euros. • 26 : Un ressortissant américain revenant au pays est diagnostiqué aux États Unis et décédé de la maladie. • L'aide logistique et l'équipement arrive dans les pays concernés, mais pas le personnel⁸⁵. Selon D. Nabarro la réponse devrait être 20 fois plus forte qu'elle ne l'est en ce moment, afin de stopper la progression exponentielle du virus.
Octobre 2014	• Mise en place de la réponse internationale avec utilisation occasionnelle de la force envers la population pour imposer les confinements, admissions obligatoires dans les CTE, etc. • La réponse internationale commence à se coordonner.
Novembre – Décembre 2014	• Le nombre de cas commence à baisser : changement de comportement de la population, augmentation du nombre de lits, lutte contre les infections nosocomiales, meilleure gestion des enterrements, etc.

La chronologie présentée ci-dessus met en évidence le fait que l'OMS a minimisé la gravité de la crise jusqu'au mois d'août et que les mesures prises ont été tardives et inefficaces. Bien que l'OMS ait demandé un financement pour la réponse dès le mois de mars, celui-ci n'a été obtenu qu'en juin et l'aide fournie en septembre ne correspondait pas aux besoins sur le terrain. Entre mars et juillet, l'OMS s'est contredite en qualifiant la crise d'Ebola de "crise sans précédent" tout en accusant MSF de "créer de la panique inutilement". En avril, le GOARN a exprimé ses préoccupations, mais aucune action concrète n'a été entreprise. Ce n'est qu'en juin, après que le GOARN ait demandé une action plus robuste, que l'OMS a commencé à agir. Dès les trois premiers mois, MSF, Samaritan's Purse et quelques autres acteurs étaient sur place pour prendre en charge les patients, alors que l'OMS était largement absente. La période allant de la première réunion du

⁸⁴ Auparavant, la seule fois que l'ONU s'est saisie d'un problème sanitaire était l'épidémie de VIH.

⁸⁵ BOURRIER M., « Dans les coulisses de la gestion de l'épidémie Ebola en Afrique de l'Ouest (2014 – 2016) : l'ère de l'« OMSF » », Sciences sociales et santé, 2019/2

Comité d'urgence à la déclaration, en août, ne dure que deux jours, démontrant ainsi qu'avec la volonté et la mobilisation de l'OMS, des actions peuvent être entreprises rapidement.

2.3. Causes et conséquences du déclenchement de l'Urgence de Santé Publique à Portée Internationale

L'USPPI a été un moment crucial dans la réponse à l'épidémie de fièvre Ebola en 2014. Cette déclaration a permis une coordination internationale entre les pays touchés, les ONG et les partenaires internationaux, facilitant ainsi l'envoi et l'utilisation plus efficace (mais pas optimale) des ressources, telles que du personnel médical supplémentaire pour soutenir la réponse nationale. La décision de lancer l'USPPI a été motivée par la gravité sans précédent de l'épidémie, qui représentait une menace sérieuse pour la santé publique au niveau international et provoquait un désastre au niveau national. Les conséquences socio-économiques graves, les perturbations importantes dans les systèmes de santé, de l'éducation et de la société, entraînaient des répercussions sur la stabilité régionale et mondiale. En outre, la propagation transfrontalière de l'épidémie, qui a atteint des pays occidentaux tels que les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Espagne, a créé une crainte de diffusion à grande échelle qui a impacté l'investissement de la communauté internationale dans la crise⁸⁶. Enfin, les nombreux appels à l'aide des ONG, des ambassades et d'autres organisations internationales ont contribué à la décision de déclencher l'USPPI, car il était devenu évident que la gravité de la situation ne pouvait plus être niée.

Bien que l'USPPI ait marqué un tournant dans la crise de 2014, c'est finalement l'action du Conseil de Sécurité qui a modifié la donne. Ce dernier a adopté des mesures suite à la déclaration de l'USPPI et la pression de la communauté internationale ; et a qualifié l'épidémie de "menace pour la paix et la sécurité internationales" le 18 septembre 2014⁸⁷. C'est sous la direction de D.

⁸⁶ DELFRAISSY J.-F., « EBOLA : 2014-2015, une crise sanitaire majeure Pourquoi ? Quelles leçons ? », Santé Publique, 2017/4

⁸⁷ Rappelons le fait que qualifier une situation de « menace pour la paix et la sécurité internationale » permet de mettre en application le chapitre VII de la Charte de Nations Unies et la mise en place des actions coercitives envers les États concernés ; toutefois les actions coercitives doivent être prises en dernier recours.

Nabarro de l'ONU que les ressources ont été utilisées de manière plus adéquate pour coordonner la réponse⁸⁸.

Le Conseil de Sécurité de l'ONU a créé la Mission des Nations Unies pour l'Action d'Urgence Contre l'Ebola (MINUAUCE), la première mission sanitaire d'urgence des Nations Unies, dont le mandat était de renforcer la riposte sur le terrain et de « rassembler sous une même bannière les différents intervenants^{89, 90} ». La mission a été validée le 19 septembre 2014 sur l'initiative de Ban Ki-moon (Secrétaire Général de l'ONU) et dirigée par Peter Graaf⁹¹. Elle a pris fin le 31 juillet 2015, date à laquelle la responsabilité est revenue à l'OMS (à Margaret Chan). La MINUAUCE a été financée par plus de 50 pays et les financements ont été versés aux gouvernements nationaux. La mission a également permis la création d'un fonds d'affectation spécial pluri partenaires pour la lutte contre Ebola (créé par le Secrétaire Générale de NU).

Le CdS a également créé la Coalition mondiale d'action contre Ebola (GERC) en septembre 2014, afin de fournir une coordination stratégique à la lutte. Le GERC a été composé de représentants des pays les plus touchés, de donateurs bilatéraux et multilatéraux, d'ONG et des Fonds et Agences des Nations Unies⁹². Pour compléter ces actions, le CdS a nommé un Envoyé Spécial chargé d'Ebola, Dr D. Nabarro, qui a travaillé en étroite collaboration avec les gouvernements et les partenaires pour définir les directives politiques et stratégiques nécessaires à une réponse internationale améliorée⁹³,

⁸⁸ Docteur anglais spécialiste en santé publique. Il a organisé l'éradication de la variole.

⁸⁹ Assemblée Générale des Nations Unies, « Examen des enseignements tirés des activités de coordination menées par la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE) », A/71/810, 24.02.2017

⁹⁰ KI MOON B., « The role of WHO within the United Nations Mission for Ebola Emergency Response », World Health Organization, Report of the secretariat, 2014.

⁹¹ En septembre, Ban Ki-moon a observé que la crise d'Ebola n'était plus seulement une crise de santé publique, mais qu'elle était devenue une crise multidimensionnelle, englobant des dimensions politiques, sociales, économiques, logistiques et de sécurité d'une importance considérable. General Assembly Security Council of United Nations, « Identical letters dated 17 September 2014 from the Secretary-General addressed to the President of the General Assembly and the President of the Security Council », A/69/389-, 18.09.2014.

⁹² Action Mondiale Contre Ebola, « Deuxième partie : comment l'intervention s'est-elle organisée ? », 05.2015

⁹³ Nommé après la résolution 2177 de 2014. Action Mondiale Contre Ebola, « Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE) », 2023

La question qui se pose à ce stade, est de savoir pourquoi l'OMS n'a pas été en mesure de mettre en place une réponse similaire, malgré son mandat et les moyens, après le déclenchement de l'USPPI. Les différents facteurs seront examinés dans la troisième partie de ce travail.

2.4. Actions de l'OMS à partir du mois d'août 2014

Toutefois il serait erroné de dire que l'OMS n'a entrepris aucune action. Des mesures ont été mises en place à partir d'août 2014 pour faire face à la crise sanitaire de manière proactive.

Dans le cadre de la lutte contre l'épidémie d'Ebola, des objectifs clairs ont été définis visant à éliminer complètement la maladie et à réduire la mortalité de 70 à 50%⁹⁴. Pour atteindre ces objectifs, un cadre de référence (LogFrame) a été élaboré pour guider la planification et la mise en œuvre des interventions⁹⁵. En outre, pour assurer la qualité des soins prodigués aux patients atteints d'Ebola, 45 documents normatifs ont été créés pour fournir des directives techniques aux professionnels de la santé et aux travailleurs humanitaires concernant la prévention, la surveillance, le diagnostic, le traitement et la gestion des cas d'Ebola⁹⁶. Enfin, la feuille de route de l'intervention pour stopper la maladie (STEPP) a été développée en collaboration avec MINUAUCE. Cette feuille de route se compose de cinq piliers stratégiques, à savoir stopper la transmission de la maladie, traiter les patients atteints d'Ebola, assurer les services de base de santé, préserver les acquis en matière de développement, et prévenir de nouvelles épidémies⁹⁷. Elle a servi de guide stratégique pour la réponse à l'épidémie d'Ebola et pour l'élaboration de la stratégie globale de l'ONU.

Dans l'annexe 7.8, d'autres exemples d'actions sont énumérés pour compléter cette liste non exhaustive.

⁹⁴ Organisation Mondiale de la Santé, « 2015 plan de Riposte Stratégique de l'OMS : Flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest », 2015

⁹⁵ Action Mondiale Contre Ebola, « Deuxième partie : comment l'intervention s'est-elle organisée ? », 05.2015

⁹⁶ BOURRIER M., « Dans les coulisses de la gestion de l'épidémie Ebola en Afrique de l'Ouest (2014 – 2016) : l'ère de l' « OMSF » », Sciences sociales et santé, 2019/2

⁹⁷ KI MOON B., « The role of WHO within the United Nations Mission for Ebola Emergency Response », World Health Organization, 2014.

3. Raisons d'inefficacité de l'action de l'OMS lors de la crise d'Ebola en 2014

Dans cette partie nous nous attarderons à analyser ce qui a provoqué l'inefficacité dans l'action de l'OMS sur la base de la revue de littérature et des entretiens avec les intervenants clés. Ce chapitre est divisé en deux parties principales : premièrement les facteurs internes à l'OMS, ensuite les facteurs externes à celle-ci.

3.1. Raisons internes d'inefficacité de l'action de OMS

3.1.a. Raisons liées à l'interaction et la hiérarchie entre les différents niveaux de l'OMS

Souvenons-nous que les bureaux de l'OMS sont répartis géographiquement et hiérarchisés en différents niveaux, tels que les bureaux de Genève, régionaux et les RP⁹⁸. Les personnes interrogées ont toutes témoigné de la difficulté de collaboration entre l'OMS Genève, l'OMS AFRO et les RP en 2014. Les témoins de l'OMS et de MSF décrivent cette relation comme « chaotique », « galère » et « affreuse », « causant une inefficacité et un retard de réaction dus à un manque d'entente entre les différents bureaux de l'OMS ». Parallèlement à cette collaboration difficile, une question qui revient dans la littérature est celle de savoir pourquoi l'OMS Genève n'a pas outrepassé l'OMS AFRO, pour agir à sa place plus efficacement.

« La rivalité » entre Genève et AFRO est mentionnée par une haute responsable de MSF, ainsi que la présence de « copinage à tous les niveaux qui nuit à la prise de décision, car les interactions et les intérêts personnels priment sur l'efficacité » pour lutter contre l'Ebola. Selon la structure de l'OMS et le témoignage d'un médecin de l'OMS, « le bureau principal de Genève ne peut pas outrepasser le bureau régional » qui détient une grande autonomie dans la prise de décision, la gestion de budget et la mise en œuvre des activités. Il existe une pratique selon laquelle la demande que l'OMS Genève réagisse ou envoie du support, doit venir du bureau régional, ou être une USPPI, qui serait rapportée à Genève par le bureau régional. Un expert de l'OMS explique que « les gens du HQ n'ont pas le droit d'aller au niveau régional sans le feu vert de la région. (...) Elle (la Directrice générale) peut taper du poing sur la table pour faire agir ses bureaux, mais

⁹⁸ BOURRIER M., « Dans les coulisses de la gestion de l'épidémie Ebola en Afrique de l'Ouest (2014 – 2016) : l'ère de l' « OMSF » », Sciences sociales et santé, 2019/2

finalement ils font ce que bon leur semble. (...) Le pouvoir n'est pas au HQ, ce n'est pas le Directrice générale la vraie décideuse ». Ce n'est que lorsque l'USSPI est déclarée que M. Chan peut prendre la décision de remplacer le bureau régional, d'où l'importance de respecter et mettre en place le RSI⁹⁹. Ce même employé relate l'anecdote d'avoir été envoyé sur le terrain contre l'avis du bureau régional et il n'a pas pu réaliser son travail ; « Ils (l'OMS AFRO) n'ont fait que me mettre des bâtons dans les roues » relate-il. Le fait que l'OMS n'a pas demandé du support à l'OMS Genève constitue un des facteurs de l'inefficacité et de retard.

Il existe également une problématique de partage d'informations entre les bureaux, lesquelles n'ont pas été partagées avec l'OMS Genève par l'OMS AFRO, ce qui a provoqué que l'OMS Genève n'était pas au courant de tout ce qui se passait au niveau régional¹⁰⁰. En 2014, il est tout à fait plausible que la Directrice générale n'ait pas été informée de l'ampleur de l'épidémie, car les informations n'étaient pas partagées avec elle. Dans certains cas les renseignements étaient volontairement cachés afin de préserver les intérêts personnels, ainsi que la situation politique et économique des pays impactés par l'épidémie¹⁰¹. Un autre témoin ajoute qu'à l'OMS « tout le monde se sent responsable, mais personne n'est responsable. Personne ne doit rendre de comptes si la réponse n'est pas compétente ». Pour illustrer cette ignorance, un coordinateur de MSF a déclaré que « l'OMS n'a réalisé l'incompétence du RP de Sierra Leone qu'à l'arrivée de D. Nabarro dans le pays en août ; avant cela, elle (la Directrice générale) était ignorante de la situation¹⁰² ». Après la visite de D. Nabarro, le RP a été licenciée, donc cela peut justifier la conduite du personnel de l'OMS de dissimuler leur incompétence et les informations afin de préserver leur travail.

Les raisons de cette mésentente entre l'OMS AFRO et Genève sont multiples et variables selon les témoignages. Certains parlent d'un jeu de pouvoir, d'égoïsme, d'intérêts politiques ou d'incompétence. Deux employés de l'OMS décrivent l'Organisation comme un « panier de

⁹⁹ MICHELETTI P., « L'épidémie à virus Ebola (2014-2016) en Afrique de l'Ouest : la querelle stratégique comme expression de la puissance des acteurs supranationaux. Commentaire », Sciences sociales et santé, 2019/2

¹⁰⁰ Médecins Sans Frontières, « Poussés au-delà de nos limites, une année de lutte contre la plus vaste épidémie d'Ebola de l'Histoire », 2014

¹⁰¹ Dans le but de prétendre que l'AFRO avait la capacité de gérer la situation, préserver son poste, éviter la fermeture de frontières, le boycott des produits nationaux, etc. Action Mondiale Contre Ebola, « Deuxième partie : comment l'intervention s'est-elle organisée ? », 05.2015

¹⁰² C'est après cette visite de D. Nabarro que le RP a été remercié.

crabes » où les agendas politiques s’entremêlent aux relations interpersonnelles et que « l’OMS AFRO protège les ministères de la Santé afin de préserver les bonnes relations avec eux », dans le but de se faire réélire ou avoir un nouveau poste. Un coordinateur de l’OMS déplore que « l’OMS Genève n’ait pas fait plus d’efforts pour savoir ce qui s’y passait en 2014. Même si Genève n’avait pas pu outrepasser l’OMS AFRO, un plaidoyer (lobbying) aurait pu être fait pour faire changer les choses et améliorer l’efficacité de la réponse ».

Il faut garder à l'esprit que les États touchés par Ebola n'ont pas empêché l'OMS d'intervenir, car ils ont déclaré les épidémies et sollicité de l'aide¹⁰³. Par exemple, le ministère de la Santé de Sierra Leone a demandé le soutien de l'OMS, mais la réponse n'a pas été à la hauteur des attentes. L'OMS a rassuré les autorités sierra léonaises en affirmant que la crise sanitaire était « limitée à une partie concise du pays et qu'elle était apparemment sous contrôle¹⁰⁴ ». Bien que les ministères nationaux aient eu leurs propres failles dans la lutte contre l’Ebola, le véritable obstacle est venu des différents niveaux de l’OMS (RP, AFRO, Genève) avec leur rivalité entre les bureaux, leurs dissimulations d’informations et leur prétendu contrôle de la situation.

3.1.b. Raisons liées à l’incompétence de personnes en place à différents niveaux de l’OMS

Dans son travail, M. Bourrier critique la réaction de l’OMS, en particulier celle du bureau régional d’AFRO, qui a adopté une réponse « classique », utilisée face aux épidémies d’Ebola qui se limitent habituellement à une centaine de kilomètres et durent peu de temps¹⁰⁵. L’auteure souligne que « l’OMS n’a pas semblé prendre conscience de l’ampleur que cette épidémie allait prendre », malgré les signaux d’alarme mentionnés par les acteurs du terrain qui ont mis en évidence la circulation transfrontalière des personnes, le faible niveau de structures sanitaires, le

¹⁰³ Conseil de Sécurité des Nations Unies, « Résolution 2177 (2014) », S/RES/2177, 18.09.2014

¹⁰⁴ ROSS E. and al., « Sierra Leone’s Response to the Ebola Outbreak Management Strategies and Key Responders Experiences », Centre on Global Health Security - March 2017

¹⁰⁵ BOURRIER M., « Dans les coulisses de la gestion de l’épidémie Ebola en Afrique de l’Ouest (2014 – 2016) : l’ère de l’ « OMSF » », Sciences sociales et santé, 2019/2

rite funéraire propice à la propagation de la maladie, le contexte post-guerre civile, ainsi que la souche du virus la plus mortelle¹⁰⁶.

Dans les premiers mois, MSF a été l'un des acteurs les plus audibles concernant la gravité de l'épidémie, mais l'OMS a jugé que MSF était trop « alarmiste » et que ses avertissements étaient motivés par des intérêts financiers plutôt que par la nécessité réelle d'être soutenu dans la réponse à l'épidémie¹⁰⁷. MSF a observé que l'OMS faisait preuve d'une certaine « hypocrisie » en rejetant les accusations concernant l'inefficacité de sa réponse et en affirmant « avoir mobilisé toutes les ressources nécessaires dès le début de l'épidémie¹⁰⁸ ». Cette attitude ne permet pas de tirer de leçons pour les prochaines épidémies et d'améliorer ce qui ne fonctionne pas.

L'OMS a également été critiquée pour ne pas avoir mobilisé suffisamment d'experts de fièvre hémorragique, même si ces experts étaient présents à l'OMS Genève. L'OMS AFRO n'a qu'une poignée d'experts (une dizaine pour toute la région), et n'a pas fait appel à l'OMS Genève pour avoir leur support. Un employé de l'OMS a témoigné « que les techniciens de Genève savaient que la situation était hors de contrôle », mais qu'ils n'ont « pas été suffisamment courageux politiquement pour faire bouger la réponse et la communauté internationale ».

Les représentants de l'OMS sur le terrain étaient inexpérimentés et mal préparés pour faire face à la gravité de l'épidémie. Cette incompetence peut être attribuée au système clientéliste et politisé qui prévaut au sein de l'OMS AFRO. Des témoignages révèlent que les fonctionnaires sont choisis davantage pour des raisons politiques que pour leur expertise technique. Les décisions sont donc souvent influencées par la géopolitique, les connexions politiques ou les intérêts

¹⁰⁶ 9 jours après la déclaration de cas à Guéckédou, il y a eu des cas déclarés à Conakry qui est à plus de 650 kilomètres de Guéckédou. Médecins Sans Frontières, « Poussés au-delà de nos limites, une année de lutte contre la plus vaste épidémie d'Ebola de l'Histoire », 2014

La région est celle de la tribu Kissi connue pour ses déplacements intrarégionaux. BNF Data, « Kissi », 2022. La personne doit être enterrée dans le village de naissance et « être touchée » par des nombreuses personnes. VON BREDOW R., HACKENBROCH V., « It is what people call a perfect storm », Der Spiegel, Interview with Ebola Discoverer Peter Piot, 26.09.2014

La souche du virus est Ebola Zaïre.

¹⁰⁷ Médecins Sans Frontières, « Poussés au-delà de nos limites, une année de lutte contre la plus vaste épidémie d'Ebola de l'Histoire », Rapport, 2014.

¹⁰⁸ NAU J., « Ebola : les accusations de MSF, le silence de l'OMS », Revue Médicale Suisse, 2015

économiques et réputationnels de chaque pays membre¹⁰⁹. L'OMS AFRO s'est retrouvée ainsi prise au milieu d'un jeu politique avec une maladie extrêmement mortelle à gérer. P. Piot relate que le bureau AFRO ne dispose pas du personnel le « plus capable », mais de « pions politiques » et « très faibles techniquement »¹¹⁰. Un des coordinateurs de MSF décrit un des RP : « quand il était là, il n'était pas là (...) il donnait un avis très général et ne prenait jamais de décisions ». Souvenons-nous que les RP ont la responsabilité de soutenir techniquement le ministère de la Santé nationale.

Il convient de noter que le bureau régional de l'OMS était peu familier avec la maladie, étant donné que celle-ci n'était pas endémique dans cette région de l'Afrique et que les experts les plus compétents étaient basés à Genève. Il n'est donc pas surprenant qu'AFRO ait sous-estimé la gravité de la situation, ce qui a entraîné un retard dans la mise en place de l'USPPI. La situation n'a été ni correctement suivie, ni analysée et les données épidémiologiques étaient manquantes. De plus, les coupes budgétaires précédant la crise ont également eu un impact négatif sur les capacités du personnel de l'OMS. Au cours des premiers mois de l'épidémie, MSF a constaté que l'OMS n'avait pas compris la nécessité d'affecter davantage de personnel sur le terrain et de former des centaines de personnes pour répondre à la situation¹¹¹. MSF a dû former une grande partie des ONG ainsi que l'OMS elle-même¹¹². La réponse de l'OMS a été jugée « dangereusement inadéquate » par le responsable de la Banque Mondiale, et « tristement inadéquate » par une représentante de l'OMS (I. Nuttall) en août 2014¹¹³.

¹⁰⁹ BOSELEY S., « Ebola: government cuts to the WHO aided delays in dealing with outbreak », The Guardian, 9.10.14

¹¹⁰ VON BREDOW R., HACKENBROCH V., « It is what people call a perfect storm », Der Spiegel, Interview with Ebola Discoverer Peter Piot, 26.09.2014

¹¹¹ Médecins Sans Frontières, « Poussés au-delà de nos limites, une année de lutte contre la plus vaste épidémie d'Ebola de l'Histoire », 2014

¹¹² En une année, MSF a formé plus de 250 personnes des diverses institutions. Il s'agissait de l'OMS, CDC, IMS, GOAL, STC, CR française, etc. Historiquement MSF a gagné son expertise grâce à l'OMS et la collaboration dans les années 90 lors des « épidémies classiques ». Médecins Sans Frontières, « Ebola 2014 – 2015 Facts and Figures. Key financial data on MSF's response to the Ebola epidemic in West Africa », Reliefweb, 23.03.2026

¹¹³ HOUSSIN D., « La coopération sanitaire internationale abolie par Ebola ? », Politique étrangère, 2014/4

Organisation Mondiale de la Santé, « Coordination de la lutte contre l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest : « Le recueil des informations nous permet de faire une analyse de la situation d'échanger avec les acteurs de terrain pour répondre de manière coordonnée » », l'OMS en Afrique, Guinée, 07.08.2014

Malgré la mise en place par l’OMS de réunions quotidiennes de coordination dans les trois États touchés, ces réunions étaient inefficaces et ne permettaient pas de prendre de décisions concrètes. Un coordinateur de MSF relate que ces réunions étaient « nulles, elles n’avaient pas d’agenda défini et cela prenait des heures pour ne rien décider à la fin. C’était inefficace et barbant ». E. Ross et al. fait part d’un témoignage concernant ces réunions : « Nous avons participé à d’innombrables réunions avec l’OMS pour lui demander ce dont elle avait besoin, quelles étaient les lacunes, et nous n’avons obtenu aucune réponse. Nous n’avons pu obtenir aucune analyse de ce qu’il fallait faire¹¹⁴ ». L’OMS ne remplit pas son rôle de coordinateur et d’acteur normatif pour la lutte contre la maladie.

La méconnaissance contextuelle de l’OMS est un autre facteur qui peut expliquer son incompétence dans la gestion de l’épidémie. M. Bourrier souligne que les conseils et les travaux des anthropologues n’ont pas été pris en compte¹¹⁵. De plus, il n’y a pas eu d’utilisation de matériel de recherche portant sur les comportements sociaux de la communauté. Selon un expert en santé publique de MSF, Ebola est avant tout une maladie qui « touche la société dans son ensemble », et « l’épidémie ne peut être maîtrisée que lorsque la communauté a décidé d’y mettre fin ». En plus, il faut également noter l’inexpérience, voire l’incompétence, des ministères de la Santé des pays touchés, ceci sera abordé dans les raisons externes à l’OMS.

3.1.c. Raisons liées au mandat et aux limites organisationnelles de l’OMS

Rappelons-nous que l’OMS a pour mandat de promouvoir la santé et la sécurité sanitaire dans le monde, tout en servant les personnes vulnérables. Les positions politiques des États membres, qui ont le pouvoir de voter à l’AMS, sont souvent en faveur du respect de leur souveraineté et ne souhaitent pas que l’Organisation intervienne dans leurs affaires internes. En

¹¹⁴ ROSS E. and al., « Sierra Leone’s Response to the Ebola Outbreak Management Strategies and Key Responders Experiences », Centre on Global Health Security – 03.2017

¹¹⁵ BOURRIER M., « Dans les coulisses de la gestion de l’épidémie Ebola en Afrique de l’Ouest (2014 – 2016) : l’ère de l’ « OMSF » », Sciences sociales et santé, 2019/2

conséquence, le pouvoir d'action de l'OMS est limité et son rôle dépend de la demande des pays touchés par les crises sanitaires¹¹⁶.

Selon un expert médical de l'OMS, l'Organisation est un « géant aux mains liées », et ne peut intervenir que si les pays touchés font appel à elle en suivant les différents niveaux hiérarchiques. Sans cela l'OMS Genève est limitée à des actions de plaidoyer. Selon un représentant de l'OMS, l'Organisation ne peut pas « taper sur les doigts (des États membres) s'ils font une bêtise ou cachent des choses », car cela relève de leur souveraineté.

Dans notre contexte, les États touchés ont déclaré l'épidémie en mars et mai 2014, ont collaboré avec les RP et l'OMS AFRO, mais aucune action concrète pour endiguer l'épidémie n'a été prise par l'OMS. Les Présidents des États ont envoyé une lettre au Secrétaire Général de l'ONU en demandant la mise en place d'une réponse globale qui comblerait l'inefficacité de l'OMS¹¹⁷. Des systèmes de coordination nationaux ont été instaurés pour remplacer l'absence de l'Organisation sur le terrain. Une directrice de MSF a rapporté que « l'OMS était absente sur le terrain et que MSF avait dû prendre en charge la situation ». Elle a expliqué que « le ministère de la Santé du Liberia avait sollicité l'aide de MSF en mai, car l'OMS était inefficace ». L. Garrett a critiqué l'image faussement puissante de l'OMS, en expliquant que « les gens pensent qu'il y a un immense bureau rempli d'équipements spécialisés et de travailleurs de la santé talentueux à Genève, alors qu'en réalité, l'OMS est pratiquement en faillite¹¹⁸ ». Un fonctionnaire de l'OMS a également décrit l'organisation comme une "coquille vide". L'évaluation interne de l'OMS en 2015 a révélé que l'Organisation n'a pas une culture de « prise de décision rapide », la rendant peu adaptée pour gérer des situations d'urgence, ce qui est contraire aux mécanismes qui sont mis à sa disposition¹¹⁹. D'après le témoignage d'un membre de MSF, l'OMS et la communauté internationale ont envoyé des ressources logistiques plutôt que des ressources humaines pour

¹¹⁶ Organisation Mondiale de la Santé, « Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé », Documents fondamentaux, 2005

¹¹⁷ Conseil de Sécurité des Nations Unies, « Résolution 2177 (2014) », Adoptée par le Conseil de sécurité à sa 7269^e séance, Distr. Générale, S/RES/2177 (2014), 18.09.2014

¹¹⁸ Laurie Garrett est chercheuse principale en santé mondiale au Council on Foreign Relations (CFR). MILES K., « Health Expert: « No strategic Plan » for controlling Ebola Outbreak », Noema, 05.08.2014

¹¹⁹ World Health Organization, « Report of the Ebola Interim Assessment Panel », 05.2015

prendre soin des patients. Même si certains militaires devaient remplir ce rôle, ils refusaient de toucher les patients par peur de la maladie, contribuant ainsi à sa stigmatisation et indirectement à sa propagation. Bien que l'OMS ait fourni des efforts en envoyant des ressources, selon l'ancien président de MSF, « le véritable problème résidait dans la formation du personnel médical spécialisé et des milliers de soignants, ce qui prendrait plusieurs semaines¹²⁰ ».

Le GOARN a effectué une première évaluation de l'épidémie dès le mois de mars, avec des moyens limités et similaires à ceux utilisés pour les épidémies classiques¹²¹. Cette évaluation a été réalisée par un petit groupe d'experts de l'OMS, des CDC, de MSF, etc., sous la coordination générale de l'OMS. Le rapport était alarmant et demandait le 8 avril 2014 des mesures pour endiguer l'épidémie, mais il est resté lettre morte malgré les appels de MSF à l'action. Les mesures demandées comprenaient l'envoi de ressources humaines pour traiter les patients, la formation du personnel médical, l'intensification des mesures de sensibilisation, de suivi des contacts, etc. Cela démontre que même un mécanisme comme GOARN, qui avait fait sa part du travail, n'a pas été pris en compte. Lors d'un entretien avec un expert en santé publique de l'OMS, celui-ci a expliqué « qu'en 2014, GOARN n'était qu'un mécanisme parmi d'autres et qu'il n'avait aucune influence sur l'OMS, car il était purement politique ».

Les acteurs sur le terrain (ONG, les administrations des pays touchés, la communauté internationale) souhaitaient que l'OMS prenne un rôle de coordinateur dans la réponse à la crise, comme prévu dans son mandat. Ils s'attendaient à ce que l'OMS fournisse un soutien technique, matériel et surtout en personnel formé¹²². Toutefois, l'Organisation n'a jamais assumé ce rôle de coordinatrice, d'autant plus qu'après la déclaration de l'USPPI celle-ci a été gérée par l'opération des Nations Unies (MINUACE). Les raisons de cette absence de coordination de la part de l'OMS, sont multiples et liées à des facteurs internes et externes, notamment le mandat de celle-ci, sa structure et l'incompétence de certaines personnes. En outre, l'OMS n'était pas « très respectée par la communauté internationale, en raison de sa dépendance aux décisions politiques et de son échec à mettre en place des réformes après la crise du SARS » comme ça a été expliqué

¹²⁰ GARRIC A., « Ebola : où en est-on des promesses de dons et de soignants », le Monde, 18.03.2014

¹²¹ Pour rappel GOARN fait partie de l'OMS

¹²² Ceci fait partie des rôles et responsabilités de l'OMS mentionnés dans la Constitution à l'article 2§d.

par un informateur de l'OMS¹²³. Selon un coordinateur de MSF, l'ONG a encouragé et préparé l'OMS à participer à la réunion au Ghana les 2 et 3 juillet avec les ministères de la Santé pour élaborer une stratégie internationale. L'OMS a alors utilisé des outils partagés par MSF et a commencé à développer davantage ses propres outils pour la gestion des urgences. Une directrice de MSF témoigne que la Directrice générale de l'OMS « n'a pas voulu discuter (avec elle) avant le mois d'août », malgré les tentatives de communication de la part de MSF.

La propagation de l'épidémie a été influencée par différents facteurs, dont la méconnaissance et l'incompétence des autorités locales. L'OMS a pour mission de tenter de résoudre ce problème en agissant en tant qu'organe normatif et technique de plus haut niveau, à travers ses RP. Au début de l'épidémie, l'OMS n'a pas pris le temps de former le personnel et d'accroître les connaissances sur la maladie, ce qui a contribué à la situation qui a suivi¹²⁴. Les capacités limitées des acteurs étaient liées au manque de ressources financières, technologiques et de personnel. Il y avait également un dysfonctionnement de la coordination entre les acteurs et les différents pays, qui ne parlaient pas la même langue. Enfin, certains membres des administrations n'avaient tout simplement pas les compétences nécessaires pour occuper les postes qu'ils occupaient au ministère de la Santé¹²⁵. Selon un témoignage de MSF, il y avait une « extraordinairement gravissime nullité au sein du ministère », que certaines personnes ont eu accès à ces responsabilités au MdS grâce « aux avantages en nature » ou connexion avec les

¹²³ BOSELEY S., « Ebola: government cuts to the WHO aided delays in dealing with outbreak », The Guardian, 9.10.14

¹²⁴ Cela a entraîné des erreurs dans la reconnaissance de cas et la prise de décisions appropriées, ainsi que des transmissions de la maladie dans les hôpitaux et les centres de santé, où un grand nombre de soignants sont décédés faute de connaissances suffisantes pour se protéger et d'équipement pour prévenir les transmissions. La fermeture des hôpitaux afin de limiter les transmissions intra hospitalières a entraîné des conséquences sur l'accès aux soins et la prise en charge des autres maladies. VON BREDOW R., HACKENBROCH V., « It is what people call a perfect storm », Der Spiegel, Interview with Ebola Discoverer Peter Piot, 26.09.2014

Cela a également causé des décès dans la communauté, non comptabilisée dans les chiffres officiels en raison du manque de confirmation du diagnostic d'Ebola par un échantillon prélevé et analysé. WOLZ A., « Face to Face with Ebola – An Emergency Care Center in Sierra Leone » perspective, The new England Journal of Medicine, 18 September 2014

¹²⁵ FORTIN A. et al., « Les enseignements de l'épidémie d'Ebola pour une meilleure préparation aux urgences », Santé Publique, 2017/4

personnes haut placées¹²⁶. Selon les témoignages recueillis, le changement de l'OMS du rôle normatif vers un rôle opérationnel imposé par la Directrice générale a nui à l'Organisation dans son rôle de coordinatrice dans la réponse à l'épidémie d'Ebola¹²⁷.

Toutefois, au niveau de son fonctionnement l'OMS doit avoir une vision « macro » de la situation sanitaire mondiale et doit gérer de nombreuses USPPI en même temps. En 2014, il y avait une multitude d'urgences qui se produisaient dans différents pays tels que l'Ukraine, la Syrie, le Nigéria et l'Irak, nécessitant des besoins humanitaires et sanitaires considérables¹²⁸. L'OMS peut être considérée comme un instrument des États membres qui prennent des décisions à travers leur vote et déterminent l'utilisation de financements attribués à l'OMS. Selon un témoignage de MSF, « il serait naïf de croire que les décisions (à l'AMS) sont prises en fonction de la santé publique, car les considérations politiques l'emportent sur les considérations sanitaires ». Ce paradigme est très différent de celui des MSF et autres ONG médicales.

3.1.d. Raisons liées à la mise en application du Règlement Sanitaire International

La crise d'Ebola en 2014 a révélé l'échec de l'OMS dans l'assistance aux pays pour la mise en œuvre de la révision du RSI de 2005, bien que cela relève de sa responsabilité. Les pays avaient cinq ans pour appliquer la révision au niveau national, avec une possibilité d'extension de deux ans, mais cela n'a pas été suivi d'effets. Selon le Lancet, « en l'absence de financement supplémentaire et de mécanisme de responsabilité adéquat pour assurer un suivi indépendant (de la mise en place de RSI), cette vision louable s'est transformée en une énorme occasion manquée

¹²⁶ Ce témoignage fait référence à la ministre de santé de la Sierra Leone, selon l'informateur clé elle était d'une « incompétence totale d'une petite pharmacienne ». Elle a été licenciée au mois d'août, ensuite la situation a considérablement changé. De plus, le RP de Sierra Leone s'est fait remercier en même temps qu'elle.

¹²⁷ Médecins Sans Frontières, « Poussés au-delà de nos limites, une année de lutte contre la plus vaste épidémie d'Ebola de l'Histoire », 2014

¹²⁸ Par exemple, le nombre de décès en Syrie est bien supérieur à celui de l'épidémie d'Ebola et l'intérêt des acteurs politiques pour la crise syrienne est différent de celui porté à la crise d'Ebola. Organisation mondiale de la Santé, « Situation d'urgence sanitaire. Action de l'OMS dans les situations d'urgence grave et de grande ampleur ». Rapport du Directeur général, A70/9, 10.04.2017

World Health Organization, « Ebola Interim Assessment Panel », 68th World Health Assembly, A68/25, 08.05.2015

(..) chaque personne nouvellement infectée par le virus Ebola nous rappelle cette occasion manquée »¹²⁹. La mise en application du RSI risquait de plonger les difficultés économiques des pays déjà fragilisés avec Ebola et par celle-ci. Les conséquences du RSI auraient pu être telles qu'un boycott de leurs produits, la fermeture des frontières (ralentissant ainsi la réponse à l'épidémie), l'arrêt ou le ralentissement des échanges commerciaux, etc.¹³⁰. Ceci peut avoir un impact sur d'autres pays africains que ceux impactés par Ebola, et justifier que certains politiciens soient contraires au fait de suivre le RSI. Selon J. Liu, au mois d'août « lorsque Ebola a traversé l'océan, le manque de volonté n'était plus une option et le RSI devait être mis en application (...) Le monde a enfin commencé à se réveiller¹³¹ ».

Toutefois, l'expérience de l'Afrique de l'Ouest a confirmé les craintes suscitées par le RSI, car les pays touchés ont été encore plus isolés alors qu'ils faisaient face à plusieurs crises simultanées. Un expert en santé publique de MSF a témoigné de « l'instauration de mesures délirantes », telles qu'un embargo sur toute l'Afrique de l'Ouest, toutefois celles-ci ont été initiées par 40 États, et non par l'OMS¹³². Ce n'est qu'en septembre, lorsque le CdS de l'ONU - et non l'OMS - a adopté la résolution 2177 sur les déplacements, que les restrictions ont été levées, facilitant ainsi l'acheminement de l'aide dans la lutte contre Ebola¹³³.

La question de l'applicabilité du RSI est soulevée à la lumière des nombreux obstacles qui se dressent devant sa mise en place effective. Le RSI exige que les États membres établissent un meilleur suivi de ce qui pourrait représenter les urgences sanitaires, cependant plusieurs facteurs

¹²⁹ L'expérience démontre que même pendant la pandémie de COVID-19, le RSI n'a pas été pleinement suivi, et les pays qui ont mis en place des mesures conformes à ce règlement se sont retrouvés isolés, alors que le virus s'était déjà propagé à d'autres pays. Un exemple pertinent à cet égard est celui de l'Afrique du Sud et de la souche Omicron du COVID-19. The Lancet, « Ebola: what lessons for the International Health Regulations? », 08.10.2014

¹³⁰ Le Monde avec AFP, « Ebola menace la paix et la sécurité internationale, déclare le Conseil de sécurité », Le Monde, 18.09.2014

¹³¹ Présidente internationale de MSF. Médecins Sans Frontières, « Poussés au-delà de nos limites, une année de lutte contre la plus vaste épidémie d'Ebola de l'Histoire », 2014

¹³² Ceci est une violation du RSI qui est un outil juridique, mais aucune mesure n'a été prise contre ces 40 pays. World Health Organization, « Report of the Ebola Interim Assessment Panel », 05.2015

¹³³ La fermeture de lignes aériennes posait un sérieux problème pour faire venir des travailleurs étrangers. Conseil de Sécurité des Nations Unies, « Résolution 2177 (2014) », Adoptée par le Conseil de sécurité, S/RES/2177 (2014), 18.09.2014

entravent la mise en œuvre de ces exigences. Tout d'abord, les pays peuvent être incapables de remplir leur devoir d'application en raison de contraintes matérielles, financières, technologiques et en termes de ressources humaines¹³⁴. En outre, les États risquent de subir des pertes économiques et d'être isolés des autres pays en appliquant le RSI. Enfin, la volonté des États de préserver leur souveraineté nationale peut les amener à privilégier l'autonomie en matière de politique de santé plutôt que de se conformer aux normes internationales de l'OMS. Il est important de noter que l'OMS ne peut pas déclarer une épidémie au niveau national, car cela reste de la compétence des États, ce qui remet en question le mandat de l'OMS dans le cadre du RSI.

3.1.e. Raisons liées aux financements de l'OMS

La question du financement est un autre élément complexe qui met en évidence la dépendance de l'OMS de la bonne volonté des autres acteurs, en particulier des politiciens et acteurs des États membres. Comme mentionné précédemment, seuls 20% du budget de l'OMS étaient issus des cotisations des pays en 2014, tandis que les 80% restants étaient constitués de dons volontaires pour des sujets spécifiques choisis par les donateurs¹³⁵. Ces dons volontaires n'étaient pas destinés aux programmes d'urgence à cette époque, ce qui laissait peu de marge de manœuvre pour l'allocation des ressources à l'épidémie, sauf en cas de décision collective du bureau régional ou du siège à Genève¹³⁶. Selon P. Piot, l'OMS était « tiraillée entre différents agendas politiques et la façon dont le financement est structuré rend cela encore pire¹³⁷ ».

La Constitution de l'OMS prévoyait la création d'un fonds spécial pour les épidémies, qui devait être alimenté et dont le Conseil exécutif pouvait disposer en cas de besoin, conformément à l'article 58 de la Constitution. Cependant, ce fonds n'a pas été alimenté en 2014 ni auparavant¹³⁸.

¹³⁴ HOUSSIN D., « La coopération sanitaire internationale abolie par Ebola ? », Politique étrangère, 2014/4

¹³⁵ Certains États membres ont un retard dans le paiement de leur cotisation.

¹³⁶ ROSS E. and al., « Sierra Leone's Response to the Ebola Outbreak Management Strategies and Key Responders Experiences », Centre on Global Health Security - March 2017

¹³⁷ BOSELEY S., « Ebola: government cuts to the WHO aided delays in dealing with outbreak », The Guardian, 9.10.14

¹³⁸ En 2011 après l'épidémie de SARS, le comité d'examen sur le fonctionnement de RSI a recommandé la création d'un fonds de réserves pour les urgences de santé publique. Cette recommandation a été validée par l'AG de l'ONU,

En outre, selon S. Boseley, l'OMS a été confrontée à une réduction de ses financements dans un contexte mondial d'austérité, en particulier de la part de ses principaux donateurs, à savoir les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Union européenne. Cette diminution des financements a entraîné une réduction du personnel de l'OMS, comme l'ont souligné les auteurs Von Bredow et Hackenbroch, en expliquant que les coupes budgétaires ont touché principalement le département des fièvres hémorragiques et le département des épidémies¹³⁹. De plus, il existait une forte compétition entre les différents départements de l'OMS pour obtenir des financements¹⁴⁰. Les auteurs d'un rapport d'Oxfam ont dénoncé la responsabilité des donateurs dans la lenteur et l'inefficacité de la réaction de l'OMS¹⁴¹.

Au début de l'épidémie, les seules sources de financement de l'OMS étaient le financement pour les interventions rapides (créé en 2009 par le Royaume-Uni), le fonds d'intervention d'urgence (créé en 2002 par les États-Unis), les fonds régionaux et les fonds extérieurs¹⁴². Face à cette situation, l'OMS a lancé un appel aux dons dès le mois de mars, puis un autre en avril en raison du manque de réaction internationale. Cependant, l'OMS a dû attendre jusqu'au mois de juin 2014 pour avoir suffisamment de fonds pour agir.

Selon une haute responsable de MSF, pendant les premiers mois de l'épidémie, MSF a financièrement pallié le manque d'argent à l'OMS en finançant directement les activités. La présidente internationale de MSF a souligné « le manque de souplesse et de flexibilité des systèmes humanitaires et sanitaires mondiaux (l'OMS) pour garantir une réponse rapide et pratique à

mais le fonds distinct n'a pas été mis en place. Son solde en 2014 était de 86 000\$. Organisation Mondiale de la Santé, « Épidémie de maladie à virus Ebola 2014 et suite donnée à la session extraordinaire de Conseil exécutif sur l'épidémie d'Ebola ; options pour un fonds de réserve destiné à soutenir la capacité de riposte de l'OMS dans un situation d'urgence », Rapporteur du directeur général, A68/26, 12.05.2015

¹³⁹ VON BREDOW R., HACKENBROCH V., « It is what people call a perfect storm », Der Spiegel, Interview with Ebola Discoverer Peter Piot, 26.09.2014

¹⁴⁰ MOSER F., BUMP J. B., « Assessing the World Health Organization : What does the academic debate reveal and is it democratic? », Social science & Medecine, Volume 314, 23.10.22

¹⁴¹ BOSELEY S., « Ebola: government cuts to the WHO aided delays in dealing with outbreak », The Guardian, 9.10.14

¹⁴² Organisation Mondiale de la Santé, « Épidémie de maladie à virus Ebola 2014 et suite donnée à la session extraordinaire de Conseil exécutif sur l'épidémie d'Ebola ; options pour un fonds de réserve destiné à soutenir la capacité de riposte de l'OMS dans un situation d'urgence », Rapporteur du directeur général, A68/26, 12.05.2015

l'urgence¹⁴³ ». Ces éléments mettent en évidence le fait que même avec une bonne communication interne et la volonté d'agir, l'OMS aurait rencontré des difficultés et aurait été limitée dans ses actions, tant qu'elle n'aurait pas accès à des financements plus importants.

3.1.f. Raisons liées à la corruption interne à l'OMS et les acteurs externes

De nombreux témoignages (de MSF, de l'OMS, du CDC) ont signalé de forts soupçons de corruption, qui auraient été un problème courant au sein de l'OMS (à tous les niveaux) ainsi que dans les administrations nationales. Les interlocuteurs décrivent cela comme « monnaie courante », « terrible », et l'OMS AFRO était décrit comme un « nid de corruption ». Plusieurs analyses ont été réalisées après la crise de 2014, mais jusqu'à présent, nous ne savons pas où est allé l'argent destiné à la lutte contre l'Ebola. Les comptes ne seraient pas justes ni transparents. Selon un fonctionnaire de l'OMS, les affaires d'argent sont considérées comme des « affaires internes » et le « linge sale ne se lave pas en public », ce qui signifie que ces histoires de corruption ont été étouffées et que l'OMS a essayé d'éviter à tout prix les « scandales » publics.

En ce qui concerne la corruption entre l'OMS et les acteurs externes, les mêmes soupçons, voir constats ont été fait concernant la disparition inquiétante de l'argent¹⁴⁴. Un des humanitaires de MSF a relaté que l'OMS avait fait don d'ambulances et de financement pour l'essence de celle-ci en Guinée, mais que l'argent avait « disparu ». À la suite de cela il n'y avait pas d'essence pour faire fonctionner le véhicule ; les fonds étaient détournés, ce qui a ajouté à l'inefficacité de la réponse. Cette corruption a créé de la méfiance entre et envers les institutions (y compris l'OMS), et a contribué à développer ce qui a été appelé « l'Ebola business » lors des épidémies suivantes¹⁴⁵.

¹⁴³ Médecins Sans Frontières, « Poussés au-delà de nos limites, une année de lutte contre la plus vaste épidémie d'Ebola de l'Histoire », 2014

¹⁴⁴ SHEPLER S., « “We Know Who Is Eating the Ebola Money!”: Corruption, the State, and the Ebola Response. » *Anthropological Quarterly*, 2017

¹⁴⁵ Ebola Business est réellement apparu lors de l'épidémie d'Ebola au RDC en 2018, mais certains auteurs parlent déjà de ce phénomène dans la crise de l'Afrique de l'Ouest. Ebola business représente un énorme afflux de l'argent et le fait que certaines personnes puissent s'enrichir grâce à l'épidémie. BASHI W., « Ebola business : ceux qui profitent de l'épidémie en RDC », DW, Afrique, Santé, 05.08.2021

3.1.g. Raisons liées à la rigidité des procédures de l'OMS

Selon une source haut placée chez MSF, « l'OMS manquait de flexibilité et de souplesse dans ses protocoles, ainsi que dans la prise de décision et la réorientation des ressources. Les validations nécessaires passaient par de nombreux niveaux, ce qui prenait du temps ». Le problème était que pendant ce temps, la situation sur le terrain pouvait évoluer et rendre les décisions validées obsolètes, surtout dans le cas d'une épidémie telle qu'Ebola, où les besoins évoluent rapidement.

Notons que certains ont considéré que les procédures de l'OMS étaient trop rigides, limitant sa capacité à adapter rapidement les ressources en fonction des besoins changeants¹⁴⁶. Des retards ont été signalés dans le recrutement de personnel local ainsi que dans la mise en place d'infrastructures de santé temporaires, principalement en raison de procédures administratives complexes. De plus, l'OMS a envoyé des ressources inadéquates sur le terrain, ce qui n'a pas permis de répondre efficacement aux besoins réels de la population touchée par l'épidémie.

Le rapport d'évaluation de la réponse a conclu que, même lorsque l'OMS a reconnu la gravité de la situation et les besoins, ses règles internes ont entravé une réponse rapide. La mobilisation des ressources a été lente et inefficace, car même si les financements étaient disponibles, les procédures étaient très complexes et inflexibles.

3.2. Raisons externes à l'OMS

3.2.a. Raisons liées à la communication et la collaboration avec l'OMS

Pour clarifier, lorsque nous parlons d'« acteurs » dans cette section, nous faisons référence à tous les acteurs autres que l'OMS, tels que les ministères de la Santé, les organisations non gouvernementales, la communauté locale ou internationale, les laboratoires, etc.

Comme cela a été mentionné dans les sections précédentes, l'OMS a rencontré des difficultés de communication entre l'OMS AFRO et le siège de Genève. Cependant, ces problèmes étaient également liés à des acteurs externes qui, dans certains cas, ne partageaient pas

¹⁴⁶ MOSER F., BUMP J. B., « Assessing the World Health Organization : What does the academic debate reveal and is it democratic? », Social science & Medecine, 23.10.22

d'informations. Par exemple, une personne travaillant pour MSF a rapporté que le ministère de la Santé du Sierra Leone « ne partageait pas les listes de personnes-contacts avec les cas confirmés, ce qui empêchait leur suivi ». Un responsable de l'OMS Genève a signalé qu'il était « très difficile pour l'OMS d'obtenir des informations ». Les résultats des examens et les zones touchées par Ebola n'étaient pas partagés de manière adéquate. Ce même responsable explique que cette rétention d'informations sur la situation épidémique pouvait être justifiée par « une volonté de minimiser la gravité de la situation ou de donner l'impression de contrôler l'épidémie de la part des autorités nationales », qui ne voulaient pas être perçues comme « incompetentes et risquer de perdre leur emploi ». Une personne qui a travaillé en étroite collaboration avec le Président de la Guinée a déclaré que ce dernier « n'était pas au courant de la gravité de la situation, car les informations avaient été cachées par le ministère de la Santé et le RP ». Le Président a déclaré « ne pas faire confiance à son propre Ministre » et a été informé sur la situation épidémiologique par le travailleur de MSF¹⁴⁷. Pour les interlocuteurs il était difficile d'affirmer si cette dissimulation de la vérité était dû à un acte délibéré ou à une incompetence à comprendre la gravité de la situation. Cela pouvait être également motivé par la volonté de préserver la situation économique et politique, de préserver le travail des employés de l'OMS, d'éviter une panique dans les pays sortant d'une guerre civile, ainsi que par l'inexpérience des institutions nationales face à une épidémie¹⁴⁸. À la suite de cet exemple, il est facile d'imaginer que toutes les informations n'étaient pas partagées avec l'OMS AFRO, et encore moins avec l'OMS Genève.

La plupart des organisations non gouvernementales, n'avaient ni l'expérience ni la volonté de s'investir dans cette épidémie en raison de sa mortalité élevée. MSF a ainsi pris la place de l'OMS en tant qu'expert d'Ebola. Des désaccords sont apparus entre MSF et l'OMS, notamment en ce qui concerne l'équipement de protection individuel (EPI) et le modèle de prise en charge à adopter (ce point est développé dans l'annexe 7.9)¹⁴⁹. Selon un coordinateur de MSF, l'autorité de

¹⁴⁷ ROSS E. and al., « Sierra Leone's Response to the Ebola Outbreak Management Strategies and Key Responders Experiences », Centre on Global Health Security, 03.2017

¹⁴⁸ BOSELEY S., « Ebola: government cuts to the WHO aided delays in dealing with outbreak », The Guardian, 9.10.14

¹⁴⁹ BOURRIER M., « Dans les coulisses de la gestion de l'épidémie Ebola en Afrique de l'Ouest (2014 – 2016) : l'ère de l'OMSF », Sciences sociales et santé, 2019/2

STERK E., « Filovirus hemorrhagic fever guideline », 2008, MSF

l'OMS était remise en question par certains acteurs. MSF étant opérationnel « sur le terrain, ne pouvaient pas se permettre des discussions sans fin » avec l'OMS, « il n'y avait pas le temps pour ça ». Bien que les différences entre l'OMS et MSF soient claires au niveau institutionnel, elles ne le sont pas pour les communautés locales qui voient de nombreux logos, sans savoir ce qui se cache derrière en termes d'activités et de valeurs humanitaires. Dans son article, M. Bourrier décrit la communauté locale qui parlait de « OMSF », une abréviation entre l'OMS et MSF, où les deux acteurs sont vus comme des puissances extérieures, en dépit de leurs différences et de leur efficacité. Pour la communauté locale, ces deux géants « collaboraient et appartenaient à l'élite de la santé globale¹⁵⁰ », ce qui implique que les actions ou inactions d'une organisation, influencent la perception que la communauté peut avoir sur l'autre.

Face à l'inefficacité et à la lenteur de l'OMS à gérer l'épidémie d'Ebola, MSF a pris une décision controversée, mais jugée comme inévitable par de nombreux intervenants. Il s'agissait de faire un « appel désespéré » pour des « ressources civiles et militaires ayant des compétences en matière de confinement de risques biologiques », lors d'une allocution du Dr Liu à l'AG de l'ONU¹⁵¹. Cette décision, « exceptionnelle » pour MSF, qui maintient généralement une distance avec les forces militaires pour préserver son indépendance, a montré la gravité de la situation. Selon un interlocuteur de MSF, « il n'y avait pas d'autres options pour essayer de maîtriser cette épidémie ».

Le manque de communication entre tous les acteurs impliqués, y compris l'OMS, a été un autre facteur de la gestion chaotique de l'épidémie. La coordination entre les trois pays touchés était faible, voire inexistante, alors que les acteurs s'attendaient à ce que l'OMS assure ce rôle, ce qui n'a pas été le cas. De plus, il ne faut pas sous-estimer le poids du passé colonial et des années de guerre civile qui ont sapé la confiance de la communauté locale envers son gouvernement et les « blancs » de l'OMS et ONG, perçus par certains comme des néo-colonisateurs.

3.2.b. Raisons liées à la relation de l'OMS avec la communauté locale

¹⁵⁰ BOURRIER M., « Dans les coulisses de la gestion de l'épidémie Ebola en Afrique de l'Ouest (2014 – 2016) : l'ère de l' « OMSF » », Sciences sociales et santé, 2019/2

¹⁵¹ Médecins Sans Frontières, « Poussés au-delà de nos limites, une année de lutte contre la plus vaste épidémie d'Ebola de l'Histoire », 2014

Bien que les anthropologues aient communiqué leurs recommandations à propos de la crise de 2014, ainsi que les leçons tirées des épidémies précédentes, nous constatons que l'OMS n'a pas tenu compte de ces conseils¹⁵². La communication et l'engagement communautaire ont été considérés comme insuffisants, ce qui a conduit à la méfiance et à la résistance de la communauté locale. Cela a eu pour conséquence des retards et une moindre efficacité dans la réponse à la crise, comme l'incapacité d'atteindre certaines zones¹⁵³. L'OMS avait des anthropologues dans son équipe technique, et après des années d'expertise en Afrique et dans les épidémies, une réponse plus efficace était attendue de sa part. Malgré cela, l'expertise de certains membres de l'OMS, comme P. Formenty, coordinateur de l'OMS qui a étudié pendant plus de dix ans les rites funéraires, n'a pas été utilisée¹⁵⁴.

Un témoignage rapporte une insuffisance de participation de la communauté dans la prise de décisions de l'OMS, ce qui a été confirmé par la recherche de C. Gasquet¹⁵⁵. La communauté n'a pas été impliquée dans la planification, la mise en place des centres de traitement ni la surveillance des activités de lutte contre l'épidémie. E. Mamadou et al. relate qu'en raison du manque d'information et de compréhension, les communautés préféraient cacher les malades dans leur maison plutôt que de les envoyer dans les centres de traitement qui étaient considérés comme des « mouiroirs¹⁵⁶ ». Un témoin de MSF partage une anecdote tragique d'une famille transportant

¹⁵² L'engagement communautaire a montré ses preuves quant à l'amélioration de l'efficacité de la réponse aux maladies chroniques ou épidémies, comme dans le cas du diabète ou du VIH. GRUNAI M.E. « Les dispositifs de lutte contre le sida à l'heure de l'ONUSIDA et de la démocratisation » Vivre et penser le sida en Afrique, Paris, Karthala ; 2001.

MAMADOU MBAYE E. et al., « Évolution de l'implication des communautés dans la riposte à Ebola », Santé Publique, 2017/4

GASQUET – BLANCHARD C. « Ebola, géographie d'un virus. Enjeux socio-spéciaux en Afrique centrale. Perspectives pour l'Afrique de l'Ouest », OpenEdition Journal, numéro 26, 02.2015

¹⁵³ World Health Organization, « Why the Ebola outbreak has been underestimated », Situation assessment, Relifweb, 22.08.2014

¹⁵⁴ BOURRIER M., « Dans les coulisses de la gestion de l'épidémie Ebola en Afrique de l'Ouest (2014 – 2016) : l'ère de l' « OMSF » », Sciences sociales et santé, 2019/2

¹⁵⁵ GASQUET – BLANCHARD C., « L'épidémie d'Ebola de 2013 – 2016 en Afrique de l'ouest : analyse critique d'une crise avant tout sociale », Santé Publique 2017/4

¹⁵⁶ World Health Organization, « Why the Ebola outbreak has been underestimated », Situation assessment, Relifweb, 22.08.2014

une personne décédée comme si elle était vivante, afin de pouvoir respecter la culture de l'enterrement en la ramenant au village natal.

Les mesures coercitives qui entravent les rites sociaux suscitent des craintes quant aux conséquences sanitaires ou punitives par les croyances africaines¹⁵⁷. Le culte funéraire, crucial pour communiquer avec l'au-delà, requiert un respect absolu. Toutes les études consultées montrent l'inefficacité des méthodes coercitives et celles qui propagent la peur. L'OMS faisait partie de ces mesures en se déplaçant parfois avec des soldats armés. Un expert en santé publique de MSF affirme que « les quarantaines imposées par l'OMS et l'ONU ont probablement causé plus de dégâts qu'Ebola, en raison de leur impact sur les communautés ».

Bien que l'information sur l'Ebola ait été transmise aux communautés après la déclaration de l'USPPI, les préjudices étaient déjà causés. Les communautés avaient eu suffisamment de temps pour développer leur propre interprétation de la maladie, notamment en niant l'existence d'Ebola ou en affirmant que la maladie était propagée par des personnes étrangères avec de gros 4x4 (théorie du complot)¹⁵⁸. Le manque de clarté et de positionnement précoce de l'OMS a engendré une méfiance accrue de la part de la communauté, d'autant plus que les mesures mises en place semblaient inefficaces et que les directives changeaient constamment, créant ainsi la confusion et une perte de confiance vis-à-vis de l'OMS.

De plus, certains experts ont critiqué la réponse contre l'épidémie comme étant excessivement axée sur la biomédecine, au détriment des dimensions sociales, culturelles et comportementales. C. Gasquet a qualifié la gestion de la crise de « déshumanisée¹⁵⁹ ». Ce qui peut

¹⁵⁷ Mesures telles que l'interdiction de consommer de la viande de brousse, interdictions de déplacements ou bien interdiction d'enterrement communautaires en Guinée.

¹⁵⁸ Il convient de noter qu'avant l'UPSSI nous parlons de résistances actives (violentes) et passives de la part de la communauté ; alors qu'après la déclaration de l'UPSSI nous parlons essentiellement de la résistance passive. Par résistance passive, nous comprendrons que la communauté ne voyait pas cela comme une « résistance », mais plutôt une façon de continuer à vivre « normalement ». S. Kone, parle d'un accord tacite après l'USPPI et la militarisation de la réponse à Ebola : la communauté faisait semblant d'écouter les messages de prévention, de suivre les procédures expliquées, accepter les kits distribués, etc., mais ils ne partageaient pas les informations aux autorités. GASQUET – BLANCHARD C. « Ebola, géographie d'un virus. Enjeux socio-spéciaux en Afrique centrale. Perspectives pour l'Afrique de l'Ouest », OpenEdition Journal, 02.2015

¹⁵⁹ Voir supra

sembler prioritaire pour l'OMS ou les bailleurs de fonds peut sembler dérisoire pour la communauté locale, qui est davantage touchée par le paludisme ou le VIH que par l'Ebola.

Cette approche dure et axée sur l'urgence s'oppose parfois aux droits de l'homme et soulève de nombreuses questions éthiques liées à un excès d'autoritarisme de la part des anciens colonisateurs (l'OMS faisant partie, par son statut et le lien avec les pays économiquement développés) et des puissances occidentales. Les travailleurs de la réponse à l'épidémie ont été confrontés à un dilemme entre une approche biomédicale et une approche basée sur les sciences sociales, sans que l'OMS ne donne de direction claire à suivre. Pour illustrer ces défis et enjeux éthiques, les traitements expérimentaux disponibles en quantité très limitée ont été administrés uniquement aux Occidentaux et au personnel soignant, ce qui démontre que « le prix d'une vie humaine reste relatif à la race et à la classe sociale¹⁶⁰ ».

3.2.c. Raisons liées à la collaboration entre l'OMS et la MINUAUCE

Les témoignages de deux personnes de MSF et d'une de l'OMS font état d'une inefficacité « flagrante » de la MINUAUCE. La communication entre la mission de l'ONU et l'OMS était « catastrophique », et que « cette opération n'était que de la poudre aux yeux ».

La collaboration était très complexe en raison de nombreux niveaux hiérarchiques et d'une communication ambiguë entre l'OMS, la mission de l'ONU et les acteurs locaux. Il y avait des difficultés de partage d'informations, de définition des rôles et des responsabilités sur le terrain, ce qui a causé de la confusion et des retards dans la réponse globale à l'épidémie¹⁶¹. Cette critique a été exprimée par toutes les personnes interrogées, sauf une. Un audit réalisé par l'ONU en 2015 indique qu'une mission sanitaire des Nations unies ne devrait pas être instaurée si une prochaine

¹⁶⁰ On estime la mortalité à 20% si une personne est soignée en Europe contre 60 – 70% en Afrique. BOURRIER M., « Dans les coulisses de la gestion de l'épidémie Ebola en Afrique de l'Ouest (2014 – 2016) : l'ère de l'« OMSF » », Sciences sociales et santé, 2019/2

¹⁶¹ ROSS E. and al., « Sierra Leone's Response to the Ebola Outbreak Management Strategies and Key Responders Experiences », Centre on Global Health Security, 03.2017

épidémie de cette ampleur se produisait, et que la coordination des crises relève de l'OMS, conformément à son mandat¹⁶².

En outre, les mandats et les approches différaient entre la MINUAUCE et l'OMS¹⁶³. La MINUAUCE a été créée uniquement pour gérer l'épidémie, tandis que l'OMS était responsable de la santé mondiale. Cela pouvait conduire à des perceptions différentes quant à l'approche à adopter, les priorités et les opinions pouvant diverger. Tout comme l'OMS, la MINUAUCE était financée par les Nations Unies, ce qui signifie qu'elle était également dépendante des décisions des États membres. On peut se demander pourquoi la MINUAUCE a reçu un financement si rapidement alors que ce n'était pas le cas de l'OMS. Cependant, nous étions à un stade très différent de la crise, six mois après la déclaration officielle, avec un nombre de cas d'Ebola sans précédent et les premiers cas importés en Europe et aux États-Unis. Six témoignages affirment que l'exportation de cas hors d'Afrique a été « sans aucun doute un déclencheur de la réponse internationale et du remplacement de l'OMS par l'ONU ». Les Nations Unies avaient également moins de rigidité en termes de protocoles que l'OMS.

Avec l'intervention de la MINUAUCE, l'OMS perd définitivement son rôle supposé de coordinateur dans cette crise. Elle prend un rôle consultatif et d'acteur actif sur le terrain, ce qui est une première pour celle-ci. Malgré les dysfonctionnements de la MINUAUCE, cette gestion par l'ONU permettra à l'OMS de retrouver son rôle de coordinateur après le retrait de la MINUAUCE en 2015. Mais pour les acteurs de terrain tels que MSF, ils ont jugé que c'était trop tard, car « il est facile de faire le chef quand la bataille est passée », ce sont des propos d'un coordinateur de MSF. Un haut représentant de MSF déplore l'absence du Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) dont la responsabilité est également celle de coordonner les acteurs de la réponse humanitaire dans les crises¹⁶⁴.

¹⁶² Parmi les critiques nous pouvons citer celle-ci : « La mission avait été créée et déployée rapidement, mais il a fallu du temps pour qu'elle devienne opérationnelle et soit dotée d'effectifs complets (...) la mission aurait dû faire appel aux acteurs mieux placés ». World Health Organization, « Report of the Ebola Interim Assessment Panel », 05.2015

¹⁶³ ROSS E. and al., « Sierra Leone's Response to the Ebola Outbreak Management Strategies and Key Responders Experiences », Centre on Global Health Security, 03.2017

¹⁶⁴ OCHA est une entité faisant partie du système des Nations Unies. Son rôle essentiel est de contribuer à une réponse humanitaire efficace en coordonnant les efforts des différentes organisations humanitaires. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, « Our work », 2023

4. Leçons apprises

4.1. Leçons apprises par l'OMS et les changements mis en place pendant ou après la crise d'Ebola de 2014

Nous pourrions dire que critiquer rétrospectivement peut être facile, d'autant plus lorsque les remarques sont formulées à distance de la situation expérimentée sur le terrain. Toutefois, l'examen critique de la gestion de la crise d'Ebola conduit à mettre en lumière les diverses mesures qui ont été instaurées. Celles-ci devraient permettre d'améliorer le fonctionnement et la réactivité de l'OMS, de sorte que sa réponse puisse être plus adaptée en cas de survenue de futures épidémies. Selon A. Fortin et al., cette crise survenue en 2014 doit servir d'un « wake up call¹⁶⁵ ». Dans ce chapitre, nous passerons en revue certaines des mesures les plus remarquables qui ont été prises ou qui sont encore discutées.

Règlement Sanitaire International

Avant tout, il est nécessaire de modifier le RSI afin qu'il soit mieux appliqué. Actuellement, ce règlement est trop simpliste dans la prise de décisions et la mise en place de mesures, ne permettant pas de prendre en compte les différences entre chaque État membre et les difficultés dans l'implémentation du RSI. Des discussions ont eu lieu pour augmenter les investissements financiers visant à améliorer les capacités de base du RSI, ainsi que pour mettre en place un mécanisme de suivi et de revue indépendant de l'application du règlement par les États¹⁶⁶. Selon les experts, si les réformes du RSI avaient été mises en place après l'épidémie de H1N1, l'Organisation serait bien mieux préparée pour faire face à la crise de 2014. En effet, le comité de révision du RSI de 2016 a conclu que le RSI n'était pas le problème, mais plutôt son application¹⁶⁷. Certains États ont été tellement déçus par l'expérience du RSI en 2014 qu'ils ont créé un outil pour le soutenir : le Programme de Sécurité Sanitaire Mondiale (GHSA). Le GHSA est une

¹⁶⁵ FORTIN A. et al., « Les enseignements de l'épidémie d'Ebola pour une meilleure préparation aux urgences », Santé Publique, 2017/4

¹⁶⁶ Cette mesure a été soutenue par le panel qui a évalué la réponse de l'OMS en 2014.

¹⁶⁷ World Health Organization, « Implementation of the International Health Regulations (2005) », Report of the Review Committee of the Role of the International Health Regulations (2005) in the Ebola Outbreak and Response, Report by the Director- General, A69/21, 13.05.2016

collaboration avec le CDC visant à renforcer les capacités de surveillance, de coordination, de mise en œuvre et d'évaluation du RSI¹⁶⁸. Ce programme a été créé à l'initiative des États-Unis en 2015¹⁶⁹.

WHO Health Emergency Programme

En 2016, l'OMS a instauré le programme WHO Health Emergency Programme pour mieux coordonner son intervention en cas d'urgence. Ce programme unifie les programmes précédents sur les épidémies et les crises humanitaires en une seule entité pour optimiser les ressources et l'expertise de l'organisation¹⁷⁰. Il est conçu pour apporter la rapidité et la prévisibilité au travail de l'OMS dans les situations d'urgence, en englobant toutes les étapes du cycle de celle-ci, de la préparation au rétablissement. Le programme comprend cinq sous-programmes, parmi lesquels le RSI. Il est le fruit d'une collaboration entre l'OMS et d'autres partenaires tels que le groupement sanitaire mondial, les équipes médicales d'urgence, GOARN, les partenaires en attente et le Comité permanent inter-organisations (IASC). Il est à noter que l'OMS a rapproché GOARN et le département des urgences, puisque GOARN a déplacé ses bureaux et se trouve maintenant au même étage que les équipes de l'EMT. Le nouveau programme est une étape importante pour l'OMS, qui souhaite devenir une agence d'opérations d'urgence, complémentaire à ses rôles techniques et normatifs.

Emergency Response Framework

Il est important de souligner qu'en parallèle de la mise en place du WHO Health Emergency Programme, l'OMS a créé l'Emergency Response Framework (ERF), destiné à améliorer la prédictibilité, la rapidité et l'efficacité de la réponse de l'Organisation face aux situations d'urgence. Ce cadre fournit des orientations importantes pour la gestion des événements de santé publique et

¹⁶⁸ The Lancet, « Ebola: what lessons for the International Health Regulations? », 08.10.2014

¹⁶⁹ Organisation internationale pour les migrations, « Engagement des partenaires pour la sécurité sanitaire mondiale », 2015

¹⁷⁰ World Health Organization, « WHO Health Emergencies Programme », 2023

des situations d'urgence entraînant des conséquences sanitaires, pour aider les États membres et les communautés touchées. L'ERF s'applique à tous les événements de santé publique et situations d'urgence. Il est à noter que MSF a encouragé l'OMS à développer cet outil, qui existait déjà en interne chez MSF et avait été initialement conçu par l'armée américaine.

Système de Surveillance à Base Communautaire et les Social Science Response Team

Afin d'éviter les problèmes liés au manque de participation de la communauté dans la préparation et la réponse aux situations d'urgence, l'OMS a mis en place un Système de Surveillance à Base Communautaire (SBC)¹⁷¹. Cela a été considéré comme un changement majeur par un des intervenants clés de l'épidémie de 2014, qui a souligné que cette leçon devrait être retenue par tous les acteurs. En appliquant le SBC, selon E. Mamadou et al., nous pourrions progressivement nous diriger vers une « démocratie sanitaire », où la participation de la communauté est essentielle pour contenir les épidémies. Depuis 2016, une Social Science Response Team a été créée, qui est une équipe d'anthropologues intégrée dans la prise de décisions lors d'urgences sanitaires¹⁷².

L'OMS a déployé quatre outils majeurs pendant ou juste après l'épidémie pour renforcer sa préparation et sa réponse aux épidémies. En outre, elle a renforcé sa coordination avec les partenaires internationaux et locaux et mis en place des mécanismes de coordination plus solides.

Pour répondre au problème de financement, l'OMS a créé un fonds de réserve de 100 millions de dollars pour les USPPI. Néanmoins, il reste à déterminer si ces comptes seront approvisionnés en temps voulu et si les fonds pourront être disponibles rapidement et utilisés de manière flexible sur le terrain¹⁷³.

¹⁷¹ MAMADOU MBAYE E. et al., « Évolution de l'implication des communautés dans la riposte à Ebola », Santé Publique, 2017/4

¹⁷² BOURRIER M., « Dans les coulisses de la gestion de l'épidémie Ebola en Afrique de l'Ouest (2014 – 2016) : l'ère de l' « OMSF » », Sciences sociales et santé, 2019/2

¹⁷³ Différent du fonds des urgences. Cette initiative avait déjà été prise et validée par l'AMS en 2009 après la crise du H1N1, toutefois les États Membres ont décidé de ne pas l'alimenter et de faire appel au budget programme. Organisation Mondiale de la Santé, « Épidémie de maladie à virus Ebola 2014 et suite donnée à la session

Enfin, l'OMS a renforcé ses mécanismes d'apprentissage et d'évaluation, en menant des enquêtes après chaque épidémie pour identifier les lacunes, les meilleures pratiques et apporter des améliorations à ses politiques, procédures et programmes. De plus, un comité indépendant a été chargé d'examiner la réponse de l'OMS et a présenté ses résultats lors de l'AMS en mai 2015.

L'amélioration des protocoles et du fonctionnement n'a pas été limitée à l'OMS, car le CDC a également mis en place les Global Rapid Response Teams (GRRP) en 2015 pour répondre rapidement aux questions de santé publique aux États-Unis et ailleurs¹⁷⁴.

4.2. Analyse des leçons apprises

Nous pouvons constater une volonté de mieux préparer l'OMS aux urgences, en renforçant le RSI et en maintenant l'Organisation comme coordinateur normatif et technique des problèmes de santé. Cependant, malgré les réformes mises en place, les crises récentes, telles que la pandémie de COVID-19, ont révélé les faiblesses de l'OMS et l'insuffisance des changements apportés.

Lors de la pandémie de COVID-19 l'OMS a été vivement critiquée pour sa gestion de la pandémie, en particulier pour ses relations avec la Chine. Certains ont reproché à l'Organisation d'avoir tardé à déclarer la pandémie, ce qui aurait permis au virus de se propager davantage. En effet, l'OMS n'a déclaré la pandémie que le 11 mars 2020, soit plus d'un mois après l'apparition des premiers cas en Chine. De plus, des accusations ont été portées selon lesquelles l'OMS aurait défendu les intérêts de la Chine en minimisant l'ampleur de l'épidémie dans le pays, ainsi qu'en soutenant les mesures prises par les autorités chinoises pour y faire face. Les messages de l'Organisation ont parfois été jugés peu clairs et contradictoires, ce qui aurait entravé la lutte contre la pandémie¹⁷⁵. Ces critiques ont mis en évidence les défis auxquels est confrontée l'OMS dans sa mission de veiller sur la situation sanitaire. L'organisation doit trouver un équilibre entre les

extraordinaire de Conseil exécutif sur l'épidémie d'Ebola ; options pour un fonds de réserve destiné à soutenir la capacité de riposte de l'OMS dans un situation d'urgence », Rapporteur du directeur général, A68/26, 12.05.2015

¹⁷⁴ Centers for Disease Control and Prevention, "Global Rapid Response Team", 2023

¹⁷⁵ Par exemple, au début de la pandémie, l'OMS a recommandé de ne pas porter de masques, puis a changé d'avis et a encouragé leur utilisation.

considérations politiques, tout en cherchant à fournir des normes et conseils pour faire face à des situations sanitaires complexes et méconnues¹⁷⁶.

Un deuxième exemple, celui de la Tanzanie illustre la difficulté de la coopération internationale de l'OMS avec les États membres, malgré les réformes entreprises. En effet, après un diagnostic préliminaire de cas présumés de maladie à virus Marburg sur son territoire, les autorités nationales tanzaniennes ont refusé de coopérer avec l'OMS et de déclarer les cas présumés. Cette décision montre que certains pays peuvent ne pas être disposés à travailler avec l'OMS lorsque cela ne correspond pas à leurs intérêts nationaux ; mais aussi parce que l'OMS n'a pas de pouvoir coercitif. Bien que la souveraineté nationale soit un principe fondamental dans les relations internationales, la santé publique mondiale doit être traitée comme une priorité¹⁷⁷.

Il est peut-être temps de remettre en question la faisabilité pour l'OMS d'être rapide, agile, compétente et suffisamment financée, tant qu'elle reste dépendante des décisions politiques et des financements de ses États membres. Les faiblesses de l'OMS soulèvent des questions sur les réformes qui ont été mises en place après la crise d'Ebola, car les causes sous-jacentes n'ont pas été résolues. En effet, l'évaluation du comité indépendant concernant la réponse contre Ebola en 2015 a déclaré que l'OMS avait besoin de changements « significatifs » à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de l'Organisation¹⁷⁸. Les États membres doivent également changer leur attitude et soutenir les mesures prises par l'OMS au niveau décisionnel et financier.

Les mécanismes nécessaires pour lutter contre les pandémies existaient déjà avant la crise de 2014, mais le problème était leur mise en application. Il est donc légitime d'être sceptique quant à la création de nouveaux outils qui risquent de poser les mêmes défis. Les problèmes fondamentaux tels que les rivalités entre les bureaux de l'OMS, la rigidité de sa structure, le clientélisme, etc. n'ont pas changé. Et malheureusement, les crises ultérieures, telles qu'Ebola en RDC de 2018 à 2020 ou encore la Covid-19 ont montré qu'une amélioration a été réalisée, mais

¹⁷⁶ Organisation Mondiale de la Santé, « L'OMS répond à la Commission sur la Covid 19 de la revue The Lancet », 15.09.2022

¹⁷⁷ Depuis que cet exemple m'a été relaté par un interlocuteur clé, la Tanzanie a déclaré l'épidémie, mais cela démontre que les processus ne sont pas optimaux et peuvent être ralentis. Organisation Mondiale de la Santé, « La Tanzanie confirme la première épidémie de maladie à virus Marbourg » United Republic of Tanzania, 21.03.2023

¹⁷⁸ World Health Organization, « Report of the Ebola Interim Assessment Panel », May 2015

qu'il y a encore un long chemin à parcourir avant d'avoir un système efficace pour répondre aux urgences. L'OMS ne peut pas changer seule, c'est le système dans lequel elle évolue qui doit changer.

5. Conclusion générale

Dans cette section, nous chercherons d'abord à répondre de manière concise à notre question de recherche, puis nous expliquerons comment ce travail contribue à la littérature existante. Avant tout, rappelons-nous la question de recherche : « Quels sont les facteurs qui ont provoqué l'inefficacité de l'Organisation Mondiale de la Santé dans la crise d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 » ?

La réponse à notre question initiale est complexe et multifactorielle, avec chaque élément exerçant une influence sur les autres facteurs. Nous pouvons considérer cette réponse comme un système évolutif interdépendant dans lequel les facteurs internes et externes à l'OMS sont étroitement liés et ne peuvent pas être isolés les uns des autres. Ainsi, pour que l'OMS soit capable de répondre efficacement aux urgences, il est nécessaire que l'ensemble du système évolue. Nous pouvons hiérarchiser les différents facteurs et examiner leurs interactions pour mieux comprendre comment ils s'articulent mutuellement.

Tout d'abord, il est primordial que les États aient mis en place le RSI afin de se préparer aux épidémies, aux urgences et de permettre à l'OMS de déclarer une USPPI si les critères pour une telle déclaration sont remplis. Dans le cas de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, les États touchés n'avaient que partiellement mis en place le RSI en raison de nombreux facteurs, principalement internes, néanmoins l'OMS ne les a pas soutenus dans l'implémentation. Les États ont respecté la notification liée au RSI et ont déclaré les cas d'Ebola à l'OMS AFRO, ainsi que l'état d'urgence national. Nous pouvons observer que le RSI a été dysfonctionnel, car l'USPPI n'a été déclarée qu'en août, en raison entre autres d'un blocage dans la communication entre les différents bureaux de l'OMS et l'incompétence du personnel.

Une des raisons invoquées pour le retard de la déclaration de l'USSPI est la rivalité entre les différents bureaux de l'OMS, notamment le RP, l'OMS AFRO et l'OMS Genève. Cette rivalité est due à un individualisme qui se traduit par un souci de préserver les intérêts de chaque bureau ou

de l'État, plutôt que de travailler ensemble pour atteindre un objectif commun. De plus, nous avons vu que certains employés de l'OMS étaient incompétents ou bénéficient de clientélisme, c'est-à-dire qu'ils sont nommés grâce à des relations politiques, plutôt que pour leurs compétences professionnelles. Cette situation a entraîné des difficultés dans le partage de l'information entre les bureaux, ce qui rend l'OMS Genève aveugle sur la situation dans les pays touchés par l'épidémie. Ajoutons que l'organisation interne de l'OMS limite le pouvoir de prise de décisions par l'OMS Genève, car celle-ci ne peut agir tant que l'OMS AFRO ne lui a pas demandé de support. Il serait facile de rejeter toute la responsabilité de l'inefficacité de la réponse à la crise sur l'OMS AFRO et l'incompétence de son personnel, mais ce serait injuste. L'OMS Genève aurait pu également agir davantage en plaidant auprès de la communauté internationale et en cherchant proactivement des informations. De plus, d'autres acteurs ont fait preuve d'incompétence ou de méconnaissance de la maladie, refusant de participer à la lutte contre l'épidémie ou ne disposant pas des moyens nécessaires pour le faire, n'étant pas soutenu par l'Organisation.

Notons que le personnel de santé et les fonctionnaires nationaux des pays touchés ont également été confrontés à des problèmes d'incompétence qu'elle soit volontaire ou non. Le manque de connaissances sur Ebola chez les travailleurs de la santé a contribué à l'amplification de l'épidémie et a aggravé d'autres problèmes de santé. Le système sanitaire fragile a compliqué le suivi épidémiologique et la mise en place d'une réponse efficace. L'OMS a échoué dans son rôle d'acteur normatif et formateur pour les acteurs de première ligne tel que décrit dans son mandat.

En plus des facteurs déjà mentionnés, il y a d'autres problématiques internes à l'OMS : celles du financement et de la rigidité de l'Organisation. Sans que l'OMS ne détienne les informations sur la gravité de la situation, il ne peut pas rechercher des financements supplémentaires. Les coupes budgétaires ont fortement impacté le département des maladies infectieuses, réduisant ainsi le nombre de personnes compétentes au sein de l'Organisation. La supposée corruption interne et externe ont nui à l'efficacité de la mise en place de ressources. La rigidité ne s'applique pas uniquement aux financements, mais également aux protocoles et à toute la cascade de prise de décisions, avec des validations à différents niveaux hiérarchiques. Cette validation est due au mandat de l'OMS qui ne lui donne pas de pouvoir coercitif. Malgré le statut juridique du RSI, les mécanismes de suivi sont inefficaces et les conséquences en cas de non-application du Règlement sont absentes. Les décisions de l'OMS restent dépendantes des votes des États membres lors de

l'AMS. Ce processus de prise de décision est souvent lent et complexe, car les États membres peuvent avoir des opinions divergentes, ainsi que des intérêts différents, ce qui rend difficile la coordination et la mise en place d'une réponse efficace. Chaque gouvernement est souverain sur son territoire et l'OMS ne peut pas outrepasser ce principe.

De plus, la communication interne à l'OMS était inefficace, tout comme la communication avec les autres acteurs impliqués. Les autres acteurs attendaient que l'OMS soit le coordinateur de la réponse, rôle qui n'a jamais été pris par l'Organisation et qui a été complètement abandonné lorsque la MINUAUCE a pris en main les opérations. À l'incompétence s'ajoute le fait de ne pas avoir appris des épidémies passées et de ne pas avoir pris en compte les conseils des anthropologues pour impliquer la communauté, ce qui a créé une méfiance et une résistance pouvant mener à la violence.

Tous ces facteurs ont contribué à la difficulté pour l'OMS de réagir rapidement et efficacement à la crise de 2014. Ils démontrent la nécessité d'une réforme en profondeur de l'OMS, pour lui permettre de remplir son mandat et devenir plus agile, efficace et capable de réagir rapidement aux situations d'urgence sanitaire.

Ce travail de recherche représente une contribution à la compréhension de la gestion de la crise d'Ebola par l'OMS, en apportant des éléments nouveaux qui n'ont pas été mentionnés dans la revue de la littérature antérieure. L'élément novateur de ce TFE est le partage d'expérience des travailleurs de première ligne de l'OMS, de MSF et d'autres agences impliquées dans la gestion de la crise, ainsi que leur regard critique vis-à-vis de la réponse de l'OMS. Malgré la reconnaissance des défis de collaboration entre l'OMS et les autres acteurs, les répondants ont exprimé de vives préoccupations concernant les problèmes internes de l'Organisation, utilisant des termes forts et négatifs, indépendamment de leur affiliation institutionnelle. La nouveauté apportée par ces témoignages est essentiellement liée à l'impuissance de l'OMS, rappelons-nous cette citation d'un travailleur de l'OMS : « l'Organisation est un géant aux mains liées », dépendante de la souveraineté étatique et des décisions politiques. En interrogeant six hauts fonctionnaires de l'OMS, ce TFE a révélé un sentiment de fatalisme quant à la capacité de l'Organisation à améliorer ses failles internes. Cela donne une perception de déception face à l'inefficacité de la réponse de l'OMS à la crise, bien que cette inefficacité n'ait pas été considérée comme surprenante. Malgré une volonté de changement, celle-ci mettra du temps avant d'être mise en place.

6. **Bibliographie**

Les sources scientifiques

BOURRIER M., « Dans les coulisses de la gestion de l'épidémie Ebola en Afrique de l'Ouest (2014-2016) : l'ère de l'« OMSF » », Sciences sociales et santé, 2019/2 (Vol. 37), p. 39-66., lien URL : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2019-2-page-39.htm> (consulté le 17.05.2023)

CENCIARELLI O. and al., « Ebola virus disease 2013-2014 outbreak in west Africa: an analysis of the epidemic spread and response », Int J Microbiol. 17.03.2015, lien URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4380098/> (consulté le 15.05.2023)

Centers for Disease Control and Prevention, « 2014 Ebola Outbreak in the West Africa Epidemic Curves », 04.2019, lien URL : <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/history/2014-2016-outbreak/cumulative-cases-graphs.html> (consulté le 18.05.2023)

Centers for Diseases Control and Prevention « CDC's Disease Detectives Respond to the 2014 Ebola Outbreak: Dr. Pierre Rollin », 11.11.14, lien URL : <https://www.cdc.gov/about/24-7/cdcresponders/pierre.html> (consulté le 17.05.2023)

Centers for Disease Control and Prevention, « Global Rapid Response Team », lien URL : <https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/errb/global-rrt.htm> (consulté le 15.05.2023)

Centers for Disease Control and Prevention, « Rapport hebdomadaire sur la morbidité et la mortalité », 06.2014, lien URL : https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6325a4_french.htm (Consulté le 18.05.2023)

Centers for Disease Control and Prevention, « The Cost of the Ebola Epidemic », 08.03.2019, lien URL : https://www.cdc.gov/vhf/ebola/history/2014-2016-outbreak/cost-of-ebola.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fvvhf%2Febola%2Foutbreaks%2F2014-west-africa%2Fcost-of-ebola.html (consulté le 15.05.2023)

DELFRAISSY J.-F., « EBOLA : 2014-2015, une crise sanitaire majeure Pourquoi ? Quelles leçons ? », Santé Publique, 2017/4 (Vol. 29), p. 447-450., lien URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-4-page-447.htm> (consulté le 17.05.2023).

« Focus », Les Tribunes de la santé, 2007/1 (n° 14), p. 13-26., lien URL : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2007-1-page-13.htm> (consulté le 17.05.2023)

FORTIN A. et al., « Les enseignements de l'épidémie d'Ebola pour une meilleure préparation aux urgences », Santé Publique, 2017/4 (Vol. 29), p. 465-475., lien URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-4-page-465.htm> (consulté le 17.05.2023)

GASQUET – BLANCHARD C. « Ebola, géographie d'un virus. Enjeux socio-spéciaux en Afrique centrale. Perspectives pour l'Afrique de l'Ouest », l'espace politique, OpenEdition Journal, numéro 26, 02.2015, lien URL : <https://journals.openedition.org/espacepolitique/3475> (consulté le 17.05.2023)

GASQUET BLANCHARD C., « L'épidémie d'Ebola de 2013-2016 en Afrique de l'Ouest : analyse critique d'une crise avant tout sociale », Santé Publique, 2017/4 (Vol. 29), p. 453-464., lien URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-4-page-453.htm> (consulté le 17.05.2023)

GRUNAIS M.E. « Les dispositifs de lutte contre le sida à l'heure d'ONUSIDA et de la démocratisation » Vivre et penser le sida en Afrique, Paris, Karthala ; 2001 ; chapitre 26, p. 455 – 471., lien URL : https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_7/b_fdi_03_05/010018525.pdf (consulté le 17.05.2023)

HEYMANN D. L., and al., « Ebola hemorrhagic fever: lessons from Kikwit, Democratic Republic of the Congo », Journal of Infectious Disease, 179 Suppl, 02.1999, lien URL : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9988197/> (consulté le 17.05.2023)

HOUSSIN D., « La coopération sanitaire internationale abolie par Ebola ? », Politique étrangère, 2014/4 (Hiver), p. 85-95., lien URL : <https://www.cairn.info/revue-politique-etrangere-2014-4-page-85.htm> (consulté le 17.05.2023)

Institut Pasteur, « Ebola », lien URL : <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/ebola> (consulté le 15.05.2023)

MAMADOU MBAYE E. et al., « Évolution de l'implication des communautés dans la riposte à Ebola », Santé Publique, 2017/4 (Vol. 29), p. 487-496., lien URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-4-page-487.htm> (consulté le 17.05.2023)

MICHELETTI P., « L'épidémie à virus Ebola (2014-2016) en Afrique de l'Ouest : la querelle stratégique comme expression de la puissance des acteurs supranationaux. Commentaire », Sciences sociales et santé, 2019/2 (Vol. 37), p. 67-73., lien URL : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2019-2-page-67.htm> (consulté le 17.05.2023)

MOSER F., BUMP J. B. , « Assessing the World Health Organization : What does the academic debate reveal and is it democratic?», Social science & Medicine, Volume 314, 23.10.22, lien URL : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953622007626> (consulté le 15.05.2023)

NAU J., « Ebola : les accusations de MSF, le silence de l’OMS », Revue Médicale Suisse, point de vue, 2015/468 (Vol.1), p. 792–793., lien URL : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-468/ebola-les-accusations-de-msf-le-silence-de-l-oms> (consulté le 15.05.2023)

ROSS E.and al., « Sierra Leone’s Response to the Ebola Outbreak. Management Strategies and Key Responders Experiences », Centre on Global Health Security, Research Paper, 03.2017, lien URL : <https://www.chathamhouse.org/sites/default/files/publications/research/2017-03-31-sierra-leone-ebola-ross-welch-angelides-final.pdf> (consulté le 17.05.2023)

SHEPLER S., « “We Know Who Is Eating the Ebola Money!”: Corruption, the State, and the Ebola Response. » Anthropological Quarterly, vol. 90, no. 2, 2017, pp. 451–73., lien URL : <http://www.jstor.org/stable/26645885> (consulté le 18.05.2023)

The Lancet, « Ebola: what lessons for the International Health Regulations? », 08.10.2014, lien URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7136992/> (consulté le 17.05.2023)

Les sources en provenance de Médecins Sans Frontières

Médecins Sans Frontières, « Ebola 2014 – 2015 Facts and Figures. Key financial data on MSF’s response to the Ebola epidemic in West Africa », Reliefweb, 23.03.2026, lien URL : <https://reliefweb.int/report/sierra-leone/ebola-2014-2015-facts-figures-key-financial-data-msf-s-response-ebola-epidemic> (consulté le 17.05.2023)

Médecins Sans Frontières, « Ebola en Afrique de l’Ouest : l’épidémie s’étend et requiert une mobilisation exceptionnelle au niveau régional », 23.06.2014, lien URL : <https://www.msf.fr/communiqués-presse/ebola-en-afrique-de-l-ouest-l-epidemie-s-etend-et-requiert-une-mobilisation-exceptionnelle-au-niveau-regional> (consulté le 18.05.2023)

Médecins Sans Frontières, « Déclaration sur l’épidémie d’Ebola du Dr. Joanne Liu, Présidente internationale de MSF, devant les Nations Unies », 02.09.2018, lien URL : <https://www.msf.fr/actualités/declaration-sur-l-epidemie-d-ebola-du-dr-joanne-liu-presidente-internationale-de-msf-devant-les-nations-unies> , (consulté le 18.05.2023)

Médecins Sans Frontières, « Poussés au-delà de nos limites, une année de lutte contre la plus vaste épidémie d’Ebola de l’Histoire », Rapport, 2014, lien URL : https://www.msf.fr/sites/default/files/2018-03/msf_ebolareport_fr-def.pdf (consulté le 17.05.2023)

Médecins Sans Frontières, « We are Médecins Sans Frontières », 2023, lien URL : <https://www.msf.org/who-we-are> (consulté le 18.05.2023)

NIAMAH J., « Discours de MSF sur l’Ebola au Conseil de Sécurité de l’ONU », Médecins Sans Frontières, le 22.09.14, lien URL : <https://www.msf-azg.be/fr/critical-note/discours-de-msf-sur-l-ebola-au-conseil-de-s%C3%A9curit%C3%A9-de-l-onu> (consulté le 17.05.2023)

STERK E., « Filovirus haemorrhagic fever guideline », Médecins Sans Frontières, 2008, lien URL : <http://ebolaalert.org/wp-content/themes/ebolaalert/assets/PDFS/SOPMSFReference.pdf> (consulté le 17.05.2023)

Les sources en provenance de l’OMS et de l’ONU

Action Mondiale Contre Ebola, « Deuxième partie : comment l’intervention s’est-elle organisée ? », Changer le cours des choses : progrès, 05.2015, lien URL : https://ebolaresponse.un.org/sites/default/files/2e_partie.pdf (consulté le 15.05.2023)

Action Mondiale Contre l’Ebola, « Guinée », Organisation des Nations Unies, 2023, lien URL : <https://ebolaresponse.un.org/fr/guinee>, (consulté le 17.05.2023)

Action Mondiale Contre l’Ebola « Libéria », Organisation des Nations Unies, 2023, lien URL : <https://ebolaresponse.un.org/fr/Libéria>, (consulté le 17.05.2023)

Action Mondiale Contre Ebola, « Mission des Nations Unies pour l’action d’urgence contre l’Ebola (MINUAUCE) », Organisation des Nations Unies, 2023, lien URL : <https://ebolaresponse.un.org/fr/mission-des-nations-unies-pour-action-urgente-contre-ebola> (consulté le 17.05.2023)

Action Mondiale Contre l’Ebola « Sierra Leone », Organisation des Nations Unies, 2023, lien URL : <https://ebolaresponse.un.org/fr/sierra-leone> (consulté le 17.05.2023)

Assemblée Générale des Nations Unies, « Examen des enseignements tirés des activités de coordination menées par la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE) », 71^e session, point 134 de l'ordre du jour, A/71/810, 24.02.2017, lien URL : <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N17/050/60/PDF/N1705060.pdf?OpenElement> (consulté le 17.05.2023)

Conseil de Sécurité des Nations Unies, « Résolution 2177 (2014) » Adoptée par le Conseil de sécurité à sa 7269^e séance, Distr. Générale, S/RES/2177 (2014), 18.09.2014. Lien URL : <https://digitallibrary.un.org/record/779813?ln=fr> (consulté le 17.05.2023)

General Assembly Security Council of United Nations, « Identical letters dated 17 September 2014 from the Secretary-General addressed to the President of the General Assembly and the President of the Security Council », 69th session of General Assembly, item 125 of the provisional agenda, A/69/389-, 18.09.2014, lien URL : https://www.securitycouncilreport.org/atf/cf/%7B65BF9B-6D27-4E9C-8CD3-CF6E4FF96FF9%7D/S_2014_679.pdf (consulté le 17.05.2023)

Global Outbreak Alert and Response Network, « GOARN », 2023, lien URL : <https://goarn.who.int/#> (consulté le 18.05.2023)

Global Outbreak Alert and Response Network, « Steering Committee », 2023, lien URL : <https://goarn.who.int/steering-committee> (consulté le 18.05.2023)

Human Development Reports, « Human Development Report 2021-22 », UNDP, 2023, lien URL : <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2021-22> (consulté le 18.05.2023)

KI MOON B., « The role of WHO within the United Nations Mission for Ebola Emergency Response », World Health Organization, Report of the secretariat, 2014, lien URL : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ebola/who-unmeer.pdf?sfvrsn=bfb0905_1&download=true (consulté le 18.05.2023)

Organisation internationale pour les migrations, « Engagement des partenaires pour la sécurité sanitaire mondiale », 2015, lien URL : https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd1486/files/our_work/DMM/Migration-Health/22.02.20_sn_cdc_fiche_info_fr.pdf (consulté le 18.05.2023)

Organisation Mondiale de la Santé, « 2015 plan de Riposte Stratégique de l'OMS : Flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest », bibliothèque de l'OMS, 2015, lien URL : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/180633/9789242508697_fre.pdf;jsessionid=0BBFC5BB53FC86270EBAA43A604E849E?sequence=1 (consulté le 17.05.2023)

Organisation mondiale de la Santé, « Comment l’OMS définit-elle la santé ? », vos questions les plus fréquentes, 2023, lien URL : <https://www.who.int/fr/about/frequently-asked-questions#:~:text=Comment%20l'OMS%20d%C3%A9finit%20elle,maladie%20ou%20d'infirm%C3%A9%20BB.> , (consulté le 18.05.2023)

Organisation Mondiale de la Santé, « Constitution de l’Organisation Mondiale de la Santé », Documents fondamentaux, 2005, lien URL : <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf> (consulté le 18.05.2023)

Organisation Mondiale de la Santé, « Coordination de la lutte contre l’épidémie d’Ebola en Afrique de l’Ouest : « Le recueil des informations nous permet de faire une analyse de la situation d’échanger avec les acteurs de terrain pour répondre de manière coordonnée » », l’OMS en Afrique, Guinée, 07.08.2014, lien URL : <https://www.afro.who.int/fr/news/coordination-de-la-lutte-contre-lepidemie-debola-en-afrique-de-louest-le-recueil-des> (Consulté le 17.05.2023)

Organisation Mondiale de la Santé, « 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, lien URL : <https://www.who.int/fr/news/item/08-08-2014-statement-on-the-1st-meeting-of-the-ihc-emergency-committee-on-the-2014-ebola-outbreak-in-west-africa> (Consulté le 17.05.2023)

Organisation Mondiale de la Santé, « Ebola (maladie à virus) », 20.04.2023, lien URL : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease> (consulté le 18.05.2023)

Organisation Mondiale de la Santé, « Epidémie de maladie à virus Ebola 2014 et suite donnée à la session extraordinaire de Conseil exécutif sur l’épidémie d’Ebola ; options pour un fonds de réserve destiné à soutenir la capacité de riposte de l’OMS dans un situation d’urgence », Rapporteur du directeur général, 68^e Assemblée Mondiale de la Santé, Point 16.1 de l’ordre du jour provisoire, A68/26, 12.05.2015, lien URL : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253533/A68_26-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y (consulté le 18.05.2023)

Organisation Mondiale de la Santé, « Exécution du budget programme 2014 – 2015 de l’OMS dans la Région africaine », Rapport du Directeur régional, Comité régional de l’Afrique, 64^e session, point 13 de l’ordre du jour, AFR/RC64/8, 6.11.2014, lien URL : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145525#:~:text=Le%20budget%202014%2D2015%20approuv%C3%A9,chiffre%20%C3%A0%20US%20%243%2C977%20milliards>, (consulté le 18.05.2023)

Organisation Mondiale de la Santé, « Gouvernance », 2023, lien URL :

<https://www.who.int/fr/about/governance>, (Consulté le 15.05.2023)

Organisation Mondiale de la Santé, « Gouvernance », Région Africaine, 2021, lien URL :

[https://www.afro.who.int/fr/about-](https://www.afro.who.int/fr/about-us/governance#:~:text=Le%20Comit%C3%A9%20r%C3%A9gional%20de%20l,%C3%89tats%20Membres%20de%20la%20R%C3%A9gion)

[us/governance#:~:text=Le%20Comit%C3%A9%20r%C3%A9gional%20de%20l,%C3%89tats%20Membres%20de%20la%20R%C3%A9gion](https://www.afro.who.int/fr/about-us/governance#:~:text=Le%20Comit%C3%A9%20r%C3%A9gional%20de%20l,%C3%89tats%20Membres%20de%20la%20R%C3%A9gion). (Consulté le 18.05.2023)

Organisation Mondiale de la Santé, « L'Assemblée mondiale de la Santé réélit le Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus au poste de Directeur général de l'OMS pour un second mandat », 24.05.2022, lien URL :

<https://www.who.int/fr/news/item/24-05-2022-world-health-assembly-re-elects-dr-tedros-adhanom-ghebreyesus-to-second-term-as-who-director-general>, (consulté le 18.05.2023)

Organisation Mondiale de la Santé, « La Tanzanie confirme la première épidémie de maladie à virus Marbourg » United Republic of Tanzania, 21.03.2023, lien URL :

<https://www.afro.who.int/fr/countries/united-republic-of-tanzania/news/la-tanzanie-confirme-la-premiere-epidemie-de-maladie-virus-marburg> (consulté le 29.05.2023)

Organisation Mondiale de la Santé, « Le Directeur général de l'OMS annonce la fin de l'urgence de santé publique de portée internationale relative à la flambée Ebola », 29.03.2016, lien URL :

<https://www.who.int/fr/news/item/29-03-2016-who-director-general-briefs-media-on-outcome-of-ebola-emergency-committee> (consulté le 10.05.2023)

Organisation Mondiale de la Santé, « Le financement de l'OMS », 2023, lien URL :

<https://www.who.int/fr/about/funding> (consulté le 18.05.2023)

Organisation Mondiale de la Santé, « L'OMS répond à la Commission sur la Covid 19 de la revue The Lancet », 15.09.2022, lien URL :

<https://www.who.int/fr/news/item/15-09-2022-who-responds-to-the-lancet-covid-19-commission> (consulté le 29.05.2023)

Organisation Mondiale de la Santé, « Que sont le Règlement sanitaire internationale et les Comités d'urgence ? », 19.12.2019, lien URL :

<https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/what-are-the-international-health-regulations-and-emergency-committees> (consulté le 18.05.2023)

Organisation Mondiale de la Santé, « Rapport de situation sur la flambée de maladie à virus Ebola » 20.01.2016, lien URL :

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204272/ebolasitrep_20Jan2016_fre.pdf?sequence=1 (consulté le 29.05.2023)

Organisation Mondiale de la Santé, « Règlement Sanitaire International (2005) », 1 Janvier 2016, lien URL : <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241580496> (consulté le 17.05.2023)

Organisation mondiale de la Santé, « Situation d'urgence sanitaire. Action de l'OMS dans les situations d'urgence grave et de grande ampleur ». Rapport du Directeur général, 70^e Assemblée Mondiale de la Santé, point 12.1 de l'ordre du jour provisoire, A70/9, 10.04.2017, lien URL : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_9-fr.pdf (consulté le 15.05.2023)

Organisation Mondiale de la Santé, « Structure organisationnelle », Région Africaine, 2021, lien URL : <https://www.afro.who.int/fr/about-us/organizational-structure>, (consulté le 18.05.2023)

United Nations Economic and Social Council, « ECOSOC », 01.2021, lien URL : https://www.un.org/ecosoc/sites/www.un.org.ecosoc/files/files/en/2020doc/ecosoc_brochure_2020_digital_2th.pdf (consulté le 15.05.2023)

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, « Our work », 2023, lien URL : <https://www.unocha.org/about-ocha/our-work> (consulté le 18.05.2023)

World Health Organization, « Ebola Interim Assessment Panel », Report by the Secretariat, 68th World Health Assembly, provisional agenda item 16.1, A68/25, 08.05.2015, lien URL : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_25-en.pdf (consulté le 17.05.2023)

World Health Organization « Emergencies: Ten things you need to do to implement the International Health Regulation », 26.05.2014, lien URL : <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/emergencies-ten-things-you-need-to-do-to-implement-the-international-health-regulations> (Consulté le 17.05.2023)

World Health Organization, « EMT Mission », 2020, lien URL : <https://extranet.who.int/emt/>, (consulté le 18.05.2023)

World Health Organization, « H1N1 IHR Emergency Committee », 2023, lien URL : <https://www.who.int/groups/h1n1-ihc-emergency-committee>, (consulté le 18.05.2023)

World Health Organization, « Implementation of the International Health Regulations (2005) », Report of the Review Committee of the Role of the International Health Regulations (2005) in the Ebola Outbreak and Response, Report by the Director- General, 69th World Health Assembly, Provisional agenda item 14.1, A69/21, 13.05.2016, lien URL : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-en.pdf (Consulté le 17.05.2023)

World Health Organization, « Key events in the WHO response to the Ebola outbreak », Global Alert and Response (GAR), One year into the Ebola epidemic. 01.2015, lien URL :

<https://web.archive.org/web/20150121143749/http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/who-response/en/> (consulté le 15.05.2023)

World Health Organization, « Report of the Ebola Interim Assessment Panel », May 2015, lien URL :

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/evaluation/report-ebola-interim-assessment-panel.pdf?sfvrsn=df4e705d_2&download=true (consulté le 17.05.2023)

World Health Organization, « The role of WHO within the United Nations Mission for Ebola Emergency Response », Report of the Secretariat, 2015, lien URL : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ebola/who-unmeer.pdf?sfvrsn=bfb0905_1 (consulté le 17.05.2023)

World Health Organization, « WHO Health Emergencies Programme », African Region, 2021, lien URL :

[https://www.afro.who.int/about-us/programmes-clusters/who-health-emergencies-programme#:~:text=The%20WHO%20Health%20Emergencies%20Programme%20works%20with%20countries%20and%20partners,\)%2C%20disease%20outbreaks%20and%20conflicts](https://www.afro.who.int/about-us/programmes-clusters/who-health-emergencies-programme#:~:text=The%20WHO%20Health%20Emergencies%20Programme%20works%20with%20countries%20and%20partners,)%2C%20disease%20outbreaks%20and%20conflicts) (consulté le 15.05.2023)

World Health Organization, « Why the Ebola outbreak has been underestimated », Situation assessment, Reliefweb, 22.08.2014, lien URL : <https://reliefweb.int/report/liberia/why-ebola-outbreak-has-been-underestimated-situation-assessment-22-august-2014> (consulté le 18.05.2023)

Les sources non scientifiques

BASHI W., « Ebola business : ceux qui profitent de l'épidémie en RDC », DW, Afrique, Santé, 05.08.2021, lien URL : <https://www.dw.com/fr/rdc-ebola-business-tresor-kibangula-gec/a-58764569> (consulté le 18.05.2023)

BOSELEY S., « Ebola: government cuts to the WHO aided delays in dealing with outbreak », The Guardian, 9.10.14, lien URL : <https://www.theguardian.com/world/2014/oct/09/ebola-who-government-cuts-delays-in-dealing-with-outbreak> (consulté le 17.05.2023)

BNF Data, « Kissi », 2022, lien URL : https://data.bnf.fr/12200179/kissi__peuple_d_afrique/ (consulté le 18.05.2023)

GARRIC A., « Ebola : où en est-on des promesses de dons et de soignants », Le Monde, Planète, 18.03.2014, lien URL : https://www.lemonde.fr/planete/article/2014/09/18/ebola-ou-en-est-on-des-promesses-de-dons_4489026_3244.html (Consulté le 17.05.2023)

Le Monde avec AFP, « Ebola menace la paix et la sécurité internationale, déclare le Conseil de sécurité », Le Monde, 18 septembre 2014, lien URL : https://www.lemonde.fr/planete/article/2014/09/18/ebola-menace-la-paix-et-la-securite-internationales-declare-le-conseil-de-securite_4490388_3244.html (consulté le 15.05.2023)

MILES K., « Health Expert: No strategic Plan' for controlling Ebola Outbreak », Noema, 05.08.2014, lien URL: <https://www.noemamag.com/health-expert-no-strategic-plan-for-controlling-ebola-outbreak/> (consulté le 17.05.2023)

NAU J., « Les djihadistes ou Ebola ? Pour moi, la priorité aujourd'hui, c'est Ebola », Slate fr, 6.09.14, lien URL : <https://www.slate.fr/story/91817/ebola-medecins-sans-frontieres-entretien> (consulté le 17.05.2023)

VON BREDOW R., HACKENBROCH V., « It is what people call a perfect storm », Der Spiegel, Interview with Ebola Discoverer Peter Piot, 26.09.2014, lien URL : <https://www.spiegel.de/international/world/interview-with-peter-piot-discoverer-of-the-ebola-virus-a-993111.html> (consulté le 17.05.2023)

WOLZ A., « Face to Face with Ebola – An Emergency Care Center in Sierra Leone», The new England Journal of Medicine, Perspective, 18.09. 2014, lien URL : <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp1410179> (consulté le 17.05.2023)

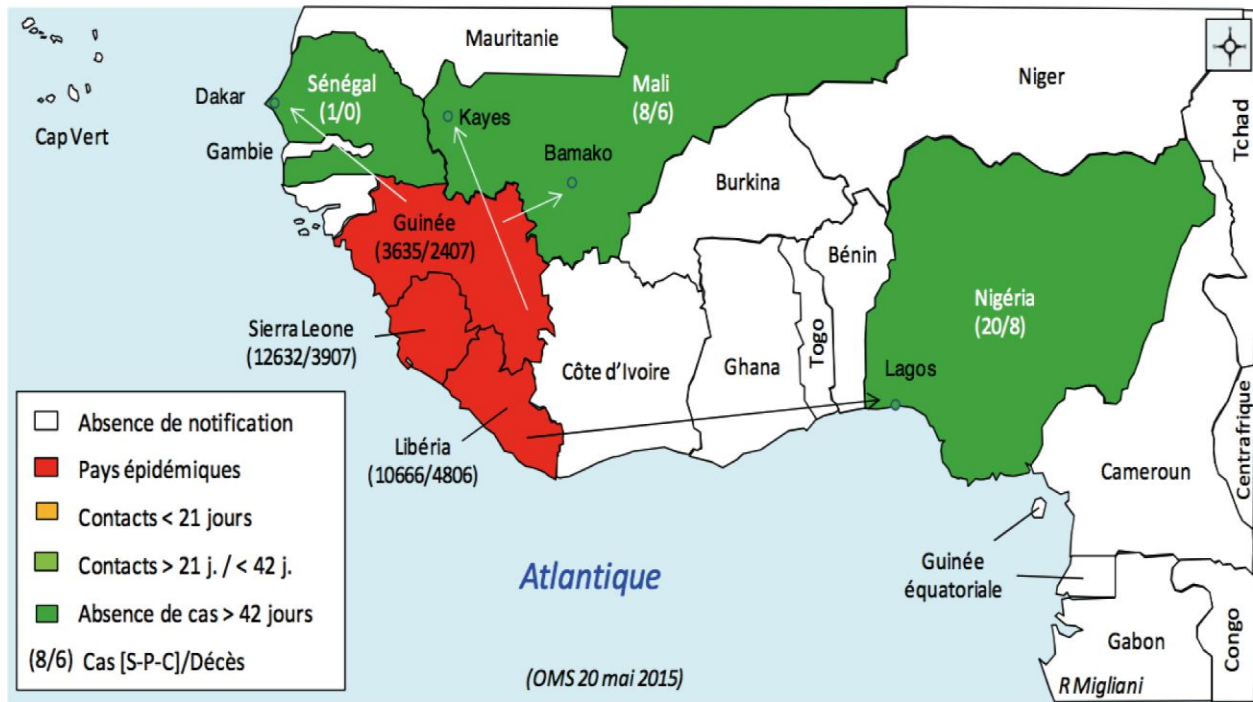
YANOURGA S., « Virus Ebola, droit à la protection de la santé et libertés fondamentales en Côte d'Ivoire » Village de la Justice, 26 Septembre 2014, lien URL : <https://www.village-justice.com/articles/virus-ebola-droit-protection-sante,17849.html>, (consulté le 17.05.2023)

Sources multimédia

BBC news, « Ebola virus: What is it we explain in 60 seconds- BBC News», 2015, lien URL : https://www.youtube.com/watch?v=C_itlEamvBo (consulté le 15.05.2023)

7. Annexes

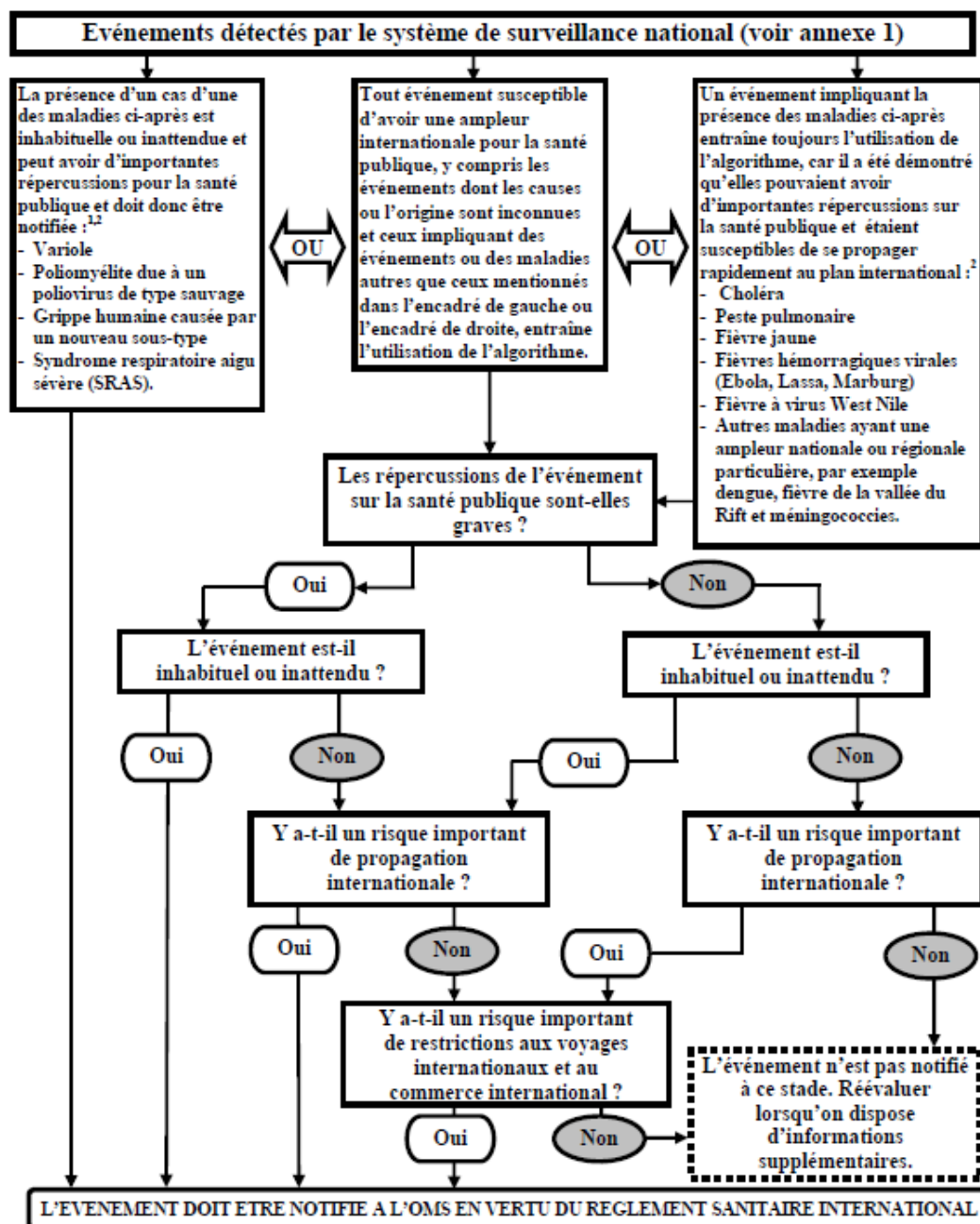
7.1. Pays touchés ayant rapporté des cas confirmé d’Ebola en 2014



Source: GASQUET – BLANCHARD C. « Ebola, géographie d’un virus. Enjeux socio-spéciaux en Afrique centrale. Perspectives pour l’Afrique de l’Ouest », OpenEdition Journal, 02.2015

7.2. Instrument de décisions permettant d'évaluer et de notifier les événements qui peuvent constituer une Urgence de Santé Publique de Portée Internationale

INSTRUMENT DE DECISION PERMETTANT D'EVALUER ET DE NOTIFIER LES EVENEMENTS QUI PEUVENT CONSTITUER UNE URGENCE DE SANTE PUBLIQUE DE PORTEE INTERNATIONALE



Source : Organisation Mondiale de la Santé, « Règlement Sanitaire International (2005) », 01.01.2016, page 56

7.3. Le questionnaire pour les entretiens avec les intervenants clés lors de la crise d’Ebola

- Selon vous, quelles étaient les raisons pour lesquelles l’OMS a été critiquée en 2014 et comment l’expliquez-vous?
- Est-ce que le retard et/ou l’inaction était normale; et pourquoi?
- Selon vous pourquoi l’OMS n’a pas déclaré l’USPPI avant la date du 8 août 2014?
- Selon vous pourquoi l’OMS Genève n’ a pas pris de décisions à la place de l’OMS AFRO; ou n’est pas intervenue directement dans les pays touchés par Ebola?
- Quelle était la relation entre l’UNMEER et l’OMS; et quel était l’impact de l’UNMEER?
- Comment sont prises les décisions à l’OMS lors des urgences sanitaires?
- Quelle est la marge de manœuvre de l’OMS pour impacter les décisions prises par les Etats Membres?
- Selon vous quels sont les défis liés au Règlement Sanitaire Internationale (RSI)?

NB : L’ordre de questions pouvait varier d’un entretien à l’autre.

7.4. Informations additionnelles par pays touché par l’Ebola

La Guinée

La Guinée a traversé une période marquée par l’instabilité politique et la violence pendant de nombreuses années¹⁷⁹. Depuis son accession à l’indépendance en 1958, le pays a été gouverné par des régimes autoritaires et militaires, qui se sont souvent caractérisés par des atteintes aux droits de l’homme et une corruption généralisée. Malgré l’espoir suscité par l’élection présidentielle de 2010, qui était censée marquer un retour à la démocratie, les tensions politiques persistaient. De plus, les infrastructures routières étaient insuffisantes, ce qui rendait de nombreuses communautés éloignées inaccessibles. La Guinée était l’épicentre de la crise.

¹⁷⁹ Action Mondiale Contre l’Ebola, « Guinée », Organisation des Nations Unies, 2023.

Le Libéria

Le Libéria a été confronté à une guerre civile brutale d'une durée de 14 ans, qui a pris fin en 2003¹⁸⁰. Après cette période, le pays a entamé un processus de reconstruction, mais la corruption et les tensions politiques ont persisté. Tout comme en Guinée et en Sierra Leone, la population libérienne est très mobile en raison de circonstances similaires. Le Libéria a été le deuxième pays à signaler l'épidémie le 31 mars 2014, qui s'est propagée depuis la Guinée voisine. Une augmentation des cas a été observée dans la capitale, Monrovia, en plus de cas dissimulés par la communauté et de décès non déclarés.

La Sierra Leone

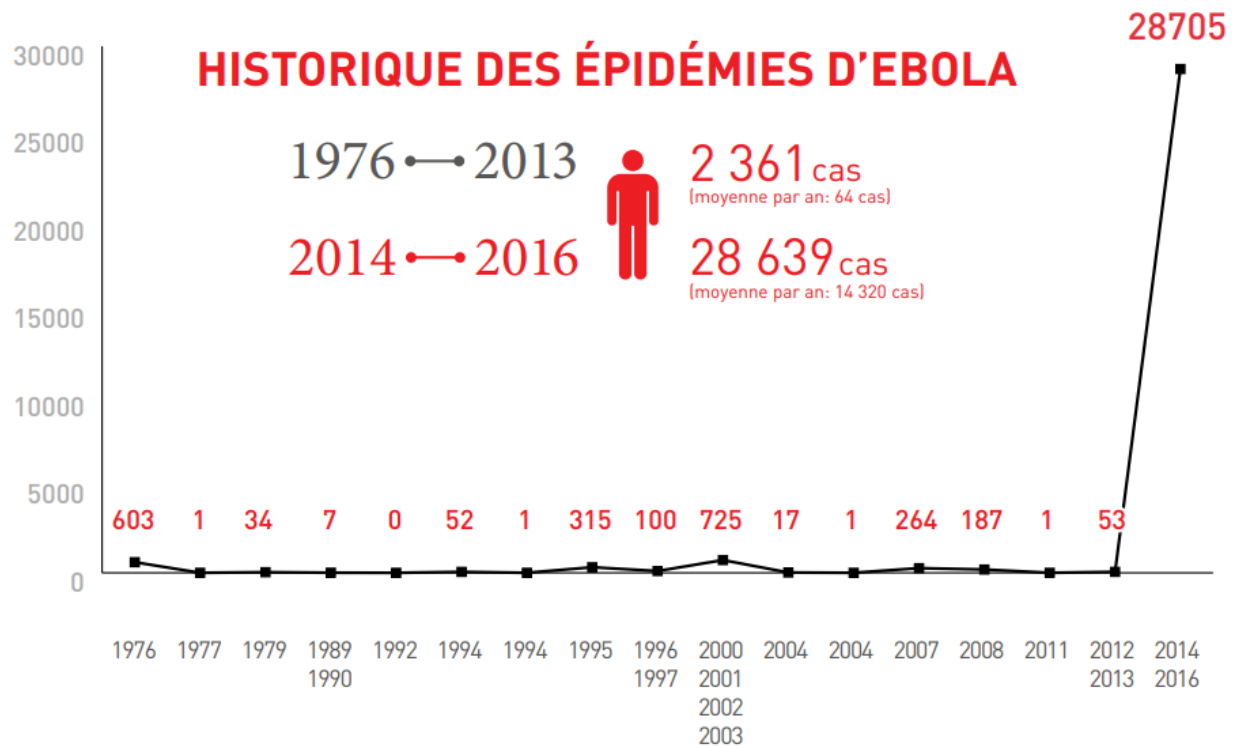
La Sierra Leone a également été touchée par une guerre civile qui a pris fin en 2002¹⁸¹. Après cette période, le pays a connu une relative stabilité, malgré la persistance des tensions politiques et de la corruption. Sur le plan de la santé, il est important de noter que la population sierra-léonaise était également très mobile en raison de la pauvreté et du manque d'opportunités économiques, ce qui rendait plus difficile le contrôle de la propagation des maladies infectieuses¹⁸². La Sierra Leone a été le troisième pays à signaler l'épidémie le 24 mai 2014, et l'état d'urgence a été déclaré le 31 juillet 2014.

¹⁸⁰ Action Mondiale Contre l'Ebola « Libéria », Organisation des Nations Unies, 2023.

¹⁸¹ Action Mondiale Contre l'Ebola « Sierra Leone », Organisation des Nations Unies, 2023

¹⁸² DELFRAISSY J.-F., « EBOLA : 2014-2015, une crise sanitaire majeure Pourquoi ? Quelles leçons ? », Santé Publique, 2017/4

7.5. Historique des épidémies d'Ebola et le nombre de cas confirmés



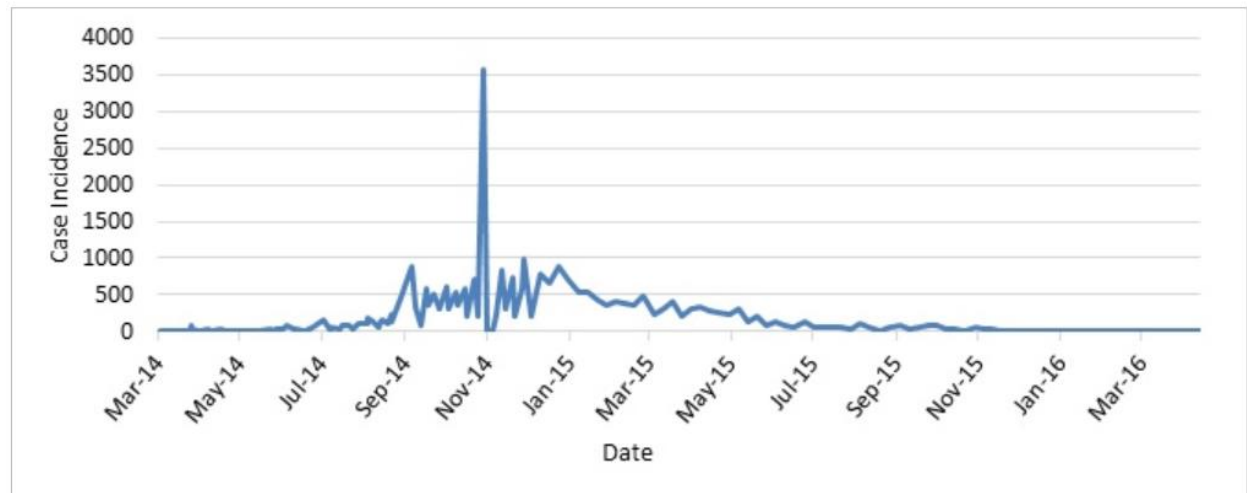
Source : Médecins Sans Frontières, « Ebola 2014 – 2015 Facts and Figures. Key financial data on MSF's response to the Ebola epidemic in West Africa », Reliefweb, 23.03.2026

7.6. Répartition géographique de CTE coordonnés par MSF



Source : Médecins Sans Frontières, « Ebola 2014 – 2015 Facts and Figures. Key financial data on MSF's response to the Ebola epidemic in West Africa », Reliefweb, 23.03.2026

7.7. Evolution du nombre de cas d’Ebola entre 2014 et 2016 en Sierra Leone, en Guinée et en Libéria



Centers for Disease Control and Prevention, « 2014 Ebola Outbreak in the West Africa Epidemic Curves », 04.2019

7.8. Mécanismes mis en place par l’OMS après août 2014

À partir de novembre 2014, la mise en place de 46 Centres de Santé Communautaires en Sierra Leone a joué un rôle important dans la détection précoce des cas d'Ebola, la prise en charge des patients et la sensibilisation des communautés locales aux mesures de prévention et de contrôle de l'infection¹⁸³.

L'OMS a joué un rôle dans l'établissement du Système de Surveillance Intégré des Maladies et de Riposte (IDSR) en Sierra Leone. Ce système a permis une détection rapide des cas de maladies et une réponse efficace¹⁸⁴. Il a contribué à améliorer la surveillance épidémiologique et la détection précoce des cas d'Ebola, ce qui a conduit à une réponse plus rapide et mieux coordonnée.

L'OMS a collaboré étroitement avec 14 pays africains pour les préparer à faire face à d'éventuels cas d'Ebola¹⁸⁵. Les résultats ont été présentés dans une carte codée par couleur, permettant aux pays de visualiser les zones à risque et de planifier leur réponse en conséquence. Cette carte, basée sur les données épidémiologiques et les informations de surveillance, a amélioré la compréhension de la propagation de l'épidémie et a permis de cibler les interventions dans les zones les plus touchées.

¹⁸³ BOURRIER M., « Dans les coulisses de la gestion de l'épidémie Ebola en Afrique de l'Ouest (2014 – 2016) : l'ère de l' « OMSF » », Sciences sociales et santé, 2019/2

¹⁸⁴ Organisation Mondiale de la Santé, « 2015 plan de Riposte Stratégique de l'OMS : Flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest », 2015

¹⁸⁵ FORTIN A. et al., « Les enseignements de l'épidémie d'Ebola pour une meilleure préparation aux urgences », Santé Publique, 2017/4

7.9. Différentes approches de prise en charge des patients contaminés par l’Ebola

Il y a eu trois approches principales adoptées pour la gestion des patients atteints d’Ebola pendant la crise.

La première approche était celle des Centres de Traitement d’Ebola (CTE), qui étaient des centres d’isolement et de soins centralisés où les patients étaient dirigés. Ce modèle, largement préconisé par MSF, a pris en charge plus d’un tiers des patients suspects de la maladie pendant la crise.

La deuxième approche envisagée était celle des soins à domicile, connue sous le nom de Home Based Care (HBC). Cette approche était envisagée lorsqu’il est devenu évident que les capacités des CTE étaient dépassées et que des patients mouraient aux portes de centres¹⁸⁶. Cependant, cette approche n’a pas été mise en place. Cette approche consistait à fournir du matériel de protection, de l’eau et des vivres aux familles ayant un proche contaminé par Ebola et qui refusaient de se rendre dans un CTE, ou lorsque le malade était trop mal en point et proche du décès.

La troisième approche, préconisée par l’OMS, était celle des Centres de Soins Communautaires (CSC)¹⁸⁷. Il s’agissait de maisons regroupant les patients qui étaient soignés par des responsables de la communauté formés par des experts de la maladie. En Sierra Leone, 46 CSC ont été établis à partir de novembre 2014. MSF considérait cette approche comme trop risquée en termes de contamination si les personnes responsables n’étaient pas correctement formées ou ne respectaient pas les mesures de prévention. L’OMS reprochait à MSF d’être trop axée sur le biomédical, de ne pas être assez pragmatique et de ne pas prendre en compte les réalités de la culture locale.

¹⁸⁶ Monrovia 2014

¹⁸⁷ Organisation Mondiale de la Santé, « 2015 plan de Riposte Stratégique de l’OMS : Flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l’Ouest », 2015

En quatrième page de couverture

En 2014, l'Afrique de l'Ouest a été confrontée à la plus grande épidémie d'Ebola jamais enregistrée dans le monde. Cette épidémie a duré plus de deux ans, a entraîné la perte de milliers de vies et a laissé des séquelles profondes dans les pays les plus touchés, tels que le Libéria, la Sierra Leone et la Guinée. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a été vivement critiquée pour le retard dans ses actions de lutte contre cette épidémie et pour l'inefficacité de ses mesures. Ce travail se penche sur les raisons internes et externes qui ont rendu l'OMS inefficace, en se basant sur une revue de la littérature et des échanges avec des professionnels de l'OMS et d'autres organisations telles que Médecins Sans Frontières qui sont intervenus sur le terrain lors de la crise de 2014. Cette étude souligne les enseignements tirés et les orientations à prendre pour l'avenir en ce qui concerne la capacité de l'OMS à coordonner les situations sanitaires urgentes.