



Action contre l'Ebola dans les villes

Enseignements pour les futures crises sanitaires

ALNAP est un réseau unique à l'échelle du système dont la mission est d'améliorer la performance humanitaire par le développement de la formation et de la redevabilité. www.alnap.org

Remerciements

Le présent rapport a été rédigé par Leah Campbell, avec le concours de Christopher Adan, Moritz Matakas et George Richards pour les recherches. L'auteur remercie les 28 individus qui ont été interviewés dans le cadre de l'initiative Ebola dans les villes (voir annexe A), ainsi que ses collègues au sein du secrétariat d'ALNAP, notamment Paul Knox Clarke qui a révisé plusieurs moutures et Alex Glynn, responsable des communications.

À propos de l'auteur

Leah Campbell est chargée de recherche à ALNAP.

Photo de couverture : Une résidente passe devant panneau d'information sur les dangers du virus Ebola près de Tubman Boulevard à Monrovia ; Photo : Morgana Wingard/PNUD

Suggestion de référencement bibliographique : Campbell, L. (2017) Action contre l'Ebola dans les villes : Enseignements pour les futures crises sanitaires. Document de référence. Londres : ALNAP/ODI.

© ALNAP/ODI 2017. Ces travaux sont sous couverts par une licence Commons Attribution – Licence non commerciale (CC BY-NC 4.0).

ISBN 978-1-910454-62-6

Responsable de la publication et des communications : Alex Glynn

Révision de la copie : Roo Griffiths

Révision bibliographique : Chloé Sanguinetti

Traduction : Philippe Galinier

Table des matières

Résumé	4
Méthodologie de recherche	6
1. Introduction	7
2. L'urbanisation en Afrique de l'Ouest	8
3. L'épidémie d'Ebola dans les centres urbains d'Afrique de l'Ouest	10
4. L'épidémie d'Ebola à West Point, Monrovia	12
4.1. Contexte	12
4.2. Arrivée de la MVE à West Point	16
4.3. West Point en quarantaine	19
4.4. Prise en charge de l'intervention par la communauté de West Point	21
4.5. West Point aujourd'hui	25
5. Enseignements tirés de l'action contre l'Ebola à West Point	26
5.1. La quarantaine dans les zones urbaines	26
5.2. Le rôle des mouvements de population	29
5.3. Communication et coopération	31
Conclusion	34
Notes	40
Annexe A: Liste des personnes interrogées	40
Bibliographie	41

Résumé

En novembre 2014, ALNAP lançait un sous-groupe de la Communauté de praticiens (CdP) en matière d'interventions urbaines dans le but de recenser les enseignements tirés des aspects urbains de l'action contre la maladie à virus Ebola (MVE) en Afrique de l'Ouest. Informé par les discussions au sein de la CdP, les entretiens et l'analyse de la documentation, ainsi que par des articles des médias, ALNAP a rédigé quatre brefs rapports sur les enseignements tirés. Trois d'entre eux couvrent les questions ayant trait aux **mouvements de population** ; au travail dans un **contexte de quarantaine** ; et à **la communication et à la coopération**. Le présent rapport étudie diverses problématiques en examinant le cas d'une implantation sauvage urbaine, West Point à Monrovia (Liberia), et son expérience de la flambée de MVE et de la riposte contre celle-ci.

La flambée de MVE en Afrique de l'Ouest aura marqué pénétration pour la première fois de la MVE dans une zone urbaine. L'ampleur inouïe de cette flambée, alliée aux contextes urbains dynamiques au sein de la région touchée, mit considérablement à l'épreuve les intervenants.

Les trois pays les plus affectés — la Guinée, le Liberia et la Sierra Leone — ont tous connu une croissance urbaine sans précédent ces dernières années. Tous les trois subissent les séquelles de conflits et d'un développement non planifié, et tous ont des problèmes liés aux soins de santé et à d'autres infrastructures connexes, notamment l'eau, l'assainissement et l'électricité.

West Point est un quartier de taudis de Monrovia au Liberia qui, bien qu'étant un township officiel de la capitale, a connu des décennies de croissance et d'expansion anarchiques, en particulier depuis que les personnes internement déplacées suite à la guerre civile libérienne ont commencé à y affluer. Ce bidonville est aux prises à de sérieux problèmes d'eau, d'assainissement, d'hygiène, d'électricité, d'accès, de régime foncier, d'érosion et de protection, lesquels persistent et sont sans résolution à peu près depuis l'établissement de l'implantation. Malgré ces difficultés, West Point a été décrit comme plutôt cohésif, et grâce à sa proximité à la fois de la côte et de l'activité économique de Monrovia, beaucoup de ses résidents ont un revenu. Au moment de la flambée de MVE, West Point comptait environ 70 000 habitants.

La MVE a atteint Monrovia en juin 2014, étant arrivée dans le pays en mars. Peu de cas furent signalés en avril et mai, ce qui emmena les autorités à croire que la flambée avait été contenue. Toutefois, il devint évident au cours de l'été que l'échec de la communication, allié au déni, à la méfiance et au scepticisme avait poussé la flambée dans l'ombre, et que la maladie et la mortalité sévissaient sans être signalées. En août, après la découverte par un fonctionnaire en visite à West Point de plusieurs cas de décès dus à la MVE, les pouvoirs publics adoptèrent un plan rapide pour transformer une école du bidonville en centre de rétention pour l'Ebola. En l'espace de quelques jours, le centre de rétention fut ouvert, la communauté protesta violemment, le bidonville entier fut placé en quarantaine puis libéré, suite à des consultations tardives entre le gouvernement et les dirigeants communautaires.

À partir de septembre 2014, c'est la communauté qui prit largement en charge l'action contre la MVE à West Point. Bien que les pouvoirs publics et les acteurs internationaux aient apporté un certain soutien et mis en place un programme, ce sont des volontaires de la communauté de West Point qui s'attaquèrent au démenti, firent signaler les cas et en définitive mirent fin à la crise dans le bidonville, lequel a signalé son dernier cas de MVE en décembre 2014. Les dirigeants de West Point furent par la suite priés d'aider d'autres quartiers de Monrovia à combattre la maladie.

Aujourd'hui, bien qu'exempt d'Ebola, West Point reste un bidonville aux prises à de gros problèmes d'eau, d'installations sanitaires et d'hygiène ainsi qu'à des difficultés environnementales, sociales et politiques. Les quelques mises à jour et améliorations dont le quartier a bénéficié durant l'intervention n'ont pas résolu les questions qui persistaient depuis longtemps avant la flambée. De plus, la méfiance entre la communauté et les pouvoirs publics risque de durer, car l'avenir de West Point et de ses résidents n'a pas encore été déterminé.

L'expérience de West Point de la MVE fait la lumière sur maintes questions examinées à travers cette série, notamment les défis posés lorsqu'une quarantaine est mise en place dans un bidonville densément peuplé, l'importance de la mobilisation de la communauté, en particulier dans un milieu urbain, l'influence fondamentale des mouvements de population sur la composition de la communauté, mais aussi sur les comportements tout au long de la flambée épidémique, et pourquoi il a fallu attendre si longtemps avant l'application d'une réponse adaptée à cette crise largement urbaine.



Poste de contrôle Ebola au bord d'une route à Freetown, Sierra Leone Photo : Flickr/ Medici con l'Africa Cuamm (2014)

Méthodologie de recherche

En novembre 2014, ALNAP a été contacté par un collègue qui avait été détaché à la mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE). Celui-ci expliqua que la crise de la maladie à virus Ebola (MVE) en Afrique de l'Ouest comportait incontestablement des éléments urbains et suggéra qu'ALNAP serve à la fois de ressource pour ceux qui intervenaient dans cette crise et de centre de collecte d'enseignements. Suite à une brève consultation, ALNAP créa un sous-groupe de sa Communauté de praticiens (CdP) pour les interventions urbaines, nommé Ebola in Cities [Ebola dans les villes], qui se développa rapidement pour compter plus de 260 membres.

Entre décembre 2014 et septembre 2015, 87 messages furent transmis via 26 fils de discussion distincts au sein du sous-groupe Ebola in Cities. Ce sous-groupe servit de lieu de discussion sur les enjeux et les enseignements émergents, de point de contact entre les experts et les praticiens sur le terrain, de centre de documentation des leçons tirées pour les futures crises sanitaires urbaines et de forum de réflexion sur la nature de ce nouveau défi mondial et sur la façon pour les humanitaires de s'y préparer. Il visait à compléter plusieurs autres initiatives de partage des connaissances lancées lors de l'action ouest-africaine contre le MVE, et notamment :

- **KnowledgePoint** (conseils techniques en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène)
- **Ebola Response Anthropology Platform**
- **Ebola Needs Analysis Project (ACAPS)**
- **BOND Ebola Response Hub**
- **Emergency Nutrition Network Forum**

Au milieu de l'année 2015, les discussions au sein du groupe se sont tariées tandis que l'épidémie ralentissait, mais un intérêt croissant se manifesta pour documenter les divers aspects des enseignements qui s'étaient dégagés au cours de cette crise sanitaire urbaine. ALNAP a utilisé dans un premier temps le sous-groupe Ebola in Cities pour recenser plusieurs problématiques urbaines découlant de l'épidémie, ensuite pour identifier les réflexions des membres du groupe, la documentation à laquelle il était utile de faire appel et les personnes à interviewer.

Entre novembre 2015 et mars 2016, ALNAP a procédé à 28 entretiens (voir annexe A) à distance auprès de collègues ayant une certaine expérience de l'action contre la MVE en Afrique de l'Ouest. ALNAP a également examiné les reportages des médias, la documentation parallèle, les rapports et les évaluations de l'intervention, à la recherche de toute mention de thèmes urbains.

Éclairé par les discussions au sein du sous-groupe Ebola in Cities, les entretiens et la documentation, ALNAP vient de rédiger une série de quatre courts rapports qui se penchent sur les aspects urbains de l'action ouest-africaine contre la MVE dans les villes, dans le but d'informer les ripostes aux futures crises sanitaires en milieu urbain.

Les autres rapports de cette série sont :

- **Intervention dans un contexte urbain de quarantaine**
- **Mouvements de population**
- **Communication et coopération**

Dernier volet de cette série, le présent rapport constitue une introduction à l'action contre la MVE dans les villes. Il prend l'exemple de la riposte contre la MVE à West Point, Monrovia, pour cerner les thèmes transversaux sur l'intervention urbaine et résume les principaux messages tirés des trois autres rapports.

1. Introduction

La flambée de maladie à virus Ebola (MVE) de 2014-2015 en Afrique de l'Ouest a été « l'épidémie d'Ebola la plus importante, la plus grave et la plus complexe jamais observée dans le monde » (OMS, 2014b). C'était la première fois que cette maladie touchait un centre urbain. Les 23 flambées précédentes de MVE en Afrique avaient en grande partie sévi en milieu rural (Murray et coll., 2015), et la plus importante d'entre elles, celle de Gulu (Ouganda), n'avait infecté que 425 personnes (Stockman, 2014). Ainsi, faute d'expérience en zone urbaine, nul ne s'attendait à une flambée urbaine massive.

Au commencement, l'intervention a adopté une stratégie similaire à celles qui avaient fait leurs preuves dans des contextes ruraux, mais la MVE se propagea rapidement à travers les centres urbains des pays touchés. À cause de l'ampleur de l'épidémie et du dynamisme du contexte urbain, les stratégies éprouvées de lutte contre les flambées qui s'étaient montrées efficaces en zones rurales n'étaient pas appropriées (ACAPS, 2015c). À la mi-août 2014, alors que, semblait-il, l'épidémie de MVE s'emballait, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) formulait une projection « cauchemardesque » (Frankel, 2014) et avertissait que la MVE risquait d'infecter jusqu'à 20 000 personnes (Phillip, 2014). Les organisations avaient « sous-estimé l'ampleur potentielle d'Ebola » (Murray et coll., 2015 : 4) et les intervenants devaient trouver des moyens de lutter différemment contre cette crise sanitaire, d'autant plus qu'elle sévissait dans les villes. En définitive, pendant sa durée d'un an et demi, « la MVE a réussi à se propager rapidement à partir de l'infection d'un enfant en Guinée rurale en décembre 2013 pour atteindre plus de 28 600 cas et 11 300 décès¹, principalement dans les trois pays les plus touchés : la Guinée, le Liberia et la Sierra Leone » (OIM, 2016).

Bien que le caractère urbain inédit de cette flambée de MVE ne soit pas passé inaperçu, en particulier dans les médias (voir, par exemple, Ehrenberg, 2014 ; Frankel, 2014 ; Hille, 2014 ; Stockman, 2014 ; Waldman, 2015), dans l'ensemble cette reconnaissance ne s'est pas traduite par une action appropriée au milieu urbain.

Dans le cadre d'une initiative d'apprentissage couvrant l'épidémie de MVE en Afrique de l'Ouest, le présent rapport a pour but de partager des réflexions et des enseignements sur la nature urbaine de la flambée de MVE. Ce faisant, il vise à améliorer les futures interventions sanitaires en milieu urbain. S'appuyant sur les connaissances existantes en matière d'action contre la MVE, il fait la part belle aux problématiques urbaines, notablement absentes des principaux ouvrages sur l'action menée à ce jour.

2. L'urbanisation en Afrique de l'Ouest

Les villes sont des environnements denses, hétérogènes et complexes en évolution constante. Ces caractéristiques compliquent l'engagement humanitaire dans les contextes et les populations urbains, ce qui rend difficiles l'élaboration de stratégies, la conception et l'adaptation des interventions urbaines. Ces dernières années, la Guinée, le Liberia et la Sierra Leone ont connu des croissances urbaines sans précédent qui ont entraîné des niveaux élevés d'expansion périurbaine. En tout, 97 % des résidents urbains de Sierra Leone vivent dans des implantations sauvages (USAID, 2013) souvent caractérisées par des infrastructures et une hygiène médiocres, de faibles règlements d'aménagement urbain et peu de capacités de lutte contre les infections (DAESNU, 2014 ; AAPPG, 2016). Dans le passé, les capitales des trois pays ont été les épicentres d'intenses transmissions virales (OMS, 2015b).

Les effets conjugués d'une expansion urbaine non maîtrisée et d'institutions sanitaires et politiques faibles créent un contexte où il est difficile d'intervenir en cas de crise. Les intervenants peuvent en effet être confrontés à diverses difficultés logistiques et de programmation, mais aussi à des problèmes de coopération avec une population souvent frustrée par des institutions et des autorités en place dont elle se méfie. Les villes offrent des opportunités aux pathogènes comme la MVE. Elles facilitent la croissance du taux de transmission et rendent les pathogènes beaucoup plus tenaces et mortels que dans les zones rurales, où les personnes ont moins de contacts entre elles, surtout une fois que certaines d'entre elles tombent malades (Shah, 2016).

Encadré 1 : Faiblesse de l'infrastructure des soins de santé

Dans tous les trois pays d'Afrique de l'Ouest affectés, les services et les infrastructures de santé se concentraient dans les centres urbains avant l'arrivée de la MVE. En conséquence, lorsque les unités de traitement d'Ebola (UTE) furent ouvertes, elles étaient également concentrées dans les zones urbaines, du moins au début, et s'appuyaient sur les capacités déjà en place. Or, ces systèmes de santé avaient des capacités limitées.

Certains ont fait remarquer que, à son paroxysme, l'épidémie de MVE « aurait eu de quoi mettre à rude épreuve même les systèmes de santé des pays riches » (DuBois et Wake, 2015 : v). Cela étant, la Guinée, le Liberia et la Sierra Leone souffraient tous de faiblesses systémiques dans leurs régimes de santé et leurs services de base, notamment ceux liés aux capacités, aux déficits d'approvisionnement et de financement, à la médiocrité des infrastructures, à la faiblesse des systèmes d'information et à d'autres facteurs, autant de carences qui ont contribué à la propagation de la MVE et sapé les efforts menés pour l'endiguer (DuBois et Wake, 2015).

Une des personnes interrogées a expliqué que ce manque de capacités avait abouti à une perception négative de la crédibilité du système, si bien que les gens ne pensaient pas qu'il vaille la peine de se faire soigner — ce qui a affecté l'impact de l'intervention. De plus, la MVE a submergé les capacités du système de santé à un tel point que les personnes souffrant de troubles non liés à la MVE n'avaient pas accès aux soins pendant l'intervention (ACAPS, 2015c).

Figure 1. Augmentation de la densité démographique en Afrique de l'Ouest (Guinée, Sierra Leone et Liberia)

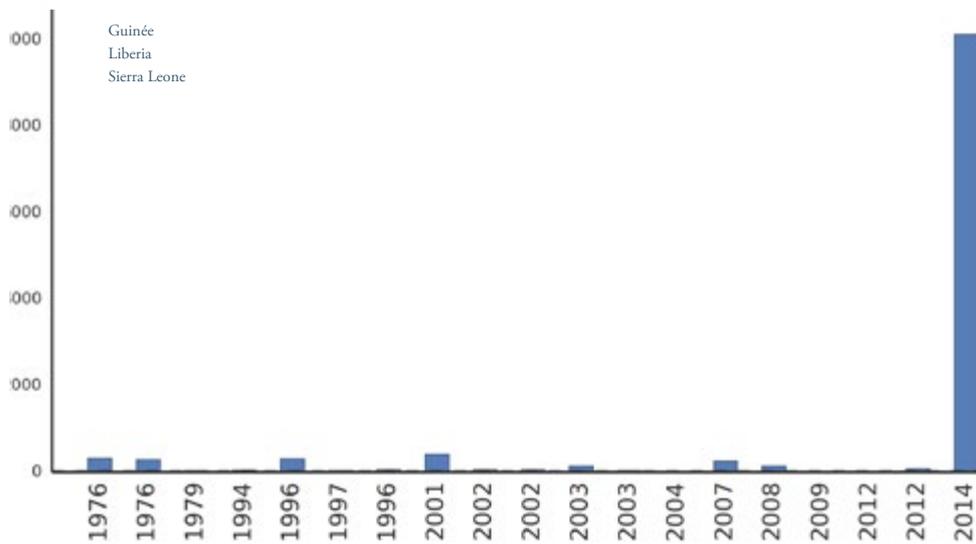
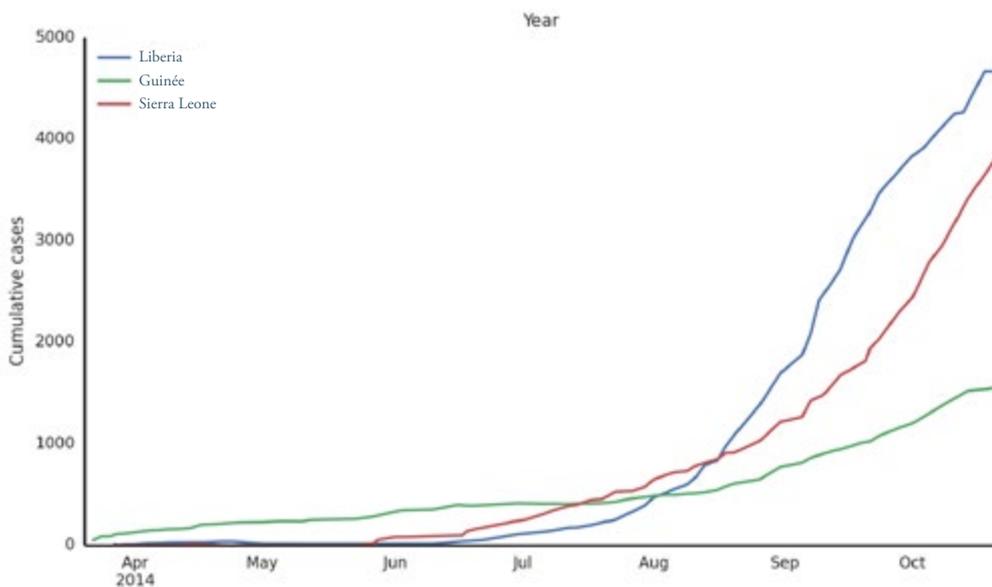


Figure 2. Part de la population vivant en zones urbaines



Source: Alexander et al. (2015).

La figure 1 illustre la hausse de la densité de population (A), tandis que la figure 2 montre la part de la population vivant en milieu urbain (B) en Guinée, au Liberia et en Sierra Leone depuis les années 60. La hausse la plus importante s'est observée au Liberia, où la population urbaine a progressé de 253 % depuis 1961.

Encadré 2. Mauvais approvisionnement en eau, assainissement, hygiène (WASH) et infrastructures environnementales

Selon ACAPS (2015a), seuls 26 % de citoyens libériens et 22 % des citoyens de la Sierra Leone ont accès à de meilleurs équipements d'assainissement. Lors d'une crise, ces vulnérabilités préexistantes sont exacerbées. À titre d'exemple, au cours de l'action contre la MVE, entre 13 et 15 % de la totalité de l'eau disponible à Freetown a été détournée au profit des UTE, ce qui a ébranlé un système qui avait déjà du mal à répondre aux besoins. Les populations à faibles revenus, dont beaucoup vivent dans des quartiers de taudis, sont en outre « plus négativement touchées par les incidences directes de l'incinération et de l'inhumation des déchets dans leur voisinage » (ibid.). Dans la région, plusieurs des implantations sauvages s'établissent autour de quais et, du fait de leur proximité de l'eau et de la mobilité des bateaux, elles sont confrontées à des défis supplémentaires. Beaucoup d'entre elles sont peu à peu menacées par l'érosion côtière et, à cause de leur topographie, risquent davantage d'être inondées.

3. L'épidémie d'Ebola dans les centres urbains d'Afrique de l'Ouest

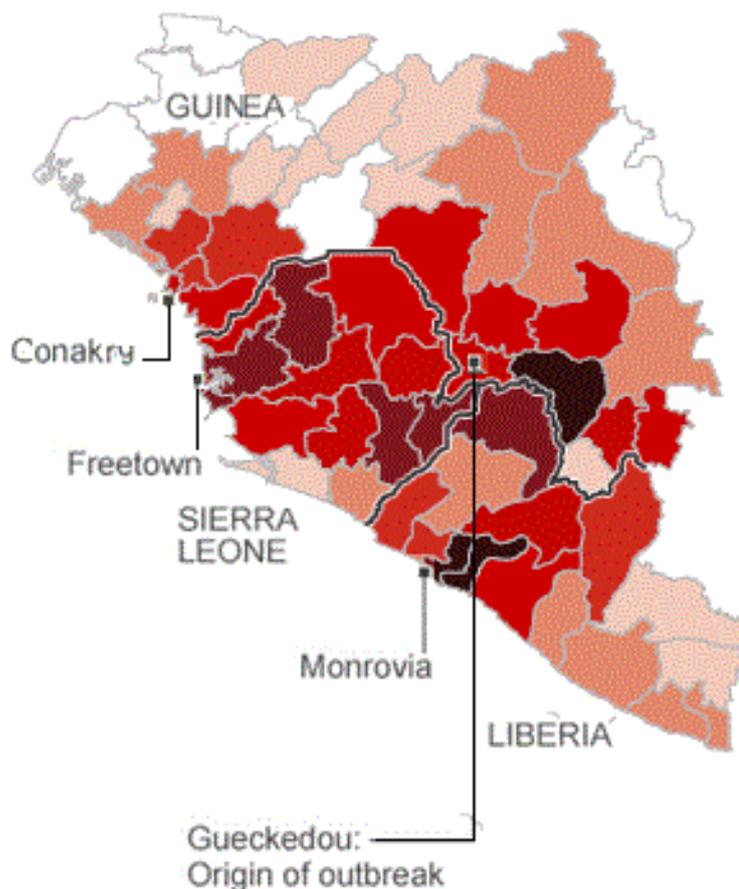
L'épidémie d'Ebola de 2014 aura été à bien des égards une épidémie de premières (OMS, 2014b ; Briand, 2016). Originaire de la région forestière de Guinée, le virus s'est propagé rapidement parmi des populations mobiles, traversant des frontières internationales poreuses pour atteindre dans l'espace de quelques mois les capitales Conakry, Monrovia et Freetown. C'était la première fois que la MVE touchait des villes, et la première fois que les intervenants humanitaires et les professionnels de la santé étaient confrontés aux défis uniques posés par une épidémie de MVE en milieu urbain. C'était aussi la première fois que trois pays étaient touchés par la MVE, la première fois que l'infection se répandait par transport aérien, la première fois qu'une mission des Nations Unies était créée pour lutter contre une crise sanitaire et la première fois que des militaires et d'autres pays étaient impliqués dans une telle crise (Briand, 2016). Enfin, c'était la première fois que les intervenants découvraient un « nombre de cas dissimulés » du virus (OMS, 2014b), du fait que les populations occultaient l'ampleur de la flambée. L'épidémie provoqua terreur, anxiété et confusion dans des pays qui en raison de la faiblesse de leurs infrastructures et de leurs institutions étaient mal placés pour gérer une crise de telle ampleur.

Au début, l'intervention a été guidée par « ce qui avait marché » dans les actions, toutes rurales, menées auparavant contre la MVE. Cependant, alors qu'il devenait manifeste que les stratégies conçues pour des contextes ruraux étaient inadéquates, l'intervention changea de démarche. Celle-ci s'attacha moins à ralentir la transmission et adopta plutôt une approche globale pour mettre un terme à l'épidémie. Les organisations concernées purent quant à elles adapter leurs stratégies pour qu'elles

correspondent mieux aux besoins locaux (OMS, 2015b). La stratégie d'intervention passa également de « ce qui avait marché » dans les situations de MVE précédentes à « ce qui sera efficace et acceptable ici ». Ce basculement signifia également que l'accent était moins mis sur « l'isolement » et plus sur « le traitement » (Briand, 2016), et le passage d'une démarche largement centrée sur la santé publique à une approche englobant diverses questions qui étaient apparues, notamment les moyens d'existence, les installations WASH et l'éducation.

La crise de la MVE en Afrique de l'Ouest se termina en mars 2016. En tout, plus de 28 000 cas d'Ebola ont été enregistrés en Guinée, au Liberia et en Sierra Leone, ainsi que plus de 11 000 décès, sans oublier des implications économiques durables (PNUD, 2015 a; OMS, 2016). Si l'épidémie a été officiellement déclarée terminée, il demeure important que la communauté humanitaire reste vigilante et qu'elle adapte ses programmes aux besoins locaux; dans les zones urbaines, les acteurs doivent faire en sorte que leurs stratégies incorporent les conditions uniques de ces environnements. L'épidémie ouest-africaine de MVE met en relief des questions et des enseignements qui pourront être pris en compte à l'avenir dans les crises sanitaires en milieu urbain.

Figure 3. Propagation de la MVE à travers l'Afrique de l'Ouest à partir de février 2015



4. L'épidémie d'Ebola à West Point, Monrovia

Bien que chaque pays, district, ville et quartier ait vécu la flambée de MVE différemment, et bien que West Point nous offre un exemple plus extrême que d'autres zones urbaines affectées par la MVE, une observation plus attentive de ce quartier de taudis de Monrovia (Liberia) permet d'illustrer maints aspects spécifiques au milieu urbain de cette épidémie et de l'action contre la MVE.

West Point est le plus grand bidonville du Liberia, peuplé de quelque 70 000 – 80 000 habitants. À partir de rapports des médias et d'intervention de la période concernée, le compte-rendu qui suit résume la façon dont West Point a vécu la MVE et y a riposté.



West Point, Monrovia.
Photo: Mark Fischer (2014)
Flickr/Fischerfotos

4.1 Contexte

Le bidonville de West Point est apparu au cours des années 40², au moment où fut établi le premier port marchand de Monrovia et où un groupe de pêcheurs s'installa sur le terrain adjacent (MacDougall, 2016). Il deviendra un township de Monrovia dans les années 60 (SDI, 2016).

Au fil des années, le bidonville a connu une croissance à la fois progressive et par vagues, ce qui a exacerbé les vulnérabilités qui y existaient déjà. En 1986, un séminaire décrivait West Point comme ayant des problèmes de toilettes et d'évacuation des déchets, de surpopulation et d'hygiène et connaissant régulièrement des flambées épidémiques (Stephens, 1991). En 1991, West Point comptait

environ 30 000 habitants et présentait déjà les mêmes caractéristiques observées aujourd'hui — une population dense et un flux constant de résidents en provenance du Liberia et d'autres villes ouest-africaines, avec un sol de mauvaise qualité et une érosion côtière qui le rendaient « impropre à l'habitat humain à grande échelle » (ibid.).

Durant la guerre civile au Liberia, la population de West Point augmenta en raison de l'afflux de personnes déplacées par le conflit, notamment d'enfants soldats qui grandiront dans le bidonville. Selon la description de McCoy (2014) ce quartier devint « l'un des endroits les moins hospitaliers du pays ». Aujourd'hui, le bidonville abrite « un éventail de groupes ethniques, de religions et de langues... le long de l'unique route pavée de West Point... des hommes en calottes islamiques et des femmes en tchadors côtoient des hommes tatoués en débardeurs et des femmes en petits shorts (MacDougall, 2016). Si ce quartier a connu jadis des niveaux élevés de criminalité et de violence, ses habitants ont toutefois le sentiment que la situation s'améliore, d'autant plus que le centre-ville de Monrovia offre de nombreuses perspectives économiques (SDI, 2016). D'ailleurs, selon certains, les histoires de criminalité et de violence à West Point relèveraient plus de la rumeur que des faits (Groupe de travail EWER, 2012).



Des latrines à West Point, Monrovia. Photo: Rehana Merali (2014)

Encadré 3. Bidonvilles et vulnérabilités persistantes

Pour Snyder et coll. (2014), les bidonvilles sont le point noir concernant l'épidémie de MVE que tout le monde préfère oublier. Rongés par de vieilles vulnérabilités profondément enracinées, ils offrent un « terreau idéal » pour ces virus (ibid.). Beaucoup des questions les plus pressantes qui ont contribué à la flambée représentent le type de problèmes à long terme que le secteur humanitaire n'est pas forcément conçu pour résoudre. Les implantations sauvages de Guinée, du Liberia et de Sierra Leone, dont certaines sont très vastes et densément peuplées, illustrent les enjeux de l'assainissement et de l'hygiène dans les denses bidonvilles et les relations souvent conflictuelles entre leurs résidents et les autorités.

Les bidonvilles des pays affectés ont une densité élevée, ils sont surpeuplés et manquent d'infrastructures de base, d'électricité et d'autres aménités élémentaires. Ils sont apparus souvent avec peu de planification ou de développement urbain (Machalaba et Porter, 2015). Il ne fait aucun doute que les standards WASH dans les bidonvilles de Guinée, du Liberia et de Sierra Leone « figurent parmi les plus bas, alors que la densité démographique élevée rend leur population la plus vulnérable aux maladies d'origine hydrique » (ACAPS, 2015a).

Décrivant cette densité, l'une des personnes interrogées observait la façon dont les maisons semblaient plus que jamais « collées les unes aux autres ». Stockman (2014) explique que les personnes qui vivent dans la pauvreté en ville, dans des bidonvilles densément peuplés, « ont le pire des deux mondes » ; ayant « quitté la sécurité de leurs fermes » à la recherche des aménités de la vie urbaine moderne, les « usines de traitement des eaux, les systèmes d'égouts, les médicaments... demeurent hors de leur portée ». Les résidents souffrent souvent de troubles de santé chroniques et l'approvisionnement en eau, les inhumations sans danger, l'aide et la prestation des services constituent autant de défis qui persistent même en temps « normal ». Ces problématiques existent depuis des années et n'ont pas été abordées (ACAPS, 2015a).

Au fil du temps, les logements de fortune sont devenus permanents, en dépit de l'absence de plomberie intérieure ou d'eau courante (McCoy, 2014). ACAPS (2015a) fait remarquer que « l'afflux massif de personnes à Monrovia et dans d'autres villes au cours de la dernière décennie a mis sous pression des infrastructures d'eau et d'assainissement déjà défailtantes et inadéquates dans toutes les zones urbaines » (3). West Point, dont l'approvisionnement en eau et les commodités d'assainissement étaient dès le départ faibles, fut durement touché. Coincé entre l'Atlantique et le fleuve Mesurado, « le bidonville ne peut pas s'étendre — il ne peut que devenir de plus en plus surpeuplé » (Mogelson, 2015). La région demeure à la merci de la montée du niveau de la mer, de l'érosion et d'autres risques liés à sa proximité du littoral (Baskin, 2017). Les habitants sont en outre soumis à des déplacements provisoires cycliques : de temps à autre, la marée monte et submerge de nombreux logements construits directement au bord de l'eau. Lorsque de tels incidents se produisent, des milliers de

personnes peuvent être déplacées. Lorsque la mer se retire, les habitants choisissent un endroit sur la plage et reconstruisent. Après chaque événement, il y a de moins en moins de place et la densité du bidonville s'accroît (Baskin, 2017).

Le régime foncier est complexe, la plupart des habitants squattant les terrains. Bien que certains aient des permis de squatteur, la tenue des dossiers est mauvaise (SDI, 2016). Au fil des ans, plusieurs efforts de relocalisation des résidents ont été tentés, mais en vain, « en partie du fait d'une mauvaise planification et de l'attachement malgré eux de nombreux habitants qui y vivent depuis des décennies » (MacDougall, 2016), mais aussi de la question fondamentale des moyens d'existence. Un autre facteur complique la situation : beaucoup d'habitants de West Point sont des personnes qui ont été déplacées à l'intérieur du pays, et si la réinstallation peut présenter certains avantages pour eux et le quartier en général, elle peut aussi « déraciner de nouveau les communautés déplacées, prolongeant et exacerbant ainsi leur vulnérabilité humanitaire » (Williams, 2011). Cette incertitude qui entoure la question de ce bidonville a rendu les organisations « réticentes à construire des toilettes dans les communautés des bidonvilles, en raison de vieilles rumeurs selon lesquelles les townships seront relocalisés » (Jeffreys, 2009).

Avant l'arrivée de la MVE à West Point, seules quatre toilettes publiques desservaient une population de 70 000 à 80 000 habitants. Les excréments étaient ramassés et évacués sur la plage ou dans la rivière, et de nombreux habitants utilisaient la plage directement comme toilette (McCoy, 2014). La plupart des résidents obtiennent de l'eau de puits ou de pluie, les deux étant souvent contaminées, et les flambées de choléra sont fréquentes (Boley, 2011b). Les canalisations qui traversaient le bidonville ont été détruites à la suite de l'effondrement d'un pont en 2006 et bien que des drains existent, beaucoup sont souvent bouchés et ne peuvent pas être dégagés parce que des constructions ont été bâties depuis par-dessus (Cole, 2008).

Les infrastructures et les connaissances médiocres en matière de santé, d'eau, d'assainissement ont contribué directement à la propagation de la MVE une fois que le virus atteignit West Point (Snyder et coll., 2014).

4.2. Arrivée de la MVE à West Point

Les premiers cas de MVE au Liberia ont été confirmés le 30 mars 2014. Les autorités ont lancé une campagne de santé publique initiale dans laquelle elles demandaient aux populations d'éviter la viande d'animaux sauvages et de se tenir éloignées des personnes présentant les symptômes de l'Ebola (Mukpo, 2015a). Au cours des mois d'avril et de mai, peu de cas apparurent et la situation fut jugée stable, voire contenue (Mukpo, 2015 a; OMS, 2015d). Cependant, en juin, la MVE avait atteint Monrovia, et il apparut clairement que, loin d'avoir été contenue, la flambée s'était répandue dans l'ombre, les personnes « tombant malades et mourant à l'insu des autorités sanitaires » (Mukpo, 2015a : 8). Au cours de ce mois, les cas se multiplièrent, en net contraste avec les flambées plus réduites, moins explosives observées à Conakry et à Freetown à ce stade de l'épidémie (Onishi, 2014a). « Il s'avéra que ce calme apparent était une illusion », et que la ville était « mal préparée pour gérer l'avalanche d'infections qui suivit rapidement » (OMS, 2015d).

Monrovia avait en effet le seul grand hôpital du pays, et il avait été endommagé pendant la guerre civile sans jamais avoir été entièrement réparé. Il ne possédait pas d'unité d'isolement, et son personnel connaissait mal les protocoles concernant les maladies infectieuses et n'avait presque aucun équipement de protection (ibid.). Avant la MVE, le pays entier ne comptait que 50 médecins agréés pour une population de 4 millions d'habitants (Parshley, 2016). Dans de telles circonstances, le nombre de cas s'éleva rapidement. « Pendant la plupart de l'été et de l'automne, explique Mogelson (2015), les hôpitaux étaient débordés, l'attente pour une ambulance durait souvent plusieurs jours, les gens mouraient dans les rues, et les cadavres contagieux pourrissaient dans les logements surpeuplés. » Le 6 août 2014, le Liberia déclara l'état d'urgence pour trois mois, fermant les marchés et imposant le couvre-feu. L'incinération fut également rendue obligatoire pour tous les décès dus à l'Ebola (OMS, 2015d).

Au début du mois d'août, les habitants de West Point ont commencé à entendre parler de la MVE au Liberia, mais ils étaient sceptiques. À cette époque, certains corps de victimes de l'Ebola furent jetés dans le fleuve au lieu d'être remis aux agents du gouvernement chargés de l'enlèvement des corps (Vogt, 2014). Beaucoup de résidents de West Point croyaient que « cette histoire d'Ebola » était un canular (Thompson, 2014) ou une ruse pour attirer des ressources au titre de l'aide internationale (Mukpo, 2015a).

L'environnement créa une idée fausse « dissimulée » qui s'autojustifiait. Comme les habitants ne croyaient pas à la réalité du virus Ebola, ils ne signalèrent pas la maladie comme telle et, en conséquence, peu de cas étaient connus, ce qui renforçait l'incrédulité de la population face à l'Ebola. Cette « négation généralisée de l'existence d'Ebola a été un facteur majeur dans la propagation précoce de la maladie. À ce moment-là, les Libériens étaient nombreux à déclarer ouvertement leur manque de confiance dans les avertissements des pouvoirs publics, affirmant que les autorités utilisaient la flambée comme moyen d'empocher des fonds donnés par la communauté internationale » (Mukpo, 2015a : 8).

Plus tard dans l'intervention, en 2015, une enquête menée par International Alert montra que cette négation initiale de l'Ebola n'a pu être réduite que lorsque les gens ont commencé à voir de leurs propres yeux « des preuves visuelles de la maladie, ou à entendre des témoignages directs émanant de sources fiables » (Mukpo, 2015 a : 25).

Figure 4. Boucle de causalité montrant que moins l'on croyait à l'Ebola, moins on signalait les cas aux autorités ; moins il y avait de cas connus, moins les citoyens croyaient à l'Ebola, créant ainsi une idée fausse qui s'autojustifiait.



Figure 5. Schéma représentant la boucle de causalité montrant la dynamique plus tard dans l'intervention – à partir du moment où la population commença à reconnaître les cas d'Ebola, elle réfuta moins la maladie



C'est à cette époque que Mosoka Fallah, qui avait grandi à West Point et qui travaillait désormais au ministère de la Santé et de l'Aide sociale, a visité le bidonville. Après avoir découvert six corps de victimes de la MVE à West Point le 12 août, il informa ses collègues au ministère : « Nous avons des problèmes. L'Ebola est arrivé à West Point » (Drexler, 2015). Ayant grandi dans le quartier, Fallah avait de bonnes relations avec les habitants, qui lui révélèrent la réalité de ce qu'ils observaient autour d'eux. S'étant entretenu avec les dirigeants communautaires, il commença à comprendre que ces cas ne représentaient que « la partie visible de l'iceberg ». Craignant une explosion incontrôlable du virus, Fallah fit quelque chose qu'il regrettera par la suite : il persuada son supérieur d'ouvrir un centre d'isolement à West Point (ibid.).

Ce plan fut mis à exécution et l'unité d'isolement devint la première ainsi désignée à Monrovia (Onishi, 2014a). Elle fut établie en hâte dans la seule école de West Point, close en juillet lorsque les pouvoirs publics fermèrent les établissements scolaires dans tout le pays (Mogelson, 2015). Le gouvernement affirma que les dirigeants communautaires avaient accepté cette unité d'isolement (Hasian Jr, 2016) et expliqua aux habitants de West Point que cette unité était pour eux, mais ils « ne comprirent pas. Ils disaient que nous essayions d'apporter l'Ebola à West Point », expliqua Fallah (Drexler, 2015). De fait, comme ils n'avaient aucun autre endroit adapté où aller, beaucoup de patients qui se sont retrouvés dans l'unité d'isolement venaient d'autres comtés (Mogelson, 2015). « Tandis que ces patients commençaient à mourir, les autorités sanitaires attribuèrent les décès à la communauté » (ibid.). Refusant le déshonneur d'être un centre de mortalité due à l'Ebola, les résidents de West Point « sont devenus de plus en plus méfiants et amers » (ibid.). Des rumeurs se mirent à courir selon lesquelles les patients venaient de l'extérieur du quartier, ce qui attisa la colère et la confusion, les habitants exigeant de savoir ce qui se passait exactement (Liljas, 2014).

Vers environ 17 h 30 le samedi 16 août 2014, des citoyens s'étaient rassemblés autour de l'unité d'isolement. Certains dans la foule essayèrent de persuader les autres que la MVE représentait un risque grave, mais en vain tandis que les manifestants se mirent à scander : « Pas d'Ebola à West Point ! » (McCoy, 2014). L'ambiance était un mélange de colère, de méfiance et de peur. Les habitants de West Point étaient bouleversés et inquiets que des patients atteints de l'Ebola aient été introduits dans leur communauté (d'autant plus qu'à ce moment-là beaucoup d'entre eux réfutaient la présence de la MVE à West Point), mais ils nourrissaient aussi de la crainte et de la méfiance, ne sachant pas ce qui se passait à l'intérieur. Alors que la foule était rassemblée, quelques patients quittèrent la clinique, et bientôt entre 17 et 29³ patients s'échappèrent de l'unité d'isolement ou furent récupérés physiquement par leur famille. Les protestataires s'engouffrèrent dans l'unité d'isolement et la pillèrent, emportant plusieurs articles probablement infectés par le virus Ebola, notamment des draps et des matelas tachés de sang (ibid.).

Le lendemain de cette descente sur le centre, le dimanche 17 août 2014, des représentants de la communauté de West Point rencontrèrent des responsables de la National Ebola Task Force dans leurs bureaux de Monrovia. Ils exhortèrent ces responsables à ne pas procéder, comme ils le proposaient, à la mise en quarantaine de l'ensemble du bidonville, compte tenu notamment des retombées économiques dévastatrices que cela pourrait avoir (Mogelson, 2015).

Cette réunion n'empêcha pas la présidente libérienne Ellen Johnson Sirleaf de donner l'ordre, deux jours plus tard, le mardi 19 août, de boucler West Point (Paye-Layleh, 2014). Le bidonville entier et ses 80 000 habitants devaient être placés en quarantaine. Lewis Brown, ministre de l'Information, expliqua à l'époque que la décision avait été prise « sur la base de préoccupations à la fois d'ordre sanitaire et sécuritaire » à West Point, « en raison de sa dense population et du potentiel d'instabilité politique, comme le montrait la prise d'assaut récente d'un centre de rétention Ebola par ses résidents qui ne voulaient pas du centre dans leur quartier » (Onishi, 2014a). Il annonça en outre dans une déclaration que 17 des patients qui s'étaient échappés avaient été retrouvés et transférés dans une autre clinique, ce qui se révéla par la suite faux (MacDougall, 2014). « Il nous fallait les protéger d'eux-mêmes », indiqua

Madame Johnson Sirleaf, mais, « selon des sources qui surveillaient le secteur de la sécurité, la décision était moins motivée par la sûreté de la communauté que par une tentative politique de montrer que le gouvernement maîtrisait la situation » (ibid.). La quarantaine n'a pas été approuvée par les bailleurs internationaux, et le consentement de la communauté « n'a été ni obtenu ni recherché » (ibid.)

4.3. West Point en quarantaine

Le mercredi 20 août, les forces de sécurité bouclèrent West Point. Les résidents ne reçurent aucun préavis (Alfred, 2014). Des navires patrouillèrent le littoral (Liljas, 2014).

Des porte-paroles de la communauté décrivent avoir vu des soldats tabasser des civils (Mogelson, 2015). La tension monta d'un cran lorsque l'armée aida le commissaire de West Point à évacuer plusieurs membres de sa famille, ce qui « fit basculer l'indignation dans la violence » (ibid.). Certains habitants se mirent à jeter des pierres à la police ; « d'autres tentèrent de s'échapper en passant par des postes de contrôle improvisés » (MacDougall, 2014). Du gaz lacrymogène fut utilisé contre la foule (Butty, 2014a). Seules de fortes précipitations mirent fin aux émeutes (Onishi, 2014a).

Au même moment, Shakie Kamara, un enfant de 15 ans qui était sorti acheter du pain et du thé pour sa tante, se retrouva pris au milieu des émeutes (Onishi, 2014a). Shakie fut atteint par des balles lorsque les soldats se mirent à tirer sur la foule. Son corps fut inhumé sans autopsie (MacDougall, 2014). Contrairement aux déclarations initiales du ministère de la Défense, selon lesquelles les soldats n'avaient tiré qu'en l'air et que le garçon avait dû se blesser en escaladant des fils barbelés, le directeur



Des marchands voient leurs ventes chuter et les coûts de transport de leurs produits vers le marché augmenter à West Point à la suite de la flambée d'Ebola et de l'entrée en vigueur de la quarantaine au Liberia. Photo: Flickr/Morgana Wingard/UNDP

médical de l'hôpital affirma qu'il avait reçu des blessures profondes par balles aux jambes. Faute de bloc opératoire en état de fonctionner et par manque de personnel et de fournitures, l'hôpital était impuissant à agir et Shakie mourut de ses blessures (Onishi, 2014a).

En novembre 2014, la Commission nationale indépendante du Liberia sur les droits de l'homme mena une enquête indépendante sur le conflit qui avait entraîné la mort de Shakie Kamara en août. Elle conclut que, contrairement à la déclaration faite par les forces armées libériennes, les forces de sécurité avaient « ouvert le feu au mépris total de la vie humaine » (Onishi, 2014b). Toujours en novembre, cinq soldats impliqués dans le conflit furent reconnus coupables de chefs d'accusation liés à la mort de Shakie Kamara. Ils reçurent chacun une peine consistant en des amendes et un mois de détention (Butty, 2014b).

Au cours de la prétendue période de quarantaine, fin août 2014, de nombreux cas de personnes entrant et sortant de la zone furent signalés. La seule barrière véritable semblait être le coût. On rapporte par exemple le cas d'un homme dont le logement était situé en bordure de la zone de quarantaine et qui moyennant une somme modeste faisait passer les gens par la fenêtre de son appartement (Onishi, 2014a). Beaucoup d'autres se contentaient de soudoyer les soldats ou les policiers. Certains entraient et sortaient pour travailler; d'autres sortirent et ne revinrent pas (ibid.). Tout comme la prétendue clôture intransigeante des passages frontaliers et des postes de contrôle officiels, cette tentative de restriction de la circulation était inefficace.

Pour ceux qui ne pouvaient pas sortir, les prix des denrées alimentaires montèrent en flèche à l'intérieur de West Point (Besser, 2014; Paye-Layleh et Larson, 2014; Mogelson, 2015). Alors qu'elle était censée protéger la communauté, la quarantaine entraîna en fait un entassement des habitants à partir du moment où ils durent faire la queue pour recevoir l'aide alimentaire (Onishi, 2014 a; Paye-Layleh et Larson, 2014). Bien que de la nourriture fût distribuée, certains n'avaient ni charbon ni eau pour faire cuire le riz et les haricots qu'ils recevaient (Besser, 2014).

La quarantaine a eu aussi des effets psychologiques. « La quarantaine donna aux habitants de West Point l'impression d'être dans une prison de haute sécurité, car elle les coupait de leurs familles situées à l'extérieur », explique Butty (2014a). Chez ceux qui gardaient les séquelles de la guerre civile, qui avait duré de 1989 à 2003 et au cours de laquelle 150 000 personnes avaient péri et 850 000 autres avaient été déplacées (Parshley, 2016), les rues désertes de West Point pendant la quarantaine ravivaient des souvenirs douloureux (Besser, 2014). Ce sentiment était exacerbé par le fait que la quarantaine les séparait de leurs proches et de la communauté situés en dehors du périmètre sous quarantaine.

Le 30 août, au bout de 10 jours de négociation, la quarantaine fut levée. Dès que la nouvelle fut annoncée à la radio, la joie éclata à West Point (MacDougall, 2014; Paye-Layleh, 2014). Lewis Brown, alors ministre libérien de l'Information, a expliqué que les pouvoirs publics s'estimaient désormais plus en mesure de collaborer avec la population pour dépister efficacement la maladie et protéger la communauté (Paye-Layleh, 2014).

Les 10 jours de quarantaine furent très critiqués dans la presse (Onishi, 2014a, 2014b). Selon Onishi (2014a), si « l'isolement des communautés s'est avéré efficace dans les flambées passées dans certaines zones rurales d'Afrique centrale... la mise en quarantaine de tout un quartier urbain, où entre 60 000 et 120 000 personnes vivent entassées dans des cabanes délabrées, s'est avérée plus que poreuse. »

Les représentants communautaires impliqués dans les négociations expliqueront plus tard que, pour obtenir la levée de la quarantaine, ils avaient dû « accepter la mise en place de mesures énergiques de confinement dans le bidonville : recenser les malades, les retirer de la communauté, mettre sous quarantaine leurs logements, tracer leurs contacts récents et surveiller ces derniers pendant 21 jours... auparavant, tout cela relevait de la responsabilité de spécialistes hautement qualifiés [mais désormais] la tâche incombait au quartier » (Mogelson, 2015).

4.4. Prise en charge de l'intervention par la communauté de West Point

Plusieurs auteurs ont décrit la quarantaine comme illustrant une méfiance profonde entre le gouvernement et les communautés (Onishi, 2014b ; Guhathakurta et Daghish, 2015). Un journaliste raconte son expérience de la visite de la présidente Sirleaf Johnson à West Point. Alors qu'elle parcourait la foule et exprimait sa compassion envers les habitants, un homme aurait marché derrière elle et sorti des billets de dollars de son sac à dos qu'il aurait distribué de ses mains gantées pour faire taire les critiques des protestataires les plus bruyants. Et après la visite et le départ de Sirleaf Johnson, « ses gardes et son entourage la suivirent... jetant leurs gants usagés au sol en partant » (Onishi, 2014a).

Une fois la quarantaine levée, les acteurs internationaux commencèrent à entrer dans West Point, « équipés d'eau de javel, de bottes en caoutchouc et d'informations » (Vogt, 2014). La volonté chez les dirigeants communautaires (et les accords conclus durant les négociations sur la quarantaine), alliée aux ressources émanant des intervenants nationaux et internationaux et à l'action de plaidoyer des médias, semble avoir inversé la tendance.

Constatant à quel point la communication s'était détériorée lorsque l'unité d'isolement avait été ouverte, Mosoka finit par servir de médiateur, facilitant la négociation de la fin de quarantaine et collaborant avec des dirigeants communautaires tels qu'Archie Gbessay pour organiser « une recherche active et locale de cas » (Drexler, 2015). Des bénévoles furent recrutés pour faire du porte-à-porte, trois pour chacun des 35 îlots de West Point (Mogelson, 2015). Il fallut du temps pour apaiser l'hostilité entourant les discussions sur la MVE, et le nombre de cas monta en flèche, atteignant à un certain point 80 par jour. Cependant, « à la mi-septembre, tout le monde commença à se dire “bon, il faut que je fasse attention. Un jour tu parles à ton ami — le lendemain, tu entends dire qu'il est

parti' » (ibid.). Voyant la flambée apparaître sous leurs yeux, les habitants de West Point se sont mis à suivre les conseils d'hygiène et à signaler les membres de leur famille décédés. L'école transformée en unité d'isolement a servi de centre de transit où l'on pouvait diagnostiquer les patients et attendre que la nouvelle ambulance de West Point les emmène dans une UTE (ibid.). Pour autant, en dépit du sentiment que la crise était enfin maîtrisée et que l'intervention était dirigée par la communauté, certains résidents de West Point en critiquent les circonstances. Selon eux, les habitants sont intervenus en l'absence de tout soutien de la part du gouvernement, et ils disent s'être sentis abandonnés (Vogt, 2014). Des groupes communautaires tels que celui dirigé par Gbessay étaient bien

Encadré 4. Tension et mauvaise communication entre les pouvoirs publics et la communauté

Si elle n'était pas exclusivement un phénomène urbain, la tension entre les communautés et les pouvoirs publics a été un trait marquant de l'épidémie de MVE ouest africaine. Selon les résultats d'une enquête menée par International Alert auprès de 200 Libériens durant l'action contre la flambée, les personnes interrogées ont donné une note de 1,7/5 aux agents du gouvernement pour leur honnêteté, et beaucoup avait le sentiment que le gouvernement ne faisait pas suffisamment d'efforts de lutte (Mukpo, 2015a).

La médiocrité de la communication a été un facteur important dans l'augmentation des tensions lors de l'intervention. À West Point, les habitants étaient déconcertés et soupçonnaient que les pouvoirs publics avaient apporté le virus Ebola dans leur communauté lorsqu'ils avaient ouvert le centre de rétention MVE. Ils ont scandé « Pas d'Ebola à West Point! » en réponse, pour manifester leur refus que l'Ebola soit introduit dans leur communauté, où selon eux la maladie n'existait pas.

Plus tard, dans une interview donnée en septembre 2014, Miata Flowers, la Commissaire de West Point, déclara que le refus de croire était encore très répandu dans le quartier, et cita les slogans « Pas d'Ebola à West Point! » comme preuve que les habitants ne croyaient pas à l'existence de la MVE (Y Care International, 2014).

Bien entendu, il est impossible aujourd'hui d'attribuer une intention à ces paroles rapportées. Les deux interprétations sont possibles, mais elles ont des implications différentes et peuvent nous aider à comprendre les suppositions faites, tant par les communautés et les autorités, en conséquence des tensions sous-jacentes. Si l'on part du principe que les pouvoirs publics n'avaient pas à cœur leurs meilleurs intérêts, les résidents de West Point ont réagi furieusement contre ce qu'ils percevaient être l'imposition de la MVE à leur communauté. Si l'on part du principe que les résidents étaient dans le déni et ne voulaient pas faire face à la situation, les autorités ont réagi par la force, plaçant tout le quartier en quarantaine.

Afin de prévenir toute mauvaise communication future, il est impératif d'apaiser les tensions sous-jacentes entre West Point ou d'autres communautés et les pouvoirs publics.

apparus dès le mois d'août, avant l'émeute dans l'ancienne école transformée en clinique, mais ils n'ont été soutenus et le dialogue ne s'est noué avec eux qu'après l'échec de l'approche verticale de la quarantaine (Mukpo, 2015b).

Dès la mi-octobre, un journaliste décrit avoir été témoin d'un « élan désespéré » de lutte contre la MVE à West Point, « avec ou sans l'aide des pouvoirs publics » (Vogt, 2014). Vogt y voit un changement marqué par rapport à août, où la méfiance et les rumeurs avaient dominé le discours. À ce moment-là, les pouvoirs publics étaient présents à West Point, dirigeant la clinique ; de plus, ils avaient loué les efforts de solidarité communautaire (Vogt, 2014). Le dernier cas de MVE à West Point a été signalé en décembre 2014 (MacDougall, 2016). En février 2015, un blogueur pour le Fonds des Nations Unies pour l'enfance en visite à West Point a rencontré des jeunes activement impliqués dans une campagne de sensibilisation par porte-à-porte ; ils voulaient que le monde sache que « West Point est une bonne communauté, une communauté qui ne propage pas l'Ebola » (Gupta, 2015).

Suite au « succès » de cette approche à West Point, en janvier 2015, le gouvernement promouvait la même démarche dans le comté de Montserrado. Diviser la région en « équipes plus réduites et locales » (Cordier-Lassalle, 2015) était censé faciliter « des solutions souples et sur mesure », lesquelles gravitaient autour des « piliers » techniques centraux que l'on avait demandé aux résidents de West Point d'adopter, à savoir suivi des cas et des contacts, soutien aux personnes affectées et coopération avec la communauté (ibid.). Fallah organisa plusieurs réunions communautaires à Monrovia, en s'excusant de la démarche verticale adoptée, qui avait été « mauvaise » (Mukpo, 2015b). West Point « a été félicité pour s'être organisé et avoir mis sur pied des mesures de contrôle de l'infection qui chassèrent le virus de la communauté presque cinq mois avant la fin de l'épidémie dans le pays » (MacDougall, 2015). Tout au long de 2015, les dirigeants communautaires de West Point seront déployés pour aider d'autres quartiers qui continuaient d'apparaître comme points chauds (Mogelson, 2015). La présidente Ellen Johnson Sirleaf reconnut en mars 2015 que la quarantaine à West Point « avait échoué... elle avait créé plus de tension dans la société », tout en félicitant tout de même les forces de sécurité pour le rôle clé qu'elles avaient joué dans la construction des UTE et durant l'intervention contre la MVE (MacDougall, 2015).

Le 12 mai 2015, des membres des forces armées libériennes qui avaient auparavant imposé la quarantaine à West Point firent équipe avec des résidents dans un match de football dont le but était de « combler la brèche entre les forces de sécurité et les résidents de West Point » (MacDougall, 2015). Ces efforts ont été encouragés par un ancien ministre libérien des Travaux publics, également avocat des droits de l'homme, et deux collègues de l'armée des États-Unis. Lors d'une cérémonie pour les soldats en février 2015, l'ancien ministre appela les soldats à « retourner à West Point, cette fois armés de pelles, d'excavatrices, de stylos et de papier » et d'y collaborer avec les communautés pour « restaurer la relation brisée » (MacDougall, 2015).

Au même moment, un projet vit également le jour pour rénover l'école qui avait été transformée en unité d'isolement, puis utilisée comme centre de transfert pour les personnes testées et orientées vers des traitements. La réhabilitation de l'établissement scolaire « aida les résidents locaux des quartiers de West Point à surmonter leur peur et leur méfiance, qui s'étaient manifestées à cause de la conversion de la vieille école en centre d'isolement et de l'attitude négative du gouvernement qui suivit » (Guhathakurta et Darglish, 2015). L'école rouvrit le 8 mai 2015. Toutefois, jusqu'à l'été 2016, certains ont signalé que les élèves hésitaient encore à y aller (Parshley, 2016).

Si l'école, le match de football et la présence de soldats et de résidents travaillant côte à côte dans West Point ont arrangé quelque peu la situation, « celui qui a tiré sur Shakie n'a pas été identifié, et le processus de décision derrière la quarantaine ainsi que le comportement de l'armée à West Point n'ont pas été entièrement expliqués, malgré les enquêtes (MacDougall, 2015).

4.5. West Point aujourd'hui

À la suite de l'épidémie de MVE à West Point, le quartier a connu quelques petites améliorations au niveau de ses infrastructures. En plus de l'école réhabilitée et de l'ambulance, les organisations non gouvernementales ont installé une poignée de toilettes publiques et de robinets qui fournissent de l'eau traitée à bas coût, bien que ces installations dépendent du réservoir principal, qui est susceptible de s'assécher (MacDougall, 2016). Les groupes bénévoles mobilisés lors de l'intervention sont toujours techniquement actifs, même si leurs membres perdent leur motivation et signalent que leurs honoraires n'ont pas été payés depuis plusieurs mois (Parshley, 2016).

Depuis la fin de la flambée de MVE, les habitants poursuivent les négociations avec les pouvoirs publics au sujet d'une éventuelle relocalisation. Jusqu'ici, ils ont argumenté avec succès contre la démolition de certaines parties de West Point, parce qu'une telle mesure priverait la zone de toilettes publiques (déjà très peu nombreuses), ce qui poserait un risque sanitaire (Bosworth, 2016). Pour autant, le gouvernement semble déterminé, faisant valoir que le changement climatique ne fera qu'accentuer les vulnérabilités présentes et que, compte tenu de la taille importante de la population actuelle de West Point, des améliorations sur place ne sont pas possibles et des systèmes de digues visant à protéger les habitants seraient inefficaces — et qu'ainsi un transfert de population est la seule option (Baskin, 2017).

Les résidents quant à eux affirment que les pouvoirs publics sont trop axés sur la relocalisation et qu'ils ont besoin d'autres infrastructures — un hôpital, un meilleur accès à l'eau, de l'espace pour construire plus de toilettes (MacDougall, 2016). Clara Doe Mvogo, la maire de Monrovia indique que les résidents comprennent que, à la longue, l'érosion continuera et que « l'océan va nettoyer cette terre » (MacDougall, 2016). De fait, une pétition en faveur d'un transfert de la population dirigée par le gouvernement a révélé que 1 779 familles de West Point étaient disposées à être relocalisées (Baskin, 2017). Bien que les habitants ne décident pas de « se réveiller un beau jour et de déménager », le transfert des populations semble inévitable (MacDougall, 2016). Toutefois, le quartier étant l'une des circonscriptions électorales les plus importantes de la ville, il est peu vraisemblable qu'il se passe quoi que ce soit avant les élections prévues en 2017 (ibid.).

Dans l'ensemble, tout le pays demeure aujourd'hui dans une situation dramatique. Selon les estimations prudentes de la FAO, 630 000 Libériens ne mangent pas à leur faim, et « entre 30 et 40 % d'entre eux n'ont pas accès aux soins de santé... exactement la même situation qu'avant l'épidémie » (Parshley, 2016). Les infrastructures défaillantes de WASH et de soins de santé à West Point ne se sont pas améliorées et, tout comme avant la flambée de MVE, les pouvoirs publics et les résidents continuent de s'opposer au sujet d'une relocalisation potentielle. Remontant jusqu'aux origines du bidonville, les vulnérabilités liées aux infrastructures et au climat persistent.

5. Enseignements tirés de l'action contre l'Ebola à West Point

Les milieux urbains ont une densité élevée et une grande diversité. Ils renferment une multitude d'interdépendances et de dynamiques sociales qui sont fluides et constamment en mutation dans le temps, parfois d'un jour à l'autre. Ces schémas rendent les milieux urbains et leur population imprévisibles, difficiles à comprendre et à sensibiliser, ce qui pose un défi pour la conception et l'élaboration de stratégies d'intervention. Ces dynamiques ont tout particulièrement mis à mal la riposte contre la MVE en Afrique de l'Ouest, comme l'illustre West Point. Le cas de West Point met notamment en relief de nombreux points clés dégagés dans les autres rapports de cette série que nous examinons dans cette section.

5.1. La quarantaine dans les zones urbaines

Le cas de West Point illustre certaines des difficultés liées à la quarantaine en milieu urbain. Pour tenter de freiner la rapide propagation de la MVE, les gouvernements de Guinée, du Liberia et de la Sierra Leone ont placé en quarantaine à la fois des zones entières (comme à West Point) et des ménages individuels (comme à Conakry, en Guinée).

Appliquée efficacement et comme moyen de dernier recours, la séparation physique obligatoire des personnes qui ont été ou sont soupçonnées d'avoir été exposées à une maladie contagieuse, mais n'en présentent pas les symptômes peut s'avérer utile pour réduire la propagation des maladies infectieuses. Cependant, cette stratégie entraîne des risques graves pour les droits de l'homme et l'ordre social en suscitant la peur et la confusion et en limitant les libertés individuelles. C'est pourquoi le droit humanitaire international exige que toute quarantaine respecte les Principes de Syracuse si elle limite les droits de l'homme pour des raisons sanitaires ou d'urgence publique.

Il incombe au gouvernement de décider quand une quarantaine est nécessaire et de l'imposer conformément aux Principes de Syracuse. Les organisations humanitaires peuvent être obligées de répondre aux besoins élémentaires de la population placée en quarantaine en lui fournissant de la nourriture, de l'eau, des installations d'hygiène, des informations et des soins de santé de base. Elles peuvent également suivre une situation de quarantaine et identifier d'éventuelles atteintes aux Principes de Syracuse, pour protéger les droits de l'homme et la dignité des personnes placées en quarantaine.



Photo: Anthrologica (2015)

Contrairement aux expériences précédentes de quarantaine, en grande partie en zones rurales, le contexte urbain de la flambée de MVE de 2014-2015 en Afrique de l'Ouest posait de nouveaux défis aux pouvoirs publics et aux intervenants humanitaires, tout particulièrement sur fond de quarantaine. Dans le cas de West Point, tous ces défis furent présents.

Les principaux enjeux étaient les suivants :

- En raison de la taille et de l'échelle des zones urbaines, il était extrêmement difficile de contenir la propagation de la MVE. Le nombre important de personnes placées en quarantaine, toutes nécessitant de l'aide pour satisfaire leurs besoins de base, a mis en avant l'importance d'une bonne coordination entre les agences intervenantes.
- La densité des habitations en zone urbaine et la difficulté d'y faire circuler de gros véhicules d'approvisionnement ont compliqué la quarantaine sur le plan logistique, surtout lorsque d'importantes quantités d'aliments et d'eau devaient être acheminées à travers la ville.
- La quarantaine a limité la mobilité de la population urbaine, ce qui s'est soldé par une certaine réticence et du non-respect de la part des personnes qui craignaient de perdre leur emploi et leur revenu, comme on l'a observé à West Point.
- L'ampleur de la flambée a entraîné une énorme quantité de déchets. La nature de la MVE a exacerbé ce problème : les vêtements, la literie et autres matériaux qui entraient en contact avec des personnes infectées devaient être détruits.
- Les inégalités qui existaient déjà dans les villes (accès aux équipements WASH, etc.) se sont accentuées lors de la crise sanitaire. Dans certains cas, les ménages ont perdu tout accès à des sources d'eau et dépendaient entièrement de l'eau qui leur était apportée, ce qui était particulièrement éprouvant dans des endroits difficiles d'accès comme West Point.
- Une mauvaise gestion de la communication sur la quarantaine et son imposition du sommet vers le bas provoquèrent une réaction négative du public, du non-respect et parfois de la violence, comme à West Point.

Encadré 5. Les Principes de Syracuse

Les Principes de Syracuse concernant les dispositions du Pacte international relatif aux droits civils et politiques qui autorisent des restrictions ou des dérogations (AAICJ, 1985 ; voir aussi OMS, 2005 ; CDC, 2015) décrivent les circonstances dans lesquelles certains droits peuvent être limités lors de situations d'urgence. Lorsque le gouvernement d'un État choisit d'imposer une quarantaine, il doit veiller à ce que certaines conditions minimum soient respectées pour se conformer au droit international. Selon les Principes de Syracuse :

1. La quarantaine doit être adoptée et soutenue conformément au droit.
2. La quarantaine doit être dans l'intérêt d'un objectif légitime.
3. La quarantaine doit être l'option la moins intrusive et la moins restrictive possible disponible pour atteindre cet objectif.
4. La quarantaine doit reposer sur des preuves scientifiques et être imposée de manière ni arbitraire ni discriminatoire..

5.2. Le rôle des mouvements de population

Lors de la flambée de MVE de 2014-2015 en Afrique de l'Ouest, la mobilité des populations au sein des zones urbaines et entre celles-ci et les zones rurales devint un enjeu majeur pour la réponse humanitaire, d'autant plus que le virus se transmet par contact d'humain à humain. Le schéma traditionnel de mouvements de population en Afrique de l'Ouest a façonné le contexte dans lequel la flambée de MVE est survenue ; la diversité de la population de West Point nous en fournit un exemple.



En général, les mouvements en Afrique de l'Ouest ont lieu à des échelles et pour des raisons différentes. Les mouvements dans la région vont des déplacements découlant de conflits et de catastrophes aux mouvements saisonniers dictés par les schémas agricoles, en passant par la circulation quotidienne pour des raisons commerciales, familiales et culturelles. Lorsque l'épidémie de MVE s'est propagée dans la région en 2014-2015, de nouveaux mouvements résultant directement de l'épidémie ont été observés, les personnes affectées se déplaçant pour se faire soigner, assister à des inhumations et des cérémonies, rentrer chez elles pour consoler leurs proches et fuir le stigmatisation, la quarantaine et les violations de leurs droits. Ces mouvements ont eu lieu en grande partie à l'intérieur des centres urbains, mais aussi entre eux.

Bien que l'on ait reconnu les mouvements de population comme étant un enjeu essentiel, les moteurs qui les expliquent n'ont pas suffisamment été soulignés. Au lieu de cela, l'incompréhension a abouti à la (fausse) supposition que des restrictions telles que les couvre-feux, les contrôles aux frontières ou la quarantaine mettraient un terme aux mouvements. La quarantaine à West Point a illustré une tendance plus générale au sein des gouvernements à essayer de limiter les mouvements pour contenir la maladie. Or, dans les villes d'Afrique de l'Ouest touchées par la MVE, les mouvements augmentèrent au lieu de diminuer pendant l'épidémie, et ce malgré les restrictions. Les personnes se rendaient dans les centres urbains pour obtenir des traitements, ou les quittaient pour les communautés rurales pour mourir parmi les leurs ou ramener leurs proches décédés chez elles.

À West Point ou ailleurs, outre le fait qu'elles n'ont pas arrêté les mouvements, les restrictions ont provoqué des confrontations, du ressentiment et de la frustration, particulièrement compte tenu des retombées socio-économiques. Pas même la fermeture des frontières internationales dans les trois pays les plus touchés — Guinée, Liberia et Sierra Leone — n'eut les effets espérés. En Afrique de l'Ouest, les frontières nationales sont hautement poreuses et représentent pour la plupart des divisions administratives relativement récentes qui ne correspondent ni aux liens économiques et sociaux établis de longue date entre les différents groupes démographiques, ni aux besoins d'accès aux soins de santé et à d'autres services des populations, ni aux schémas migratoires de la main-d'œuvre saisonnière. Cette

situation a compliqué l'intervention : la maladie se déplaçait avec les populations, mais la réponse était moins mobile et les efforts de surveillance ou de suivi étaient quasiment impossibles.

Ce constant mouvement de population au sein des villes a eu plusieurs incidences sur la propagation de la MVE et sur la lutte contre Ebola. Les populations urbaines se caractérisent par un taux élevé d'interactions anonymes. Or, l'Ebola étant fondamentalement une maladie d'interaction entre individus, sa propagation fut difficile à arrêter. Par exemple, les taxis au Liberia transportent normalement sept à huit passagers à la fois (Machalaba et Porter, 2015). Les milieux urbains denses peuvent se muer en incubateurs de maladies et posent un risque pour les voyageurs locaux et internationaux. La densité de West Point, par exemple, a rendu difficile de retracer les contacts, tout comme les habitudes de ses résidents, dont beaucoup entraient et sortaient régulièrement du quartier pour des raisons professionnelles et sociales.

Certes, une certaine coordination entre les pays fut assurée, mais la stratégie d'intervention dans chacun a été différente. Compte tenu de la fluidité et du caractère inévitable des mouvements entre la Guinée, le Liberia et la Sierra Leone, davantage d'efforts auraient pu être consentis pour harmoniser les stratégies et faire en sorte que les mesures nationales soient complémentaires et efficaces.

Lors de la flambée de MVE en Afrique de l'Ouest, les efforts pour comprendre les mouvements de population ont été limités, et les mesures ont échoué parce qu'elles n'avaient pas tenu compte du pourquoi et du comment. Loin d'assumer la réalité des citoyens qui tombaient malades et nécessitaient un traitement, les stratégies verticales visant à empêcher les mouvements (la quarantaine à West Point par exemple) ont entraîné une circulation clandestine, une crainte et une confusion exacerbées. Parmi les approches qui auraient été plus porteuses, nous citerons la coordination interinstitutions et intergouvernementale, le partage de l'information, une meilleure compréhension des causes sous-jacentes des flux migratoires et les solutions citoyennes.

Encadré 6 : Mouvements de population en Afrique de l'Ouest : quels sont les moteurs ?

Travail/moyens de subsistance

Les gens traversent régulièrement les frontières pour des raisons économiques, notamment pour fournir de la main-d'œuvre rémunérée saisonnière, laquelle évolue en fonction des conditions climatiques et marchandes, pour faire des achats et des échanges commerciaux. Le paysage juridique est souvent plus favorable dans un endroit que dans un autre.

Raisons sociales/culturelles

Dans la région, les familles s'étendent souvent au-delà des frontières et se déplacent régulièrement pour rendre visite à leurs proches et participer à des fêtes culturelles et des cérémonies familiales comme les mariages et les funérailles.

Crises

L'Afrique de l'Ouest a connu maintes crises, y compris des guerres civiles, des inondations et des sécheresses, qui ont toutes entraîné non seulement des déplacements, mais aussi des mouvements dus aux retours et aux visites des personnes ayant déménagé.

5.3. Communication et coopération

Au cours de l'épidémie ouest-africaine de MVE de 2014-2015, la communication et la coopération avec les parties prenantes des zones urbaines se sont avérées des éléments essentiels de la riposte. La communication et la coopération « devraient être le volant et non la roue de secours » d'une intervention efficace, explique Serlemitsos (2016). Et d'ajouter : « faute de stratégie de communication efficace, peu importe combien d'UTE vous construisez, combien d'ambulances vous déployez — les gens ne s'en serviront pas s'ils ne savent pas

qu'elles existent et n'en voient pas les avantages (qui l'emportent sur les obstacles) ». Néanmoins, les milieux urbains d'Afrique de l'Ouest, avec leurs fortes densité, diversité, connectivité et fluctuations, ont créé des dynamiques complexes et posé plusieurs défis aux intervenants.

Dans ces milieux où abondent les liens sociaux, économiques et spatiaux, le concept de quartier géographiquement délimité comme « communauté » par défaut ne reflète pas toute la réalité. Les humanitaires doivent collaborer avec divers acteurs, notamment religieux, traditionnels, culturels et gouvernementaux. Sur le plan de la prise de décision, cette gestion de la diversité représente certes un défi, mais aussi une opportunité, car elle suppose l'accès aux savoirs locaux et le développement de l'appropriation et de l'acceptation locales. Ce faisant, les humanitaires doivent comprendre la relation entre les parties intéressées et prendre en compte les dynamiques culturelles locales. L'action contre la MVE a souligné ces deux aspects : la communication entre les différents échelons d'autorité manquait souvent de clarté et était limitée dans ses effets, et l'importance de la culture fut négligée, avec des résultats dévastateurs. Par exemple, on a sous-estimé l'importance de la culture et des inhumations au début de l'intervention, ce qui a contribué à la hausse du nombre de transmissions, les populations enterrant leurs morts en secret. Lors de l'action menée, tout particulièrement à West Point, les intervenants ont dû faire face à un contexte de cohésion limitée, tant au sein des communautés qu'entre la population et les autorités.

L'intervention a fait appel à diverses méthodes pour communiquer et engager le dialogue avec les populations urbaines : forums de discussion sur les réseaux sociaux, radio communautaire et démarchage au porte-à-porte. Tout au long de l'intervention, il importait que les messages soient pratiques et pertinents afin d'éviter toute panique et la propagation de fausses informations. Malheureusement, dans les premiers stades de l'intervention, ceux qui transmettaient les messages n'ont pas compris que, si les communications ne prenaient pas en compte les préoccupations des populations de manière appropriée, les rumeurs et les informations erronées risquaient de remplir le vide. Les premiers messages au Liberia, par exemple, « ont mis trop l'accent sur la peur. Cela a fourni aux individus qui étaient déjà malades une raison de se cacher afin d'éviter d'être stigmatisés, et le sentiment qu'aucun traitement n'augmenterait leurs chances de survie les a dissuadés de se faire admettre dans des UTE » (Mukpo, 2015a : 25).



La communication était particulièrement difficile en raison des restrictions sur les mouvements, problème aggravé par la méfiance entre les populations urbaines et les autorités, ce qui a limité l'efficacité des approches participatives. La priorité insuffisante accordée au dialogue et la stratégie d'intervention verticale, poussée par la panique, ont privé les intervenants d'une occasion de collaborer avec les individus et les collectivités locales touchés. Au lieu d'engager le dialogue, les humanitaires durent résoudre des problématiques qui existaient déjà là où il y avait eu des lacunes au niveau de la consultation et de la prise de décision participative. Le cas de West Point illustre bien ce dernier point : les occasions d'engager le dialogue dès le début furent ignorées en faveur de décisions du sommet vers la base concernant l'ouverture d'une unité de traitement, la mise en quarantaine du quartier entier, etc.

Featherstone (2015) donne l'explication suivante : « Une fois que l'Ebola a commencé à toucher d'importantes zones urbaines comme Freetown et Monrovia, les limites des méthodes traditionnelles de mobilisation de la communauté sont devenues plus apparentes. » On a reproché à l'intervention de traiter la mobilisation sociale comme une « idée après-coup » (Owen, 2016). Ce n'est que lorsque l'intervention s'est intéressée davantage aux préoccupations légitimes des populations et qu'elle les a impliquées dans la planification que les humanitaires sont parvenus à faire mieux accepter les UTE et les pratiques d'inhumation sans risque. Là encore, à West Point, c'est ce qui a fait la différence. À partir du moment où les bénévoles communautaires furent mobilisés, le nombre de cas diminua dans le quartier, à tel point que l'on demanda à ses chefs de file de partager leurs connaissances avec d'autres régions du pays.

L'énergie déployée dans les efforts de mobilisation sociale a eu des effets manifestes : au début de l'intervention (août 2014), au moins 28 % des transmissions d'Ebola se faisaient par le biais des pratiques dangereuses et secrètes d'inhumation ; plus tard, début 2015, 97 % des corps seront inhumés de manière sûre (Owen, 2016).

De plus, des occasions ont été manquées lorsque l'intervention n'a pas soutenu les efforts d'automobilisation, bien que ce type d'auto-prise en charge par la communauté ait porté ses fruits.

Un bilan de la flambée de MVE de 2014-2015 en Afrique de l'Ouest souligne que l'implication de la communauté doit constituer un pilier essentiel des interventions futures. Afin de riposter efficacement, les humanitaires doivent comprendre les structures et les complexités des communautés urbaines et la façon dont elles sont dirigées, et être conscients du rôle que joue la méfiance dans la prolongation d'une épidémie.

Encadré 7 : En quoi le contexte urbain représente-t-il un défi à la communication et à la coopération ?

Échelle : Les milieux urbains sont plus peuplés et ont plus de perspectives.

- La communication doit atteindre un grand nombre d'habitants.
- Les démarches de coopération de type comité ne conviennent pas.

Densité : Les populations urbaines vivent et communiquent en contact étroit.

- Il est plus difficile de cibler la communication, mais les voies de communication sont potentiellement plus nombreuses.
- Les personnes vulnérables peuvent être invisibles dans la densité et les stratégies de coopération peuvent les « oublier ».

Diversité : Il existe un large éventail de motivations, capacités, vulnérabilités et structures de pouvoir.

- La communication peut être mal comprise, et tout le monde n'a pas accès aux mêmes sources.
- Les voisins et les dirigeants ne sont pas forcément représentatifs, et leurs intérêts et besoins sont susceptibles de diverger, ce qui rend la coopération dans la communauté difficile.

Mobilité : Les personnes et l'information circulent, en constant flux.

- La communication doit être continue, les messages répétés.
- La coopération doit tenir compte de la « communauté » non géographique et de la mobilité des « individus ».

6. Conclusion

La flambée de MVE en Afrique de l'Ouest, et l'expérience particulière de West Point (Liberia) met en lumière plusieurs points fondamentaux susceptibles de servir de référence au cours des futures crises urbaines, d'ordre sanitaire ou autre.

Les zones urbaines abritent des vulnérabilités préexistantes

Le premier enseignement est relatif aux incidences des vulnérabilités présentes en milieu urbain, en dehors de toute crise spécifique. À titre d'exemple, dans les trois pays touchés, l'état de l'infrastructure, du personnel et du système de santé a eu d'importantes répercussions sur la flambée et l'intervention. La concentration des installations dans les centres urbains a accru les déplacements des personnes infectées, lesquelles devaient se déplacer pour se faire soigner, et a représenté un obstacle pour les nombreux citoyens qui recevaient des soins avant, pendant et après l'action de lutte. Le faible niveau de capacité des soins de santé a limité toute possibilité de les intensifier pour faire face à la MVE. Des patients venus de l'extérieur ont dû être transportés à West Point une fois que le centre de rétention a été ouvert, et Shakie Kamara, le jeune homme blessé par des soldats lors des manifestations qui ont suivi l'imposition de la quarantaine à West Point, est mort dans un hôpital qui n'était pas équipé pour soigner ses blessures par balles. Ces exemples illustrent les carences de l'infrastructure des soins de santé dans ce contexte.

Une réponse efficace en milieu urbain doit prendre en compte diverses questions liées entre elles.

La flambée de MVE en Afrique de l'Ouest est survenue en grande partie dans des villes, où tout est interdépendant (voir Campbell, 2016). Dès lors, l'épidémie n'était plus seulement une crise sanitaire, mais concernait aussi les équipements WASH, les moyens d'existence, la protection et l'éducation, entre autres. Ces problématiques étaient fortement liées entre elles, et pour être efficace l'intervention devait prendre en compte non seulement les aspects sanitaires, mais aussi les incidences sur les autres secteurs et services. West Point, par exemple, a de graves problèmes de WASH, d'accès, de régime foncier, d'érosion et de protection qui persistent depuis des décennies et qui ont tous joué un rôle lorsque la MVE est arrivée dans le bidonville. Placés en quarantaine, de nombreux résidents de West Point n'eurent plus accès à l'eau ou à leurs moyens de subsistance. Une dynamique environnementale et politique tendue a informé la communication entre les pouvoirs publics et les communautés. Causant des perturbations sur un ensemble de secteurs, cette épidémie a provoqué bien plus qu'une crise sanitaire. La négligence de chacun de ces aspects rend les populations vulnérables. Cet échec peut — et c'est ce qui s'est produit — encourager l'apparition de comportements qui aggravent l'épidémie, par exemple lorsque des personnes ont acheté leur sortie de la zone de quarantaine pour aller travailler.

Dès le début, la méfiance et le déni se sont nourris du manque de communication

Conditionnés par leur méfiance historique envers le gouvernement, les résidents de West Point ont tout d'abord nié la réalité de la MVE. Ils ont caché les membres de leur famille qui étaient malades et même jeté les corps dans la mer au lieu de les remettre aux autorités. Sachant que la MVE avait atteint le bidonville, les pouvoirs publics ont ouvert un centre de rétention, mais ils n'ont pas communiqué avec les habitants et ont brouillé le message en utilisant le centre pour les non-résidents.

Sans explication sur ce qui se passait réellement, la méfiance et le déni ont viré à la colère, les habitants redoutant que les pouvoirs publics introduisent en fait le virus Ebola dans leur communauté. Témoin des émeutes, le gouvernement a accusé la communauté de West Point d'être incapable de gérer la situation et a adopté la quarantaine comme mesure de contrôle. À tous les stades, les occasions de communiquer ont été manquées. Aussi extrêmes fussent-elles, les incidences sur West Point illustrent un schéma plus global de malentendus et de faiblesse des messages tout au long de l'intervention.

Dans les villes, les interventions humanitaires peuvent être plus visibles, et donc plus politiques

En fin de compte, c'est l'action de plaidoyer des médias qui contribua à inverser la tendance à West Point, les images bouleversantes et les reportages détaillés dans la presse internationale faisant pression sur les pouvoirs publics pour qu'ils résolvent la situation. Ces documents nous ont en outre permis de prendre le cas de West Point comme exemple dans la présente série. S'il s'agit là de deux effets positifs, il y a lieu de rappeler aux intervenants que les événements qui se produisent dans les villes sont souvent plus visibles de la presse, et revêtent donc plus d'importance politique que ceux qui surviennent dans des zones rurales isolées. Ils ont par conséquent plus de chances de susciter des interventions politiquement motivées.

Il est impossible d'arrêter les mouvements de population ; il faut donc en tenir compte

Avec sa diversité démographique issue de décennies de mouvements induits par des déplacements liés à des conflits ou motivés par des besoins économiques, West Point illustre les incidences sur les bidonvilles de la croissance historique des mouvements de population. Arrivés à West Point sur plusieurs décennies, les résidents gardent des liens avec le reste du pays et de la région, et donc des raisons économiques et sociales de se déplacer. Leurs mouvements quotidiens attestent de l'impact de cette circulation régulière au sein des zones urbaines et entre elles. L'exemple des habitants achetant leur sortie de la zone de quarantaine pour aller travailler ou voir leur famille montre parfaitement qu'il est impossible d'arrêter les mouvements, même lorsque des mesures extrêmes comme la quarantaine sont prises.

Il y a lieu de réfléchir sérieusement à la quarantaine, qui a des implications à la fois éthiques et logistiques et peut s'avérer peu réaliste dans les villes

Du point de vue des Principes de Syracuse, on peut se poser des questions légitimes sur la légalité et le caractère éthique de la quarantaine à West Point. Du fait de la dynamique logistique des bidonvilles, avec leur forte densité et manque d'accès dégagé — West Point a des abris construits sur des conduites d'égouts et des maisons bâties jusqu'au bord de l'eau — toute forme de quarantaine est tout à fait irréaliste dans ce type d'environnement. West Point illustre également les incidences graves que la quarantaine peut avoir, qu'il s'agisse par exemple de retombées économiques, de stigmatisation ou d'effets psychologiques.

En milieu urbain, le risque de rumeurs et de désordre public est potentiellement plus élevé

Alimentées en grande partie par une mauvaise communication, les rumeurs se répandent vite en zone urbaine, et des groupes d'individus partageant les mêmes idées peuvent se former rapidement. Si les milieux urbains ne sont pas forcément plus enclins aux conflits, la vie y a un rythme effréné et les états d'esprit peuvent changer rapidement. L'émeute qui a éclaté devant l'école transformée en centre de rétention à West Point nous fournit un bel exemple de ce point. Survenant dans un bidonville densément peuplé, la situation se détériora rapidement tandis que la foule, incitée par les rumeurs⁴, la peur et la spéculation, se rassembla autour du centre de rétention, ce qui marquera le début de deux semaines de conflit à West Point. Tout ceci montre que le potentiel de désordre public est plus élevé dans un environnement urbain dense.

La mobilisation des réseaux communautaires existants ne devrait pas être une idée après-coup

La mobilisation des communautés s'est révélée d'une importance fondamentale dans l'intervention, même si les conceptions de la communauté ne sont pas forcément les mêmes en zones urbaines qu'en zones rurales. En fin de compte, c'est un élan citoyen qui a inversé la tendance à West Point. Dès que ses résidents se sont eux-mêmes impliqués dans l'action contre la MVE, le message est passé, tant et si bien que l'on a par la suite exporté ce modèle de mobilisation citoyenne dans d'autres parties de la ville. Par ailleurs, des leçons similaires ont été tirées en Guinée et en Sierra Leone. Certains comptes-rendus issus de l'action contre la MVE mentionnent que la mobilisation sociale aurait été évoquée après-coup. Cela est regrettable dans la mesure où West Point avait des associations locales actives avant l'arrivée de la MVE ; or, celles-ci n'ont été exploitées qu'après que des alternatives assez radicales furent tentées.

Une méconnaissance du contexte et de la culture a compliqué l'intervention

Dans l'ensemble, il aura manqué à l'intervention une véritable connaissance du contexte, et en particulier de la culture (Moon et coll., 2015). Comme le font remarquer Stocking et coll. (2015), on aurait pu prévoir le besoin d'un dialogue et d'une mobilisation efficaces « si une analyse sociale et politique avait été menée en complément de l'évaluation épidémiologique » (20). Cette lacune découle en partie du fait que cette crise a été présentée exclusivement comme une question de santé publique ; le tableau ainsi brossé ne tenait pas compte des diverses questions plus générales liées à la flambée qui devaient faire partie de la riposte.

Le contexte urbain est complexe et, comme le reconnaît l'OMS (2015d), cette crise qui s'est étendue sur trois pays et une multitude de milieux et de quartiers urbains « n'a pas été une épidémie avec trois schémas nationaux différents, mais plutôt des centaines de schémas distincts, avec leurs propres dynamiques de transmission, qui se sont manifestés au sein de districts et de sous-districts individuels ». Il manquait à l'intervention une véritable connaissance de ces dynamiques, et cela a eu des incidences dans beaucoup des domaines que nous avons examinés ici, notamment les relations entre les autorités et les habitants, la compréhension des facteurs qui expliquent les mouvements, et la capacité à transmettre efficacement des messages clairs et pertinents pour avoir un impact sur la propagation de la MVE.

Reconnaître la nature des crises urbaines et agir en conséquence

Dixième et dernière question : si beaucoup ont reconnu le caractère inédit de la survenue de cette flambée dans des zones urbaines, l'application d'une riposte adaptée au milieu urbain a pris beaucoup de temps. Ce retard a eu des implications sur les divers points mentionnés ci-dessus. Des efforts insuffisants ont été consacrés à la compréhension du contexte, point essentiel dans une intervention urbaine (Campbell, 2016). L'action a en outre « manqué de souplesse pour s'adapter aux circonstances qui évoluaient rapidement sur le terrain » (Moon et coll., 2015 : 2210) ; en milieu urbain, les problématiques sont liées entre elles de manières complexes et mystérieuses ; elles changent rapidement, nécessitant une stratégie souple et adaptative.

Pour l'essentiel, les défis auxquels West Point a été confronté au cours de la dernière décennie persistent aujourd'hui, et il en va de même pour une grande partie de l'Afrique de l'Ouest urbaine. La région continue de refléter ses propres dynamiques en matière de culture et de mobilité. Les vulnérabilités de longue date en matière de WASH, de santé et d'autres services de base, les questions de régime foncier et la méfiance entre les pouvoirs publics et les communautés persistent. À Conakry (Guinée), une nouvelle épidémie de rougeole s'est déclarée en février 2017, et en avril de la même année une campagne de vaccination de masse a été lancée (MSF, 2017). En Sierra Leone, les tensions politiques et économiques continuent, la présidente ayant pris des mesures d'austérité en novembre 2016, invoquant les retombées économiques de la MVE. Quant à West Point, la possibilité de relocalisation des habitants loin des côtes, où avance l'érosion et où il y a peu d'espoir que les conditions de vie s'améliorent, demeure une incertitude.

La flambée ouest-africaine de MVE aura certes été la première épidémie de masse d'Ebola dans un milieu urbain, mais ce n'était pas la première crise sanitaire dans une ville. La flambée de MVE précédente de 2000 à Gulu (Ouganda) avait été contenue avant de prendre une ampleur comparable à cette flambée, mais elle présentait des traits similaires : présence de bidonvilles, un passif de problèmes d'infrastructures et une cohésion sociale mise à mal par les conflits, l'ignorance et les rumeurs. Examinant les enseignements tirés de la flambée de Gulu, un rapport juge essentielle la mobilisation communautaire. Il estime également important d'impliquer les guérisseurs traditionnels et d'adopter une stratégie décentralisée et localisée (Okware et coll., 2015). Par ailleurs, en 2008, l'OMS a organisé un symposium sur les villes et les crises sanitaires. Le rapport qui en découla recense bon nombre des leçons qui étaient utiles dans l'action contre la MVE en Afrique de l'Ouest : le caractère peu réaliste d'une quarantaine dans une grande ville ; les implications sociales et économiques d'une distanciation sociale ; la probabilité de mouvements de population accrus durant une telle crise ; enfin, l'importance de la confiance, d'une communication claire et de la coopération avec la communauté et les parties prenantes (OMS, 2009).

Il ne fait aucun doute que l'ampleur et les répercussions de cette flambée de MVE ont fait de celle-ci une situation sans précédent. Aussi était-il difficile de savoir quelles mesures seraient efficaces et en conséquence, beaucoup d'enseignements tirés de cette intervention ne sont apparus qu'après maints tâtonnements. La flambée de MVE de 2014-2015 en Afrique de l'Ouest fut une « première » à bien des égards, mais ce n'était pas la première crise urbaine à grande échelle — ni même la première grande crise sanitaire urbaine. Il nous appartient, en tant qu'humanitaires, gouvernements et communautés, de mettre à profit les enseignements tirés des expériences passées — celles de Port-au-Prince, Tacloban et Amman, et désormais de Conakry, Freetown et Monrovia —, et, même si nous ne savons pas exactement ce qui s'avérera efficace dans une crise urbaine, nous pouvons dès le départ mettre en œuvre une réponse adaptée au milieu urbain. Certes, nous devons continuer à apprendre au fil de nos expériences, d'autant plus que chaque contexte est différent. Toutefois, nous ne pouvons pas feindre d'ignorer que les milieux urbains sont complexes et changeants, que des dynamiques difficiles existent entre les parties prenantes et que la mobilisation sociale et la connaissance du contexte ne sont pas essentielles.

Notes

1. Au 20 janvier 2016.
2. Selon les données recueillies par Slum Dwellers International (SDI) (2016), les populations se seraient installées plus tard, à partir de 1952.
3. Le nombre exact est inconnu (McCoy, 2014).
4. Au moment de la publication, CDAC devait publier un guide pour gérer les rumeurs dans les interventions humanitaires. Voir <http://www.cdacnetwork.org/i/20170126102435-rdj71/> après l'été 2017 pour en savoir plus.

Annexe A : Listes des personnes interrogées

Jono A.	Anzalone	American Red Cross
Claire	Bader	Save the Children
Juliet	Bedford	Anthrologica
Aliou	Boly	FIRC
Catherine	Brown	Mercy Corps
Tala	Budziszewski	Plan International
Filiep	Decorte	UN-Habitat
Mattia Koi	Dimoh	World Vision
Rania	El Essawi	UNICEF
Fernando	Fernandez	DG ECHO
Rosalia	Gitau	OCHA
Lizz	Harrison	YCI
Brian	Kanaahe Mwebaze	ASEOWA
Daniel	Kettor	Restless Development
Anika	Krstic	ACF
Antony	Lamba	UN-Habitat
Glenn	Laverack	indépendant
Prince Jacob	Macaulay	Adam Smith International
Erma	Manoncourt	indépendante
Erin	Polich	GOAL
Linda	Potat	MINUAUCE
Durga	Rai	Oxfam GB
Helen	Seeger	Plan International
Josep	Serra-Bob	WHH
Annie	Singkouson	PSI
Corrie	Sissons	Oxfam
Valerie	VanZutphen	WHH
Daniel	Youkee	King's College

Bibliographie

Les publications suivantes peuvent être consultées via le Portail sur les interventions urbaines : <http://www.urban-response.org/resources.aspx?tag=686>

AAICJ (American Association for the International Commission of Jurists) (1985) *Siracusa Principles: On the limitation and derogation provisions in the international covenant on civil and political rights*. New York: UN. <http://www.urban-response.org/resource/23796>

AAPPG (Africa All-Party Parliamentary Group) (2016) *Lessons from Ebola affected communities: Being prepared for future health crises*. London: AAPPG. <http://www.urban-response.org/resource/23846>

Abramowitz, S., McLean, K., McKune, S., Bardosh, K., Fallah, M., Monger, J., Tehoungue, K. and Omidian, P. (2014) Community-centered responses to Ebola in urban Liberia: The view from below. *Ebola Response Anthropology Platform*. <http://www.urban-response.org/resource/23846>

Abramowitz, S. and Omidian, P. (2014) Attitudes towards Ebola-related funerary practices and memorialization in urban Liberia. *Ebola Response Anthropology Platform*. <http://www.urban-response.org/resource/24567>

ACAPS (2015a) *WASH in Guinea, Liberia, and Sierra Leone: The impact of Ebola*. Geneva: ACAPS. <http://www.urban-response.org/resource/20612>

ACAPS (2015b) *Ebola outbreak in West Africa: Lessons learned from assessments in Sierra Leone and Liberia*. Geneva: ACAPS. <http://www.urban-response.org/resource/20616>

ACAPS (2015c) *Ebola in West Africa: Impact on health systems*. Briefing Paper. Geneva: ACAPS. <http://www.urban-response.org/resource/19632>

ACAPS (2015d) *Ebola outbreak, Sierra Leone: Communication: Challenges and good practices*. Geneva: ACAPS. <http://www.urban-response.org/resource/22983>

Age International (2015) *Evaluation of Disasters Emergency Committee and Age International funding: Responding to the Ebola outbreak in Sierra Leone through age-inclusive community-led action*. <http://www.urban-response.org/resource/21504>

Alexander, K.A., Sanderson, C.E., Marathe, M., Lewis, C.M., Shaman, J., Drake, J.M., Lofgren, E., Dato, V.M., Eisenberg, M.C. and Eubank, S. (2015) 'What factors might have led to the emergence of Ebola in West Africa?'. *PLOS: Neglected Tropical Diseases*, 9(6): 1–26. <http://www.urban-response.org/resource/23722>

Alfred, C. (2014) 'Shocking photos of a slum on lockdown amid Ebola fears'. *The World Post*, 21 August. <http://www.urban-response.org/resource/24568>

Ali, M. and Hutton, K. (2016) *Evaluation of the DFID Ebola Emergency Response Fund (DEERF) in Sierra Leone*. Sheffield: Aid Works. <http://www.urban-response.org/resource/24230>

- Baskin, A. (2017) 'Fearing the tide: The resettlement debate in West Point, Liberia'. **UrbanAfrica. Net**, 27 March. <http://www.urban-response.org/resource/24569>
- BBC (2016) 'Ebola: Mapping the outbreak'. *BBC*, 14 January. <http://www.urban-response.org/resource/24455>
- Besser, R. (2014) 'A look inside a slum cut off by the Ebola outbreak'. *ABC News*: 27 August. <http://www.urban-response.org/resource/24570>
- Boley, T. (2011a) *Rhetoric and reality on water*. Washington, DC: Pulitzer Center. <http://www.urban-response.org/resource/24571>
- Boley, T. (2011b) *Contaminated water taking lives in Liberia's slums*. Washington, DC: Pulitzer Center. <http://www.urban-response.org/resource/24572>
- Bosworth, B. (2016) *Community-generated data crucial for implementing New Urban Agenda*. CitiScope. <http://www.urban-response.org/resource/24573>
- Bray, I. (2014) *Door-to-door, volunteers in Liberia share information on Ebola prevention*. Washington, DC: Oxfam America. <http://www.urban-response.org/resource/24574>
- Briand, S. (2016) Comments at 'Ebola Lessons Learned: Conference on the Ebola Response in West Africa in 2014-2015'**. London, GOAL, 20-21 April 2016.
- Butty, J. (2014a) 'Liberia's West Point: Life after Ebola quarantine'. *VOA News*, 1 September. <http://www.urban-response.org/resource/24575>
- Butty, J. (2014b) 'Liberia punishes officer, 4 soldiers for deadly Ebola shooting'. *VOA News*, 11 November. <http://www.urban-response.org/resource/24576>
- Campbell, L. (2016) *Stepping back: Understanding cities and their systems*. London: ALNAP. <http://www.urban-response.org/resource/23595>
- CDC (Centers for Disease Control) (2015) *Legal authorities for isolation and quarantine*. Atlanta, GA: CDC. <http://www.urban-response.org/resource/23801>
- Cole, H. (2008) *Monrovia City Corporation's slum initiative: Preparation of Monrovia Slum Upgrading Initiative*. Washington, DC: Cities Alliance. <http://www.urban-response.org/resource/24577>
- Cordier Lassalle, T. (2015) *Summary of sector response model: A quality management system that led to Liberia's success in fighting Ebola*. Geneva: WHO. <http://www.urban-response.org/resource/24578>
- Drexler, M. (2015) 'The Ebola response: A special report'. *Magazine of the Harvard T.H. Chan School of Public Health*. <http://www.urban-response.org/resource/24579>
- Driscoll, K. (2016) 'After Ebola epidemic, impoverished slum struggles on'. *AOL News*, 11 February. <http://www.urban-response.org/resource/24580>

- Dubois, M. and Wake, C. (2015) *The Ebola response in West Africa: Exposing the politics and culture of international aid*. London: HPG/ODI. <http://www.urban-response.org/resource/21357>
- Ehrenberg, B. (2014) 'Ebola outbreak map: Why has the disease spread so fast in Liberia? And how many people have died in the country so far?' *CityAM*, 20 October. <http://www.urban-response.org/resource/24581>
- EWER Working Group (2012) *Security, environment and opportunities in West Point – a community-led urban early-warning and empowerment project*. <http://www.urban-response.org/resource/24582>
- Featherstone, A. (2015) *Keeping the faith: The role of faith leaders in the Ebola response*. London: Christian Aid. <http://www.urban-response.org/resource/23910>
- Fox News (2015) 'Guinea Ebola cases climb due to transmissions at funerals'. *Fox News*, 15 May. <http://www.urban-response.org/resource/24584>
- Frankel, T.C. (2014) 'It was already the worst Ebola outbreak in history. Now it's moving into Africa's cities'. *The Washington Post*, 30 August. <http://www.urban-response.org/resource/24585>
- Guhathakurta, E. and Daglish, P. (2015) 'Field mission to the UNMEER implemented project – Renovation of West Point School (Montserrado County)'. Monitoring Visit 27/5/2015.
- Gupta, G.R. (2015) 'Witnessing rays of hope in West Africa's Ebola fight'. UNICEF blog, 9 February. <http://www.urban-response.org/resource/24583>
- Hasian Jr, M.A. (2016) *Representing Ebola: Culture, law, and public discourse about the 2013–2015 West African Ebola outbreak*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield. Fairleigh Dickinson University Press <http://www.urban-response.org/resource/24586>
- Hille, P. (2014) 'Ebola virus a serious threat to urban areas'. *Deutsche Welle (DW)*, 1 August. <http://www.urban-response.org/resource/24587>
- IOM (International Organization for Migration) (2016) *Health, border and mobility management*. Geneva: IOM. <http://www.urban-response.org/resource/24460>
- Jefferys, A. (2009) 'Disease rife as more people squeeze into fewer toilets'. *IRIN News*, 19 November. <http://www.urban-response.org/resource/24588>
- Jefferys, A. (2014) 'Aid agencies adapt to Ebola challenge'. *IRIN News*, 4 November. <http://www.urban-response.org/resource/24589>
- Jones, S. (2015) 'Part one: The future of health security'. *The Diplomatic Courier*, 27 May. <http://www.urban-response.org/resource/24590>
- Kutalek, R. et al. (2015) 'Ebola interventions: Listen to communities'. *The Lancet*, 3(3):e131 <http://www.urban-response.org/resource/23856>

- Liljas, P. (2014) 'Liberia's West Point slum reels from the nightmare of Ebola'. *Time Magazine*, 21 August. <http://www.urban-response.org/resource/24591>
- MacDougall, C. (2014) 'Liberian government's blunders pile up in the grip of Ebola'. *Time Magazine*, 2 September. <http://www.urban-response.org/resource/24592>
- MacDougall, C. (2015) 'Liberia's military tries to remedy tension over Ebola quarantine'. *The New York Times*, 13 May. <http://www.urban-response.org/resource/24593>
- MacDougall, C. (2016) 'Fearing the tide in West Point, a slum already swamped with worry'. *New York Times*, 15 March. <http://www.urban-response.org/resource/24594>
- Machalaba, C. and Porter, V. (2015) 'Urbanization and infections: Hidden links to rural settings'. *Urbanization and Global Environmental Change Viewpoints*, 24 November. <http://www.urban-response.org/resource/23884>
- McCoy, T. (2014) 'Why the escape of numerous Ebola patients in Liberia's worst slum is so terrifying'. *The Washington Post*, 18 August. <http://www.urban-response.org/resource/24595>
- Misra, R. (2014) 'Does Ebola spread faster in cities?' *CityLab*, 3 October. <http://www.urban-response.org/resource/24596>
- Mogelson, L. (2015) 'When the fever breaks'. *The New Yorker*, 19 January. <http://www.urban-response.org/resource/24597>
- Moon, S. et al. (2015) 'Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola'. *The Lancet*, 386: 2204–21. <http://www.urban-response.org/resource/24539>
- MSF (Médecins Sans Frontières) (2017) 'Guinea: Battling a large-scale measles epidemic'. Press Release. <http://www.urban-response.org/resource/24598>
- Mukpo, A. (2015a) *Surviving Ebola: Public perceptions of governance and the outbreak response in Liberia*. London: International Alert. <http://www.urban-response.org/resource/24599>
- Mukpo, A. (2015b) 'Young people played a game-changing role in the battle against Ebola in Liberia'. *The Guardian*, 15 April. <http://www.urban-response.org/resource/23921>
- Murray, A., Majwa, P., Robertson, T. and Burnham, G. (2015) *Report of the real time evaluation of Ebola control programs in Guinea, Sierra Leone and Liberia*. Geneva: IFRC. <http://www.urban-response.org/resource/21462>
- Okware, S.I. et al. (2015) 'Managing Ebola from rural to urban slum settings: experiences from Uganda'. *African Health*, 15(1): 312–21. <http://www.urban-response.org/resource/24600>

- Onishi, N. (2014a) 'As Ebola grips Liberia's capital, a quarantine sows social chaos'. *The New York Times*, 29 August. https://www.nytimes.com/2014/08/29/world/africa/in-liberias-capital-an-ebola-outbreak-like-no-other.html?_r=0
- Onishi, N. (2014b) 'Inquiry faults Liberia force that fired on protesters'. *The New York Times*, 4 November. <http://www.urban-response.org/resource/24601>
- Oxfam (2015) *Improving international governance for global health emergencies: Lessons from the Ebola crisis*. Oxford: Oxfam. <http://www.urban-response.org/resource/24602>
- Owen, K. (2016) 'Community based interventions: Social mobilisation & community engagement to effect behaviour change'. Presentation, *Goal: Ebola Lessons Learned: Conference on the Ebola Response in West Africa in 2014-2015*. <http://www.urban-response.org/resource/23301>
- Parshley, L. (2016) 'After Ebola'. *The Atlantic*, July/August. <http://www.urban-response.org/resource/24603>
- Paye-Layleh, J. (2014) 'Liberians celebrate end of Ebola quarantine in West Point slum'. *CTV News*, 30 August. <http://www.urban-response.org/resource/24604>
- Paye-Layleh, J. and Larson, K. (2014) 'Liberia gives food in slum sealed to stop Ebola'. *AP News*, 21 August. <http://www.urban-response.org/resource/24605>
- Phillip, A. (2014) 'Ebola virus could infect 20,000 before outbreak is over, World Health Organization says'. *The Washington Post*, 28 August. <http://www.urban-response.org/resource/24606>
- Reuters (2014) 'Timeline: World's worst Ebola outbreak tests global response'. *Reuters*, 4 September. <http://www.urban-response.org/resource/24607>
- Roache, S., Gostin, L., Hougendobler, D. and Friedman, E. (2014) *Lessons from the West African Ebola epidemic: Towards a legacy of strong health systems*. Washington, DC: O'Neill Institute. <http://www.urban-response.org/resource/23858>
- Schofield, R. (2016) *External evaluation: DEC-funded Ebola Response programme in Sierra Leone*. Dublin: Concern Worldwide. <http://www.urban-response.org/resource/23387>
- SDI (Slum Dwellers International) (2016) 'Settlement: West Point'. Know Your City. <http://www.urban-response.org/resource/24608>
- Serlemitos, E. (2016) 'Untitled presentation'. *Goal, Ebola Lessons Learned: Conference on the Ebola Response in West Africa in 2014-2015*, April. <http://www.urban-response.org/resource/23301>
- Shah, S. (2016) 'How cities shape epidemics'. *The Atlantic*, 25 February. <http://www.urban-response.org/resource/24609>

- Snyder, R.E., Marlow, M.A. and Riley, L.W. (2014) 'Ebola in urban slums: The elephant in the room'. *Lancet Glob Health*, 2(12): e685. <http://www.urban-response.org/resource/20104>
- Stephens, C. (1991) 'Back to basics: A community-based environmental health project in West Point, Monrovia, Liberia'. *Environment and Urbanization*, 3(1): 140–46. <http://www.urban-response.org/resource/24610>
- Stocking, B. et al. (2015) *Report of the Ebola Interim Assessment Panel*. Geneva: WHO. <http://www.urban-response.org/resource/20513>
- Stockman, F. (2014) 'Ebola outbreak begs the question: Are cities hazardous to health?' *The Boston Globe*, 23 September. <http://www.urban-response.org/resource/24611>
- Thomas, K. (2014) 'A day in the life: Otis S. Bundor, contact tracer'. *Ebola Deeply*, 2 December. <http://www.urban-response.org/resource/24612>
- Thompson, D. (2014) 'As Ebola crisis spreads in West Africa, Liberia's deterioration stands out'. *National Geographic*, 14 August. <http://www.urban-response.org/resource/24613>
- Towaye, P. (2013) *Let's not forget the urban slum dwellers*. London: ActionAid International. <http://www.urban-response.org/resource/24614>
- UNDESA (UN Department for Economic and Social Affairs) (2014) 'Country profiles'. New York: UNDESA. <http://www.urban-response.org/resource/24615>
- UNDP (UN Development Programme) (2015a) *West African economies feeling ripple effects of Ebola, says UN*. New York: UNDP. <http://www.urban-response.org/resource/24616>
- UNDP (2015b) *Recovering from the Ebola crisis: A summary report*. New York: UNDP. <http://www.urban-response.org/resource/21320>
- USAID (US Agency for International Development) (2013) 'Sustainable service delivery in an increasingly urbanized world'. Policy. Washington, DC: USAID. <http://www.urban-response.org/resource/9286>
- Vogt, H. (2014) 'Liberian slum takes Ebola treatment into its own hands'. *Wall Street Journal*, 14 August. <http://www.urban-response.org/resource/24617>
- Waldman, L. (2015) *Urbanisation, the peri-urban growth and zoonotic disease*. Practice Paper. Brighton: IDS. <http://www.urban-response.org/resource/24619>
- WHO (World Health Organization) (2005) [2008 ed.] *International health regulations*. Geneva: WHO. <http://www.urban-response.org/resource/23797>
- WHO (2009) 'Cities and public health crises'. Report on the International Consultation, Lyon, 29–30 October 2008. <http://www.urban-response.org/resource/24618>

WHO (2014a) *Why the Ebola outbreak has been underestimated*. Geneva: WHO. <http://www.urban-response.org/resource/24620>

WHO (2014b) *A fast-moving Ebola epidemic full of tragic surprises*. Geneva: WHO. <http://www.urban-response.org/resource/24621>

WHO (2015a) *Implementation and management of contact tracing for Ebola virus disease*. Geneva: WHO. <http://www.urban-response.org/resource/23887>

WHO (2015b) *Ebola situation report – 28 January 2015*. Geneva: WHO. <http://www.urban-response.org/resource/24622>

WHO (2015d) *Liberia: A country – and its capital – are overwhelmed with Ebola cases*. Geneva: WHO. <http://www.urban-response.org/resource/24623>

WHO (2016) *Situation report*. Geneva: WHO. <http://www.urban-response.org/resource/24624>

Williams, R.C. (2011) *Beyond squatters' rights: Durable solutions and development-induced displacement in Monrovia, Liberia*. Oslo: NRC. <http://www.urban-response.org/resource/24625>

Y Care International (2014) *The Ebola outbreak in Liberia: Young people's needs in the West Point slum*. London: Y Care International. <http://www.urban-response.org/resource/24626>

Autres publications d'ALNAP

Série d'Enseignements sur l'Action contre l'Ebola dans les villes

Intervention dans un contexte urbain de quarantaine

Mouvements de population

Communication et coopération

Autres ressources d'ALNAP sur le milieu urbain

Stepping back: Understanding cities and their systems

Les interventions humanitaires dans les situations de violence
urbaine

Relever le défi urbain : Adapter les efforts humanitaires à un
monde urbain

Autres publications d'ALNAP

L'État du système humanitaire 2015

www.alnap.org/urban



ALNAP
Overseas Development Institute
203 Blackfriars Road
Londres SE1 8NJ
Royaume Uni

alnap@alnap.org