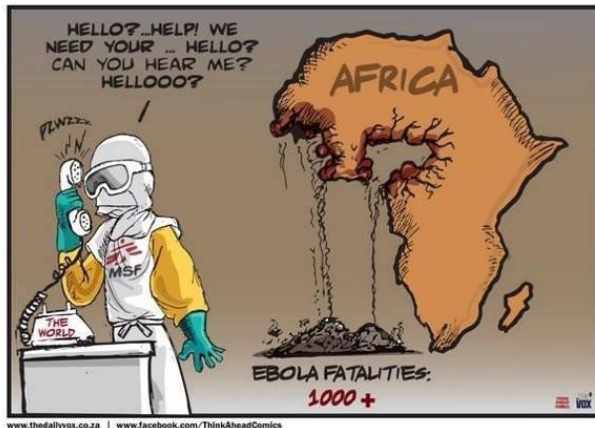


## Les conséquences humanitaires liées au déficit de logistique d'urgence: la réponse à l'épidémie d'Ebola comme étude de cas



Au travers de la réponse apportée lors de l'épidémie d'Ebola qui sévit dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, l'article met en lumière les conséquences humanitaires qui peuvent s'avérer dramatiques lorsque les organisations internationales n'ont pas de moyens logistiques suffisamment puissants pour intervenir efficacement en urgence.

Auteurs : André Sardo Infirri et  
Pierre Boulet-Desbureau

Extrait d'une intervention faite au cours d'une conférence dédiée à la logistique humanitaire organisée en décembre 2014 par l'Institut Polytechnique de Renselaar, à Troy (NY, USA).

**Une défaillance annoncée** Si l'épidémie d'Ebola qui sévit depuis le mois de mars 2014 en Afrique de l'Ouest a surpris beaucoup de gouvernements et d'acteurs humanitaires à la fois par son ampleur et sa sévérité, la faiblesse de la réponse internationale à cette crise, pourtant hors de contrôle depuis le mois de juillet, était quant à elle malheureusement bien prévisible. En quelques mois seulement et malgré la mobilisation de quelques organisations internationales pour tenter de l'enrayer, cette épidémie de fièvre hémorragique aura causé la mort de plusieurs milliers de personnes selon une courbe fulgurante de contamination pendant le pic de l'épidémie<sup>1</sup>, et fragilisé encore plus le système de santé des pays les plus touchés. Alors qu'on enregistrait près de 5.600 décès de personnes infectées par le virus huit mois après que la confirmation des premiers cas Ebola en Guinée Forestière, les experts épidémiologiques laissaient présager récemment des perspectives de mortalité encore très importantes à plus long terme.

En octobre 2014, Peter Maurer, le Président du Comité International de la Croix-Rouge (CICR), regrettait que « l'aide arrive sur le terrain trop lentement, en quantité insuffisante et qu'elle [ne soit] pas assez efficace »<sup>2</sup> Cette insuffisance était déjà visible bien avant le mois de septembre, au moment des appels à mobilisation lancés en par la Présidente de Médecins Sans frontières (MSF) au Conseil de Sécurité des Nations Unies – y compris celle des forces armées – ce qui est plutôt rare pour cette organisation. Cet appel inhabituel faisait en effet suite à des situations chaotiques vécues par le personnel soignant de l'organisation qui se voyait contraint lors d'afflux massifs de refuser des personnes infectées par manque de places dans certains de ses centres de traitement Ebola (CTE).

Certaines organisations humanitaires ont alors justifié cette lacune d'intervention par une mise à disposition trop tardive des fonds de la communauté internationale alors que d'autres évoquèrent une surcharge des opérations d'urgence en cours au moment de l'épidémie. D'autres encore ont incriminé le manque de réactivité et de coordination de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) malgré les mises en gardes répétées des effets non contrôlés et sans précédents de cette épidémie. Enfin, la complexité

<sup>1</sup> Au pic de l'épidémie, le nombre de cas enregistré chaque mois a été multiplié par 2.5

<sup>2</sup> Article du 24 octobre 2014 dans le journal « Le Monde »

médicale de la réponse Ebola et le risque de contamination extrêmement important pour le personnel soignant<sup>3</sup> furent des facteurs déterminants mis en avant afin de justifier la frilosité des agences humanitaires à intervenir sur cette crise.

Si tous ces éléments mis bout-à-bout peuvent effectivement éclairer sur les multiples raisons des défaillances de l'assistance internationale aux victimes de l'Ebola, ils ne l'expliquent toutefois qu'en partie. En effet, cela fait plusieurs années maintenant que certaines organisations tentent de tirer la sonnette d'alarme sur le manque d'efficacité et d'impact opérationnel de la réponse internationale aux crises humanitaires majeures.

### Une logistique sous-dimensionnée

Parmi les facteurs les plus contraignants identifiés lors d'une étude conduite par MSF sur les réponses d'urgence apportées entre 2012 et 2013 lors de crises humanitaires majeures<sup>4</sup>, l'incapacité des organisations à faire face aux défis logistiques apparaît - avec les aspects sécuritaires - en tête des principaux obstacles à une réponse internationale efficace. Un constat similaire fut souligné lors des évaluations conduites à la suite des réponses humanitaires déployées en Haïti après le tremblement de terre de 2010 mais aussi lors de l'épidémie sans précédent de choléra qui - neuf mois plus tard - contamina des milliers de personnes et tua près de 7.000 haïtiens. En effet, lors de cette épidémie, rares furent les organisations capables de monter rapidement et d'approvisionner correctement des unités de traitement Choléra (UTC) fonctionnelles ou d'organiser des services de ramassage des personnes infectées. Plus récemment encore lors du conflit Syrien, la capacité des organisations humanitaires internationales à apporter une assistance d'urgence sans s'appuyer sur des acteurs locaux plus opérationnels a été vivement questionnée par les réseaux d'entre-aide syriens qui leurs reprochent de se comporter davantage en bailleurs de fonds depuis les pays frontaliers qu'en acteur de terrain. Si - pour se justifier - les organisations internationales avancent des contraintes sécuritaires importantes, principalement en termes de kidnapping, leur immobilisme en dehors de la zone de conflit est antérieur à cette forte exposition, laissant les diasporas syriennes et les hôpitaux locaux seuls en première ligne depuis le début du conflit.

*Hôpital de campagne MSF - Jabel Akkrad - Nord de la Syrie*

Là encore, le manque de capacité logistique des agences humanitaires représentait un frein majeur à l'organisation d'opérations transfrontalières en Syrie ainsi qu'à la mise en place de structures hospitalières autonomes.

Au regard de la défaillance logistique de bon nombre d'acteurs humanitaires malgré d'importants moyens financiers débloqués pour la circonstance, il n'y avait par conséquent peu de chances pour que cette réalité ne changea soudainement lorsque l'OMS déclara au mois d'août dernier l'Ebola comme une urgence sanitaire publique internationale. On ne crée pas une Logistique Humanitaire d'Urgence (LHU) efficace en quelques semaines, surtout lorsqu'il s'agit de supporter des programmes d'intervention atypiques et de grande envergure. Preuve en est, les propositions de salaires mirobolants faites au pic de l'épidémie par des organisations humanitaires afin de débaucher des logisticiens capables d'opérer dans



<sup>3</sup> D'après l'OMS, le nombre de personnel de santé tués dépassait le nombre de 300 au mois de novembre dernier.

<sup>4</sup> "Where is Everyone? Responding to emergencies in the most difficult places". Juillet 2014 - Médecins Sans Frontières

ce type de contexte<sup>5</sup>. Il est également difficile de sous-traiter cette LHU. Grâce aux salaires attractifs des Nations-Unies, certaines agences comme le Programme Alimentaire Mondial (PAM) ont pu recruter des logisticiens d'urgence issus d'ONG médicales qui furent en mesure à partir du mois de septembre, d'offrir aux ONG un service d'installation de CTE clés-en-main sur base des modèles MSF, ce qui n'a visiblement pas suffi pour inciter davantage d'acteurs à intervenir.

Pour mieux comprendre en quoi les enjeux logistiques peuvent présenter à ce point un blocage opérationnel, il est intéressant d'analyser le déploiement des services logistiques de MSF lors de la réponse à l'épidémie d'Ebola.

**Un savoir-faire logistique acquis au fil des interventions** L'épidémie survenue en Afrique de l'Ouest est certainement la plus importante épidémie de fièvre hémorragique jamais enregistrée depuis la découverte du virus en 1976 près de la rivière congolaise qui porte son nom. Depuis sa première intervention en RDC à Kikwit en 1995, l'organisation de MSF répond régulièrement à des urgences liées à des épidémies de fièvre hémorragique dans le monde, une 15aine au total principalement en Afrique centrale. La raison initiale d'intervention visait en premier lieu à la protection du personnel médical qui évoluait dans les zones affectées. Avec un taux de létalité pouvant aller jusqu'à 90 % si le malade n'est pas pris en charge, un niveau de contamination extrême et une vitesse de propagation inégalée pour un



virus, ces motivations initiales furent rapidement changées en urgence sanitaire d'ordre publique.

*Personnel de santé MSF – ETC – Paynesville/Liberia*

Au travers des déploiements d'urgence conduits par l'organisation tous les deux ou trois ans, la manière de répondre efficacement à ce type d'épidémie s'est améliorée avec le temps, notamment en ce qui concerne les conditions d'admission dans les centres

de traitement, la qualité des soins palliatifs apportés ainsi que les techniques de traçage des cas suspects. Le support logistique et d'approvisionnement à ce type de programmes c'est lui aussi affiné avec le temps. Et lorsque les épidémiologistes confirmèrent les premiers cas d'Ebola au mois de mars dernier, c'est un déploiement d'urgence classique de faible intensité qui est alors déclenché en Guinée. En montant les premiers centres de traitement, les équipes sur place ne se doutaient certainement pas de l'ampleur que cette épidémie prendrait, ni de l'envergure de la réponse qui s'en suivrait.

**Une réponse massive de MSF** Entre mars et novembre 2014, c'est plus de 1.000 personnels MSF venus de 70 pays différents qui se sont portés volontaires pour combattre l'épidémie afin de constituer au pic de l'urgence, des équipes permanentes de plus de 300 travailleurs internationaux et 3.300 personnel local répartis sur les pays les plus affectés. Plus de 1.200 tonnes de matériel médical et de protection individuel (PPE<sup>6</sup>) furent expédiées entre avril et novembre 2014, principalement depuis la centrale d'approvisionnement de MSF basée à Bruxelles. Pendant cette période, six centres de traitements MSF seront construits ainsi que deux centres de transit avec une capacité d'accueil totale de 600 lits et une extension possible pouvant aller jusqu'à 900 patients. De mars à novembre, 6.000 patients furent admis dans les centres MSF dont 3.800 des cas confirmés. 1.600 d'entre eux en sortiront guéris. Le budget estimé pour cette opération seule fut évalué à 130 Mo d'euros entre 2014 et 2015. Si

<sup>5</sup> Certaines organisations proposèrent à des logisticiens en poste à Monrovia un salaire 15 fois supérieur au leur pour construire des CTE en urgence

<sup>6</sup> Personal Protective Equipment

l'assistance apportée par l'organisation médicale fut jusqu'à présent très impressionnante, les dégâts humains occasionnés par cette épidémie qui toucha pour la première fois trois capitales au même moment, l'ont été tout autant. Au mois de novembre 2014, plus 2.200 patients sont décédés dans les structures de soins MSF, et 13 employés de l'organisation n'ont pas survécu à leur contamination.

### **La réponse logistique appliquée aux fièvres hémorragiques**

Dans les premiers moments de l'épidémie, la réponse logistique mise en œuvre par MSF fut déployée sur le modèle des urgences passées. C'est une logistique intégrée aux opérations médicales qui couvre l'installation et l'équipement des structures de santé, les sites de travail et de logement des équipes, leur ravitaillement et leur maintenance. Cette logistique est également en charge d'organiser l'ensemble des transports du personnel – notamment lors des activités mobiles – ainsi que le transport des patients. Elle doit pouvoir enfin fournir des moyens de communication adaptés aux activités et à la sécurité des équipes.

L'appui logistique appliqué aux réponses en situation de fièvre hémorragique est un support certes coûteux<sup>7</sup> mais relativement basique si on le compare par exemple au support aux programmes de chirurgie orthopédique. L'installation d'un CTE se fait sur base d'un plan directeur préétabli qui guidera les services logistiques dans leurs tâches d'identification et de préparation du terrain, d'installation des structures temporaires et semi-permanentes pour chaque activité inhérente au CTE. Ce plan les aidera également à définir le marquage des délimitations et de contrôle des flux. Il ne leur restera plus qu'à alimenter la structure en électricité, installer un système d'approvisionnement en eau, mettre en place une aire de traitement des déchets et le CTE sera rapidement fonctionnel<sup>8</sup>.

Une fois le site monté, si le travail d'installation a été fait correctement, les équipes logistiques ne seront presque pas amenées à intervenir dans les zones à haut risque ou celles à risque plus modéré du centre de traitement. Cela ne veut pas dire que le travail du logisticien en contexte Ebola est facile, loin de là – mais les tâches à effectuer demeurent somme toute basiques. Les équipes disposent de kits d'urgence qui ont été spécialement conçus et améliorés à cet effet et qui faciliteront une mise en place rapide des programmes. Quant au plus gros de l'approvisionnement, il s'appuie pour l'essentiel sur un nombre limité d'articles stratégiques, une dizaine au total, principalement liés aux équipements de protection, aux articles de chloration, et aux sacs mortuaires.

### **S'adapter à une urgence hors norme**

Le défi logistique majeur de cette intervention n'était donc pas à proprement parlé lié à des contraintes techniques aigües, mais d'avantage à la capacité des organisations à adapter leurs services logistiques et d'approvisionnement à une crise dont l'ampleur était à la fois imprévue et inconstante puisque évoluant par vagues de contamination plus ou moins intenses. En touchant dans le passé des zones reculées à faible densité humaine et dépourvues d'infrastructures routières fiables, les épidémies de fièvre hémorragique s'éteignent habituellement par elles-mêmes deux à quatre mois après leur apparition. En quelque sorte, les épidémies de fièvre hémorragiques rencontrées dans le passé étaient auto-confinées par des barrières naturelles.

Si la première réponse d'urgence déployée en mars 2014 se conformait aux interventions de lutte contre les fièvres hémorragiques habituelles de faible intensité, dès le mois d'avril, il apparaissait évident que cette épidémie-là – en touchant des contextes urbains – ne se résorberait pas aussi rapidement que les autres et que le personnel soignant devait se préparer à prendre en charge un nombre exceptionnel de personnes contaminées sur une durée jamais enregistrée auparavant. Dès lors, l'enjeu majeur des rares organisations humanitaires désireuses d'aider les autorités sanitaires dépassées par cette épidémie sans précédent allait se résumer à leur capacité d'adaptation à une situation hors normes. A ce titre, la

---

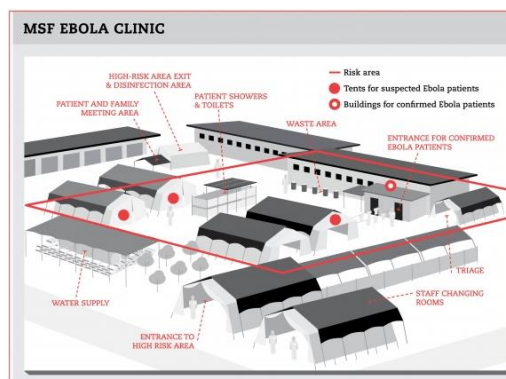
<sup>7</sup> Avant cette épidémie, on estimait à plus de 10.000 USD par patient le coût d'intervention en situation de fièvre hémorragique

<sup>8</sup> Le premier CTE fut monté par MSF le 23 mars à Guékédou, le second deux jours après à Conakry.

flexibilité des services logistiques de ces organisations allait – quant à elle – être testée en premier lieu avec trois enjeux de taille : être capable d’absorber l’accroissement fulgurant des programmes d’urgence, de réduire les effets induits de fragilisation de la chaîne d’approvisionnement et enfin d’apporter des conditions de travail qui soient aussi acceptables que possible pour le personnel soignant.

### Absorber l’accélération des programmes d’urgence

La quantité de centres de traitement à construire s’annonçait importante avec, en conséquence, un effectif médical plus restreint que d’habitude<sup>9</sup>. Afin de réduire le niveau d’exposition du personnel, il était urgent d’adapter les plans directeurs en matière de montage de CTE pour pouvoir accueillir plus de patients avec moins de personnel soignant. Au mois de mai, à la demande des équipes d’urgence, les services logistiques du siège de MSF à Bruxelles produisirent une variété de schémas théoriques dont le dessin finalement retenu fut validé trois semaines plus tard par les experts médicaux et d’EHA<sup>10</sup> avant d’être disséminé aux équipes terrain. Ces plans architecturaux allaient devenir les plans standards servant de référence en matière de flux des patients, de personnel et de matériel dans tous les CTE montés par les services logistiques tout en intégrant les schémas types d’alimentation en eau et en électricité. En remplaçant les tentes dispensaires de 45 m<sup>2</sup> qui servent habituellement de salles d’hospitalisation par des tentes entrepôt de 250 m<sup>2</sup>, ces nouveaux plans ont permis aux équipes d’urgence d’augmenter la capacité d’admission d’un CTE initialement de 20 jusqu’à 100 voire 200 lits sans devoir pour autant multiplier le nombre de personnel soignant de manière exponentielle. S’agissant de l’approvisionnement des centres Ebola, une liste indicative de consommation journalière des articles stratégiques fut également constituée sur base des catalogues MSF afin d’optimiser les commandes passées par les équipes aux centrales d’achat de l’organisation. La liste de consommation standard ainsi que les plans architecturaux furent ensuite envoyés à tous les organisations qui désiraient elles aussi s’impliquer dans la lutte contre cette épidémie.



### Développer des compétences logistiques supplémentaires

Pour faire face à la demande soudaine de mobilisation à grande échelle des ressources humaines, et compte-tenu des fortes rotations RH en situation d’Ebola<sup>11</sup>, de nombreux logisticiens furent détachés de leurs opérations initiales pour être transférés d’urgence au Libéria, en Guinée et en Sierra Léone. Pendant que les services de recrutement accéléraient la recherche de nouvelles compétences, des sessions intensives de formation furent organisées de manière accélérée au niveau local ainsi qu’au centre de formation logistique de MSF à Bruxelles. Face à la perte de contrôle de l’épidémie au mois de juin, et considérant le trop faible nombre d’organisations humanitaires engagées dans le combat, il devenait alors impératif d’ouvrir de manière systématique les formations MSF à d’autres acteurs. Entre août et octobre 2014, à raison de deux formations par semaine, près de 300 volontaires passeront par le centre de formation logistique de Bruxelles pour une initiation accélérée à la réponse Ebola. Cependant, parmi les 20 organisations représentées lors de ces formations, très peu acceptèrent finalement de franchir le pas et d’ouvrir de nouveaux projets Ebola en Afrique de l’Ouest malgré la disponibilité massive de fonds financiers.

<sup>9</sup> Avant cette intervention, il n’existait que peu d’expertise médicale capable de répondre à des épidémies de fièvre hémorragique

<sup>10</sup> Eau, Hygiène et Assainissement

<sup>11</sup> Entre 4 à 6 semaines en moyenne, sans compter les 21 jours d’isolement imposé au retour de mission

De manière évidente, d'autres facteurs bloquants empêchaient l'engagement d'acteurs supplémentaires dans la lutte contre l'épidémie d'Ebola. Les contraintes liées à l'approvisionnement international allaient s'avérer être un autre frein majeur.

**Réduire la vulnérabilité de la chaîne d'approvisionnement** Face à une situation hors de contrôle dans les zones les plus affectées et avec des équipes contraintes à certains moments de refuser l'accès à des personnes infectées, on demanda aux services logistiques de MSF d'accélérer la mise en place de nouveaux CTE en Sierra Leone mais surtout au Liberia. Durant l'été 2014, la capacité d'accueil passera à 450 lits grâce notamment à la construction à Monrovia du plus gros centre de traitement Ebola jamais conçu<sup>12</sup>. <https://www.youtube.com/watch?v=loUQWgf00Uc>

Au mois de septembre, les activités mobiles s'accéléraient elles aussi pour combattre l'épidémie en dehors des six centres de traitement MSF avec notamment une campagne de distribution à grande échelle de kits de protection familiale dans les zones reculées les plus touchées. Face à cette intensification des opérations, la chaîne d'approvisionnement initialement dessinée se trouva vite saturée avec quatre points principaux de vulnérabilité :

- Une soudaine augmentation des commandes ;
- Une faible capacité d'acquisition des articles critiques ;
- Une compétition sauvage en matière d'achat ;
- D'importantes restrictions sur les transports internationaux.

➤ Une augmentation aussi soudaine qu'inattendue des commandes d'urgence : les centrales d'achat de MSF furent rapidement submergées par des commandes d'urgence émanant des programmes Ebola. En l'espace de quelques semaines, le niveau moyen de commande de 350 tonnes de matériel par mois fut quasiment doublé avec près de 120.000 articles non réutilisables des PPE achetés chaque mois<sup>13</sup> en plus d'une demande d'assemblage de 75.000 kits de protection. A partir de juin 2014, Les équipes logistiques de la centrale de Bruxelles n'eurent pas d'autres choix que d'opter pour une approche réactive pour la production et l'expédition des kits selon une stratégie PUSH et un réapprovisionnement automatique assuré grâce à l'embauche massive de logisticiens intérimaires. Ce n'est qu'en septembre qu'une approche centralisée des commandes et de leur répartition sur le terrain a pu être instaurée sur base des consommations réelles. Quelques semaines plus tard, c'est une stratégie PULL qui prévalait avec des planifications proactives de commandes réalisées par les équipes terrain sur base d'estimations planifiées des consommations. Entre les deux phases (PUSH et PULL), une politique stricte de stock tampon limité à six semaines de consommations fut instaurée sur chaque programme.

➤ Une faible capacité d'acquisition des articles critiques : les principaux fabricants de PPE dont le cœur d'activité est orienté vers l'approvisionnement en matériel de l'industrie chimique, furent aussi confrontés à cette soudaine augmentation de la demande. La capacité mensuelle des lignes de production des combinaisons d'après les spécifications de MSF par exemple s'élevait à 30.000 unités alors que le besoin réels de MSF était de 120.000 par mois. Comme la plupart des articles stratégiques ne possédaient au départ qu'une seule source d'approvisionnement, puisque peu utilisée hors contexte Ebola, d'autres pistes de fournisseurs potentiels furent explorées afin d'éviter toute rupture de PPE, de chlore ou de sac mortuaires qui signifiait l'arrêt automatique des activités dans les centres Ebola. Il existe habituellement trois raisons principales pour lesquelles il est difficile pour les organisations humanitaires de s'appuyer sur plusieurs fournisseurs :

<sup>12</sup> Le CTE d'Elwa3 offrait une capacité d'accueil de 250 lits avec possibilité d'augmenter cette capacité à 400 lits si nécessaire

<sup>13</sup> Hormis les bottes, lunettes et tabliers, le reste des équipements de protection sont à usage unique et systématiquement brûlés après utilisation (120.000 combinaisons, 120.000 capuches, 400.000 gants par mois)

- Certains articles utilisés sur les terrains d'intervention sont très spécifiques aux opérations d'assistance humanitaire et répondent généralement à des normes qualitatives élevées (la dernière chose que l'on souhaite utiliser dans un CTE, ce sont des équipements de protection de qualité douteuse...);
- La sélection de fournisseurs et des articles qu'ils proposent est un exercice laborieux qui demande une capacité de validation que les organisations humanitaires n'ont généralement pas, surtout lorsqu'il s'agit d'une validation d'articles médicaux qui requière une expertise pharmaceutique spécifique;
- Il existe en général une forte résistance des équipes terrain à tester et utiliser de nouveaux articles qui requièrent souvent des protocoles différents d'utilisation<sup>14</sup>. Cette résistance a – par exemple – été largement ressentie lorsque de nouveaux modèles de PPE furent expédiés sur le terrain après que les services achat de MSF aient enfin identifié un nouveau fournisseur.

➤ Une compétition sauvage en matière d'achat : l'autre élément prépondérant qui pousse à la recherche de diversification des sources d'approvisionnement en articles critiques est directement lié à la lutte sans merci que se livrent généralement les organisations pour acheter certains produits humanitaires critiques lors de crises majeures. En quelques semaines et en l'absence de coordination logistique efficace des clusters, plusieurs agences des Nations-Unies, des bailleurs de fonds institutionnels et certaines organisations humanitaires sont rentrés en compétition pour remporter des marchés déjà limités. N'étant pas pour la plupart des acteurs opérationnels directs – c'est-à-dire en charge de patients dans des centres de traitement – la majorité de ces nouveaux acheteurs avait une vision très limitée des consommations réelles qui ont, pour certains, largement surestimé leurs besoins au moment de passer la commande aux fournisseurs<sup>15</sup>. Cette course a été d'autant plus effrénée qu'en écho aux premiers cas d'Ebola enregistrés en dehors de l'Afrique de l'Ouest, certains pays optèrent pour des achats en grande quantité de PPE sous l'effet de la panique ambiante. Qu'elle soit motivée par des achats paniques, par une volonté de visibilité médiatique ou encore par une raison de justifier l'utilisation des fonds alloués à cette épidémie, cette compétition sauvage a certainement accéléré la saturation du marché des PPE déjà vulnérable et mis en danger les contrats passés par MSF avec ses fournisseurs habituels. Pour relâcher cette pression croissante, le service achat de la centrale d'achat de Bruxelles sera contraint au mois de novembre 2014 d'engager une commande ferme jusqu'en mars 2015 de PPE sur base d'une estimation très aléatoire d'approvisionnement de 900 lits par mois.

➤ D'importantes restrictions sur les transports internationaux : les restrictions graduelles affichées par les compagnies aériennes pour le transport à destination des pays les plus touchés par l'épidémie, ou par les gouvernements qui ne délivraient plus d'autorisations d'atterrir aux avions en provenance de ces pays, ont largement contribué à des opérations d'affrètement aérien difficiles à conduire, fragilisant la capacité des organisations humanitaires à transporter du matériel d'urgence mais aussi du personnel, même en situation de rapatriement sanitaire.



*Evacuation médicale – Aéroport de Freetown/Sierra Léone*

Le transport maritimes des articles les plus volumineux tels que les poches de réhydratation – moins coûteux tout en offrant des délais de livraisons relativement rapides<sup>16</sup> – n'a quant à lui

<sup>14</sup> Par exemple, les protocoles de dilution du chlore changent en fonction du type de chlore utilisé

<sup>15</sup> Certains acteurs ont commandé pour le même nombre de lits jusqu'à six fois la quantité de PPE utilisée par MSF

<sup>16</sup> Délais de livraison de 3 à 4 semaines pour desservir les pays d'Afrique de l'ouest depuis l'Europe pour un coût de transport jusqu'à six fois moins cher qu'un fret aérien

été envisageable que tardivement, à partir du moment où la planification des commandes a été rendue possible une fois la disponibilité de stock garantie par les centrales d'achat MSF. D'autre part, les autorités portuaires n'ont pendant longtemps pas été en mesure de garantir une autorisation de desservir d'autres destinations une fois un fret déchargé dans les ports de Conakry, de Freetown ou de Monrovia.

Afin de réduire les coûts de transport aérien au pic de l'épidémie, deux affrètements par semaine de furent organisés depuis Bruxelles<sup>17</sup>. S'agissant des mouvements du personnel international qui ont représenté pendant plusieurs mois jusqu'à 50 départs par semaine, les réticences furent encore plus marquées car il s'agissait de transporter et faire rentrer sur des territoires principalement européens ou américains du personnel potentiellement exposé au virus. Pour pallier ces restrictions croissantes, la possibilité de charteriser un avion pour 50 à 100 passagers, entièrement sponsorisé, fut envisagé un moment par MSF avant d'être finalement abandonnée. Le département logistique dû également contracter un hélicoptère pour les déplacements rapides entre les trois pays, notamment pour l'équipe d'experts chargés des investigations à la suite d'incidents de contamination de personnel enregistrés dans les centres de traitement. Le transport international de personnel infecté fut, quant à lui, été sous-traité aux rares compagnies spécialisées dans ce type de transport sanitaire.

**Améliorer les conditions de travail du personnel soignant** A partir du mois d'avril, lorsque l'envergure de cette épidémie fut reconnue par MSF comme étant possiblement hors norme, il était clair que la réponse à cette urgence allait générer une très forte mobilisation de personnel soignant. En moyenne, il faut théoriquement compter trois personnels par lit, ce qui correspond à une mobilisation déjà importante compte tenu de la capacité totale d'accueil de patients infectés.

*MSF health worker – ETC Kailahun/Sierra Leone*

Cependant, la présence limitée à une à deux heures maximum dans les zones à haut risque à cause des températures élevées des combinaisons obligeait à des rotations rapides des équipes médicales qui travaillent en binôme pour assurer un contrôle mutuel. En prenant en compte le temps de préparation et celui de déshabillage des équipes avant et après intervention dans les zones à haut risque, seules deux à trois rotations par jour sont envisageables pour une même équipe, ce qui explique le nombre élevé de personnel soignant dans une intervention Ebola en contexte tropical.



Afin de réduire la charge et la pénibilité du travail de ces équipes, plusieurs initiatives visant à améliorer les conditions de travail du personnel furent mises en place par les services logistiques. L'une d'elles fut la mise à disposition d'un système d'identification des lits par lecteur de code-barres et de PDA (assistant personnel numérique)<sup>18</sup> interconnectés par réseau wifi pour synchroniser les échanges d'informations médicales entre deux rotations d'équipe. Des tablettes furent également distribuées aux patients admis dans les centres pour communiquer avec leur famille à l'aide de connexion de type Skype, d'échanges de vidéos et de messages d'encouragement. En outre, il fallait rapidement trouver des options alternatives aux tentes d'admission dans lesquelles la chaleur avoisinait les 45° C avec un fort taux d'humidité. En attendant l'aboutissement des travaux de recherches en matière de matériaux thermo-isolants, des

<sup>17</sup> Un Boeing 747 à un prix coutant proposé par une compagnie cargo habituée à collaborer avec MSF + un MD11 à prix commercial

<sup>18</sup> PDA veut dire en anglais 'Personal Digital Assistant' qui n'a rien avoir avec 'Public Display of affection' sachant qu'une politique interdisant tout contact entre personnel est systématiquement appliquées par les équipes d'intervention Ebola.



systèmes de refroidissement par air conditionné furent mis en place dans les structures temporaires, nécessitant des installations électriques plus conséquentes et des générateurs plus puissants.

En s'inscrivant dans un temps plus long que les autres interventions d'urgence, la réponse à cette épidémie a mis à rude épreuve les équipements d'urgence conçus pour une utilisation intensive de courte durée. L'exposition prolongée de ces équipements dans les centres de traitement – notamment pour les tentes - aux dosages importants de chlore servant à la désinfection des structures a accéléré leur détérioration rapide par oxydation, obligeant les services logistiques à innover dans de nouveaux matériaux plus résistants.

Enfin, la gestion des corps a elle aussi posé des problèmes de taille avec une charge de travail et un niveau d'exposition important du personnel chargé de la gestion des zones de déchets. Afin de réduire les risques de contamination durant les manipulations de corps, des tabliers spécifiques et de conception plus lourde furent mis à leur disposition notamment pendant les séances de crémation. Face à la très grande consommation de bois requise pour chaque incinération (environ une stère par corps) et au regard d'un nombre de décès extrêmement élevé jamais atteint dans des structures de santé d'urgence<sup>19</sup>, les services d'achat du siège négocièrent l'acquisition d'incinérateurs puissants auprès de fournisseurs spécialisés dans la destruction de déchets issus de l'industrie agro-alimentaire et basés en Grande Bretagne<sup>20</sup>. Cependant, la mise en place de ces incinérateurs a semble-t-il créé des fortes résistances auprès des communautés concernées, avec certaines personnes qui refusèrent de se rendre dans les centres de traitements pourvus de ce type d'installation.

**Les conséquences d'une assistance humanitaire limitée faute de logistique adaptée** S'il est encore trop prématuré pour tirer des enseignements relatifs à la réponse logistique apportée lors de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest puisque l'urgence est toujours en cours, ce descriptif de la réalité des urgences tente néanmoins d'illustrer du mieux possible les principaux enjeux auxquels les équipes logistiques sont confrontées sur ce type d'intervention. En guise de conclusion, il essaie également d'alerter sur les conséquences parfois dramatiques de capacités logistiques qui – trop souvent – ne sont pas à la hauteur des ambitions opérationnelles affichées par les organisations humanitaires internationales. Il existe deux principaux risques qui sont directement liés au problème chronique d'efficacité des acteurs urgentistes lors des grandes crises :

Le manque d'efficacité et d'impact des organisations humanitaires revêt en premier lieu un enjeu vital pour les populations qui sont victimes de conflits armés, de catastrophes naturelles ainsi que celles affectées par une épidémie ou par une crise nutritionnelle. Trop souvent encore, les personnes blessées ou infectées par un virus décèdent sans avoir la possibilité d'avoir un accès rapide à une assistance humanitaire appropriée.

Cette défaillance dans la réponse internationale aux urgences représente également un risque pour le personnel humanitaire qui – faute de présence plus conséquente d'autres intervenants – se retrouve trop souvent isolé dans sa réponse à l'urgence avec des conséquences sécuritaires importantes. L'isolement des équipes MSF dans la réponse aux épidémies d'Ebola ou de choléra aboutit régulièrement à une stigmatisation de leurs activités qui peut conduire à des violences ciblées de la part des communautés concernées qui croient que le virus a été apporté intentionnellement par le personnel soignant. Cette stigmatisation est aussi réelle en situation de conflit – comme ce fut le cas en Syrie – ou l'ensemble des parties prenantes du conflit ont émis de multiples suspicions sur le bien-fondé des hôpitaux MSF, principalement à cause de leur isolement dans le nord de la Syrie avec – là aussi - des violences perpétrées à l'égard du personnel soignant. Enfin, le niveau d'exposition au risque du

---

<sup>19</sup> Pendant le pic de l'épidémie, certains CTE enregistraient jusqu'à 50 décès par jour

<sup>20</sup> Ces incinérateurs à grande capacité de crémation furent conçus dans les années 90 en Angleterre lors de l'épidémie de la vache folle

personnel humanitaire se traduit également par un effet de fatigue et de débordement inhérent à une situation d'isolement dans la réponse aux urgences. Ce débordement se matérialise généralement par des gestes précipités et non-contrôlés du personnel soignant en zone d'admission des CTE surchargés, conduisant à un risque plus accru de contamination du personnel exposé. Le chaos des séances de triage dans les salles d'urgences lors d'afflux massifs de blessés génère quant à lui des tensions régulières avec les groupes armés, voire avec les familles concernées, tensions qui peuvent dégénérer lorsqu'il n'y a pas de possibilité d'organiser des références médicales d'urgence sur d'autres hôpitaux, faute d'acteurs humanitaires.

En résumé, s'il était encore besoin de le préciser, une logistique appropriée aux réponses humanitaires d'urgence peut sauver beaucoup de vies. [https://www.youtube.com/watch?v=M\\_4aUpdplUE](https://www.youtube.com/watch?v=M_4aUpdplUE)

*Version anglaise disponible sur <http://emergency-log.weebly.com>*

*NB les opinions exprimées dans ce texte ne correspondent pas nécessairement à celles de Médecins Sans Frontières et n'engagent que leurs auteurs.*

*Remerciements particuliers à Sarah Mordret et Nicolas Dupont pour leur contribution à l'écriture de ce document*

*Page 1: the Daily Vox*

*Page 2: Robin Meldrum/MSF*

*Page 3: John Moore / Getty Image*

*Page 4: MSF source*

*Page 7: Will Wintercross/The Telegraph*