
Le rôle du secteur de la sécurité face aux crises sanitaires

Retours d'expérience concernant l'épidémie d'Ebola en 2014-2015 et recommandations à l'intention de l'Union du fleuve Mano et de ses États membres

Jonathan Sandy, Albrecht Schnabel, Haja Sovula, Usha Trepp et Raphael Zumsteg



DCAF
a centre for security,
development and
the rule of law



Centre pour le contrôle démocratique des forces armées – Genève (DCAF)

TABLE DES MATIÈRES

■ LISTE DES ABRÉVIATIONS	3
■ INTRODUCTION	4
■ PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS, DÉFIS ET RECOMMANDATIONS RECENSÉS	6
■ Sur les relations entre les secteurs de la santé et de la sécurité	6
■ Recommandations pour améliorer la préparation aux crises sanitaires	8
■ Sur le rôle joué par les institutions du secteur de la sécurité	10
■ Recommandations pour améliorer le rôle joué par les institutions du secteur de la sécurité	14
■ Réflexion sur les rôles et points de vue des acteurs bilatéraux, régionaux et internationaux	17
■ Recommandations visant les acteurs bilatéraux, régionaux et internationaux	18
■ Recommandations visant spécifiquement le Secrétariat de l'UFM et ses États membres	24
■ CONCLUSIONS	26
■ REMERCIEMENTS	27
■ ANNEXE A : Programme de l'atelier	28
■ ANNEXE B : Liste des participant-e-s à l'atelier	31

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CGSP	Centre pour les politiques de gouvernance et de sécurité JS & Associates
CICR	Comité international de la Croix-Rouge
DCAF	Centre pour le contrôle démocratique des forces armées – Genève
EPI	Équipement de protection individuelle
GHC	Global Health Centre (Centre mondial d'études des maladies) de l'Institut de hautes études internationales et du développement de Genève
JBSCBU	Unité commune de sécurité des frontières et de renforcement de la confiance
MVE	Maladie à virus Ebola
OOAS	Organisation ouest-africaine de la santé
UA	Union africaine
UFM	Union du fleuve Mano

INTRODUCTION

L'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE) qui a sévi en Afrique de l'Ouest en 2014-2015, plus particulièrement en Guinée, au Liberia et en Sierra Leone, a engendré plus de 28 000 cas et fait plus de 11 000 victimes. Aujourd'hui, les recherches et les études sont plus nécessaires que jamais : en plus d'aider à faire le point sur les événements, elles permettent de localiser les failles apparues dans les processus d'intervention nationaux, régionaux et mondiaux, de déterminer les moyens de renforcer les processus de préparation, d'alerte rapide et d'intervention, et de définir les stratégies possibles pour améliorer les interventions et la résilience en cas de crises sanitaires similaires. Toutefois, le rôle des services et des institutions du secteur de la sécurité n'a pas encore fait l'objet d'une analyse systématique. Les institutions de sécurité nationale (police, gardes-frontières, milices de proximité, douanes, immigration, sécurité nationale et renseignement, défense, forces armées) ont activement participé aux interventions. En outre, au moment de l'aggravation de l'épidémie en 2014, des services de sécurité internationaux ont également été déployés au Liberia, en Sierra Leone et en Guinée, respectivement par les États-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni et la France, en réponse aux appels à une aide militaire internationale.

Ces expériences offrent de nombreux enseignements auxquels il est indispensable de s'intéresser. Avec le concours financier du Département fédéral suisse de la Défense et la collaboration du Centre pour les politiques de gouvernance et de sécurité JS & Associates (CGSP) en Sierra Leone, le Centre pour le contrôle démocratique des forces armées – Genève (DCAF) et le Global Health Centre (GHC) de l'Institut de hautes études internationales et du développement de Genève ont coorganisé les 24 et 25 août 2016 un atelier-table ronde de deux jours sur le thème « Le secteur de la sécurité et les crises sanitaires mondiales : retours d'expérience sur l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 ». L'atelier s'est

déroulé au Bintumani Conference Centre de Freetown, en Sierra Leone. Fruit des principaux débats, résultats et recommandations de cet atelier, le présent rapport vise à faciliter la préparation, en vue d'atténuer les épidémies ultérieures. Cette démarche, qui nécessitera les efforts concertés et coordonnés des secteurs de la santé et de la sécurité, concerne tout autant les acteurs locaux, nationaux et régionaux que la communauté internationale des donateurs mobilisés en Afrique de l'Ouest.

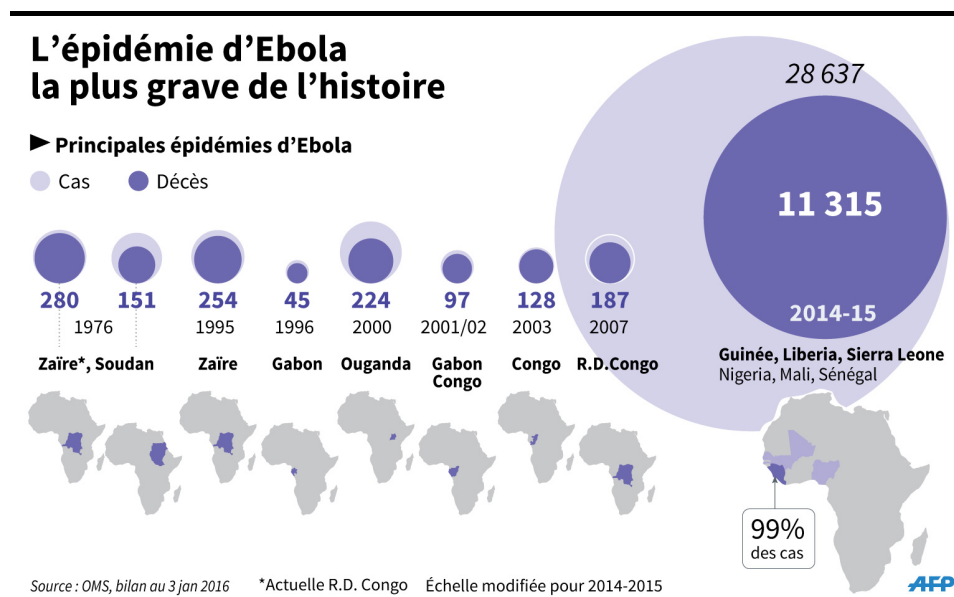
L'atelier a été organisé dans le sillage de plusieurs études préliminaires et d'une série de tables rondes et d'ateliers ayant rassemblé des acteurs de la santé et de la sécurité d'Afrique de l'Ouest, de Suisse et d'ailleurs (« Le secteur de la sécurité et les crises sanitaires mondiales : retours d'expérience sur l'épidémie actuelle d'Ebola », Genève, février 2015 ; « Le secteur de la sécurité et les crises sanitaires mondiales », Genève, octobre 2015 ; « La sécurité sanitaire, les objectifs de développement durable et le rôle des groupes de réflexion », Genève, novembre 2015 ; Forum sur la sécurité internationale, Genève, juin 2016 ; « L'engagement du secteur de la sécurité dans les crises sanitaires mondiales », siège de l'OTAN, Bruxelles, juin 2016). Les résultats des recherches, consultations et discussions d'expert-e-s ont été rendus publics et communiqués aux milieux diplomatiques et internationaux de Genève lors de deux débats publics (« L'Ebola et le secteur de la sécurité : perspectives et limites de la mobilisation du secteur de la sécurité dans les crises sanitaires mondiales », Genève, février 2015 ; « Convergences des secteurs de la santé et de la sécurité », Genève, mai 2015). Pour informer les praticien-ne-s et les expert-e-s des secteurs de la santé et de la sécurité, deux notes d'information ont été publiées et largement diffusées (Security Sector Engagement in Global Health Crises : A Brief for Policy-Makers, mai 2015 ; The Security Sector and Global Health Crises : Lessons and Prospects, juin 2016), ainsi qu'un article (« We Need a Sustainable Development Goal 18 on Global Health Security », The Lancet, vol. 385, n° 9973, 21 mars 2015). Des membres du projet ont également participé

à plusieurs consultations d'expert-e-s, réunions stratégiques et débats consultatifs consacrés aux enseignements à tirer de l'intervention internationale contre l'épidémie d'Ebola.

Dans ce contexte, l'atelier de Freetown a fait émerger les connaissances pratiques issues des retours d'expérience des acteurs régionaux et nationaux. Plus de 60 personnes y ont participé, parmi lesquelles des contributrices et contributeurs régionaux aux activités en cours du projet (venus de Côte d'Ivoire, de Guinée, du Liberia, du Mali, du Nigeria, du Sénégal et de Sierra Leone), des représentant-e-s des principales organisations régionales investies dans la lutte contre l'Ebola, notamment l'Union africaine (UA) et l'Union du fleuve Mano (UFM), ainsi que des chargé-e-s de recherche, des personnes ayant coordonné les équipes spéciales de lutte contre l'Ebola à l'échelle nationale et régionale, et des représentant-e-s du corps diplomatique et de la communauté internationale installés à Freetown. Les discussions ont essentiellement porté sur des recommandations pratiques visant à faciliter la préparation, en vue d'atténuer les épidémies ultérieures.

Les échanges se sont concentrés sur les enseignements concrets tirés de la

crise de l'Ebola. Ils ont débouché sur des recommandations relatives à la contribution des acteurs de la sécurité aux futures activités de préparation et d'intervention. Ces recommandations concernent les forces armées, les services de police, les services de renseignement, la gestion des frontières, les acteurs locaux de la sécurité, les accords internationaux de sécurité, les gouvernements nationaux, les actrices et acteurs de la société, les cadres institutionnels et juridiques et les activités de réforme du secteur de la sécurité (RSS). Divisés en petits groupes, les participant-e-s se sont prêtés à des échanges et des exercices pratiques sur les relations entre les secteurs de la santé et de la sécurité, sur le rôle joué par les institutions de sécurité et sur les rôles respectifs des acteurs bilatéraux, régionaux et internationaux. L'atelier s'est achevé le deuxième jour par une séance plénière, au cours de laquelle les résultats des réunions menées en parallèle ont été présentés et débattus pour mettre en lumière les principaux enseignements, défis et recommandations ressortant des sessions interactives. Le présent rapport expose les conclusions et les suggestions les plus importantes auxquelles a abouti cette réunion d'expert-e-s.



PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS, DÉFIS ET RECOMMANDATIONS RECENSÉS

Sur les relations entre les secteurs de la santé et de la sécurité

Les professionnel-le-s de la santé étaient en première ligne de la lutte contre l'Ebola, intervenant en tant que médecins, ambulanciers/ambulancières, agent-e-s de surveillance, agent-e-s portuaires de santé et laborantin-e-s. La mobilisation des ressources s'est avérée cruciale : le manque de personnel professionnel spécialisé et non spécialisé, doublé de problèmes d'équipement et de logistique, a gravement nui à l'efficacité des interventions. La fragilité des infrastructures et les difficultés d'accès aux communautés vulnérables ont constitué un problème supplémentaire. Une organisation infrarégionale, l'Organisation ouest-africaine de la santé (OOAS), a été la première à déployer du personnel dans les trois États membres, afin d'épauler les agents de santé nationaux dans les centres de traitement.

Les taux de mortalité et de morbidité ont grimpé en flèche (également en raison de maladies non transmissibles), le tissu culturel et social s'est effrité, certains rites traditionnels (poignée de mains, toilette et inhumation des morts en famille) ont été abandonnés et l'économie locale s'est retrouvée au point mort. Certaines personnes montrant des symptômes proches de la MVE ont été stigmatisées alors même que les résultats de leurs tests étaient négatifs. La plupart ont tout de même été envoyées dans des centres de traitement, où elles ont été exposées à un risque élevé d'infection.

Le système éducatif s'est interrompu, entraînant une hausse du taux de déscolarisation, des cas de violence sexuelle et du nombre de grossesses précoces. Les problèmes de communication et les déclarations contradictoires des autorités ont engendré un climat de méfiance entre les prestataires de soins de santé, le gouvernement et les organisations de la société civile. Beaucoup de gens se sont tournés vers les guérisseuses et guérisseurs traditionnels, évitant autant

que possible les hôpitaux. La crainte qu'un échantillon de virus puisse être employé à des fins de bioterrorisme s'est propagée. En outre, le déni initial de l'épidémie a suscité la résistance des communautés. L'application des décrets et des règlements sanitaires s'est également révélée difficile, en particulier en ce qui concerne la protection des droits fondamentaux pendant l'exécution des règlements ou celle de la vie et de la propriété. Il a également été noté que, faute de cadres délimitant clairement les rôles et les responsabilités dans les premiers temps de l'épidémie, la coopération entre le personnel de sécurité et le personnel médical a été limitée. La capacité des établissements pénitentiaires à prévenir et contrôler les foyers d'Ebola et d'autres maladies infectieuses était largement insuffisante ; l'accueil de nouveaux détenu-e-s (avec pour corollaire de nouveaux risques d'infection) a posé de grosses difficultés. Il aurait fallu mobiliser davantage le secteur de la sécurité pour maîtriser les foules et pour protéger les centres de traitement et les maisons en quarantaine.

Le secteur de la santé a été complètement débordé. Il aurait fallu plus de centres de surveillance de manière à effectuer un premier tri parmi les nouveaux patient-e-s, même si ceux-ci ont été construits par la suite avec l'aide d'autres organismes, notamment des institutions du secteur de la sécurité. L'équipement d'hygiène et le matériel médical réduisant les risques d'infection étaient limités. Là encore, leur approvisionnement a été assuré ultérieurement par d'autres organismes. Les centres médicaux et les hôpitaux militaires disposaient de ressources limitées pour lutter contre l'Ebola et prodiguer les premiers soins.

Par ailleurs, il a été signalé que les capacités en effectifs des postes-frontières étaient insuffisantes. Il aurait fallu renforcer le personnel (de sécurité) pour les tâches concernant l'immigration et la logistique. Les forces armées ont quelquefois pu venir en aide à d'autres partenaires et pallier en partie ces sous-effectifs, en particulier dans le domaine

de la logistique. Compte tenu de la rareté des installations, le réseau national des bases de renseignement militaire aurait pu être utilisé.

Dans tous les États membres, la population possédait des notions et des informations limitées sur la MVE, et les croyances et perceptions traditionnelles ont entravé la coopération entre le personnel de santé et de sécurité et les communautés. Les barrières linguistiques et culturelles entre les communautés et le personnel de l'aide internationale imposaient le recours à des interprètes, ce qui n'a pas facilité la confiance entre les deux parties. Alors que l'on se tourne

traditionnellement vers elles pour donner des soins, la faible participation des femmes lors de la mobilisation des communautés aux premiers stades de l'épidémie était flagrante. De manière générale, les communautés n'ont pas été sollicitées au début de l'épidémie.

Bien que l'épidémie ait été d'emblée politisée, les gouvernements et les décideurs et décideuses ont donné aux participant-e-s l'impression de ne pas être préparés. En outre, il a semblé que la communauté internationale et les gouvernements étrangers n'étaient pas intéressés par des recherches sur la MVE.



Source: Deutsche Welle

Recommandations pour améliorer la préparation aux crises sanitaires

Les débats ont fait ressortir un certain nombre de recommandations visant les gouvernements nationaux et les organisations régionales, en vue d'améliorer la préparation aux crises sanitaires. En voici la synthèse :

Recommandations visant les administrations nationales :

1. Développez les connaissances, les informations, les formations et les activités de communication sur la MVE et les autres risques d'urgence sanitaire de portée internationale.
2. Organisez des actions de sensibilisation régulières et continues dans toutes les communautés en exploitant tous les moyens de communication possibles.
3. Renforcez le secteur de la santé au niveau national et local, en veillant à la mise en place de structures parallèles capables de faire face à des situations d'urgence tout en exerçant leurs fonctions habituelles.
4. Renforcez le secteur de la santé dans les zones frontalières reculées.
5. Améliorez les routes desservant les communautés vulnérables.
6. Assurez-vous que chaque grand hôpital compte au moins un-e épidémiologiste dans son personnel.
7. Révisez les conditions de service dans le secteur de la santé ; augmentez par exemple la rémunération des professionnel-le-s de la santé dans le cadre des programmes de rétention du personnel.
8. Offrez aux agent-e-s de santé et au personnel de sécurité une assurance maladie adéquate pour qu'ils reçoivent un traitement adapté en cas d'infection sur leur lieu de travail.
9. Embauchez les bénévoles pour inciter d'autres personnes à se présenter.
10. Maintenez l'hygiène des mains obligatoire instituée dans les établissements scolaires et les espaces publics pendant l'épidémie d'Ebola.
11. Garantisiez l'accès à l'eau propre.
12. Sensibilisez la société civile en adoptant des décrets précisant notamment comment s'occuper des défunt-e-s (toilette, inhumation, etc.) en cas de situation d'urgence sanitaire.
13. Mettez en place des systèmes de préparation aux catastrophes, y compris des institutions nationales de gestion des catastrophes, ou renforcez-les, le cas échéant.
14. Soutenez la mise en place de services ambulanciers locaux.
15. Renforcez la décentralisation et la délégation des pouvoirs aux collectivités locales, afin que ces dernières puissent élaborer des décrets visant les situations d'urgence de santé publique.
16. Intégrez systématiquement l'égalité des genres dans les stratégies de préparation aux catastrophes.
17. Élaborez un plan de mobilisation des ressources.
18. Prévoyez des réserves publiques d'urgence (denrées alimentaires, carburants, etc.) en cas de situation exceptionnelle, ainsi qu'un stock

d'équipements médicaux suffisant, notamment des équipements de protection individuelle (EPI).

19. Reprenez les programmes scolaires pour y intégrer l'enseignement obligatoire de compétences en secourisme.
20. Accordez une place centrale aux organisations de la société civile dans les situations d'urgence de santé publique.
21. Encouragez les recherches sur l'évaluation des risques pour la santé publique, ainsi que les recherches sur des politiques fondées sur des données probantes.
22. Élaborez des procédures opérationnelles permanentes pour faciliter la collaboration et la coopération entre les communautés locales, le monde médical et le personnel de sécurité.
23. Dispensez des formations individuelles et collectives aux praticien-ne-s de la santé, aux spécialistes et au personnel de sécurité, et renforcez leurs capacités.
24. Organisez des simulations régulières pour tester le niveau de préparation des praticien-ne-s de la santé et de la sécurité en matière de gestion des catastrophes. Ces exercices doivent s'adresser à la fois aux médecins et au personnel de sécurité. Les partenaires extérieurs peuvent y participer et proposer leur aide.
25. Développez les synergies entre le secteur de la sécurité et le monde médical. Ils doivent tous deux être intégrés dans des mesures communes coordonnées par un organisme public.

Recommandations visant les organisations régionales, en particulier à l'UFM :

1. Élaborez une stratégie régionale de préparation aux catastrophes.
2. Facilitez et améliorez la coopération régionale entre les gouvernements en matière de gestion des crises.
3. Intensifiez les activités de recherche de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et de l'UFM dans le domaine des crises sanitaires mondiales (en créant par exemple un centre infrarégional de formation et de recherche pour faire face aux catastrophes et aux situations d'urgence), et faites-y participer les professionnel-le-s de la santé et de la sécurité.
4. Créez des centres infrarégionaux de contrôle des maladies. Renforcez la mise en œuvre des règlements internationaux sur les systèmes de sécurité sanitaire au sein du Secrétariat de l'UFM et dans les États membres.
5. Adoptez la Déclaration d'Abuja sur la santé publique et veillez à ce que les États membres de l'UFM s'engagent à consacrer au moins 15 % de leur budget national à l'amélioration de leur système national de santé.
6. Étudiez d'autres moyens de collecter des fonds pour la santé au sein des États membres de la CEDEAO et de l'UFM.
7. Créez des équipes de déploiement rapide au sein de l'OOAS.

Sur le rôle joué par les institutions du secteur de la sécurité

Nombreux sont les acteurs du secteur de la sécurité qui ont joué des rôles de premier plan : forces armées nationales ; services de renseignement ; services de police/gendarmerie ; gardes-frontières et services de gestion des frontières ; acteurs locaux de la sécurité (notamment les milices) ; accords internationaux de sécurité ; gouvernements nationaux ; acteurs de la société civile (médias, groupes de réflexion) ; organisations internationales et régionales gouvernementales, y compris les Nations Unies ; ainsi que des organes judiciaires et parlementaires.

Le rôle des forces armées dans la région a été globalement comparable, à quelques différences près. Dans la majorité des cas, elles ont participé aux activités préventives. Elles ont été déployées pour mettre en quarantaine des communautés, empêcher les sorties et les entrées d'individus dans les communautés infectées ou pour limiter la circulation aux frontières des pays de la région. Au Liberia, il a fallu déployer les Forces armées du Liberia, afin de répondre aux besoins élémentaires en matière de sécurité et d'assurer la sécurité. Elles ont été chargées de faire respecter les quarantaines et les couvre-feux et de gérer plusieurs points de contrôle afin de juguler, voire d'interdire, la libre circulation des personnes dans l'espoir d'endiguer la propagation de la maladie. Dans certains cas, elles ont fait usage de leurs armes pour disperser la foule et maintenir un ordre public minimum pendant l'épidémie d'Ebola, une réaction excessive imputable au fait qu'elles n'étaient ni suffisamment formées ni habituées à des crises de cette ampleur. Des heurts tragiques avec la police ont ainsi eu lieu dans une communauté qui craignait que le centre de traitement local, situé dans une zone du centre-ville en quarantaine, puisse être une source d'infection par la MVE. La manifestation populaire contre l'emplacement de ce centre a entraîné des affrontements avec la police.

En Sierra Leone, dans les premiers temps de l'épidémie, le commandement et le contrôle des opérations se sont révélés problématiques. Les forces armées ont cependant tiré des leçons

de leurs premières expériences et, quand elles ont dû intervenir à nouveau, pour procéder à une inhumation par exemple, elles ont agi avec beaucoup de diligence. Elles ont également assumé les fonctions de gardes-frontières en première ligne de l'épidémie qui se propageait.

La situation était similaire en Guinée, où des points de contrôle ont été installés à la frontière pour surveiller la température des personnes qui entraient et sortaient du pays et pour effectuer des contrôles médicaux. Les forces armées ont été chargées de fournir une aide logistique, de transporter du matériel et des fournitures médicales et d'assurer la protection de la population et des professionnel-le-s de la santé, y compris ceux et celles envoyés par les organisations régionales. Par exemple, lorsque des agent-e-s de santé de l'UA ont été pris en embuscade en Guinée, parce que la population locale pensait qu'ils propageaient la maladie, les forces armées les ont transportés par avion en lieu sûr. L'instauration de la confiance entre les organisations civiles et les forces armées a revêtu une importance capitale.

Pendant leur déploiement, les forces armées ont elles-mêmes fait face au risque d'infection et certain-e-s de leurs membres y ont laissé la vie. Luttant contre un ennemi invisible et imprévisible, elles ont craint pour leur propre survie. Les médecins militaires mobilisés pour traiter les cas d'Ebola étaient extrêmement exposés. Souvent, les hôpitaux militaires manquaient d'équipements et de moyens.

Dans les derniers temps de l'épidémie, la coordination et la coopération entre les forces armées et la police de la Sierra Leone ont commencé à s'améliorer. Des progrès identiques ont pu être observés en Guinée : la collaboration entre la communauté, la police et les militaires s'est améliorée à mesure que l'intervention contre l'épidémie a progressé.

La participation des forces armées a été très utile pour lutter contre l'épidémie. Premièrement, la crise exigeait des interventions rapides et beaucoup de discipline dans leur mise en œuvre. Les forces armées montraient davantage de discipline que les actrices et acteurs civils et que la population en général. Deuxièmement, les médecins militaires étaient formés, entraînés et capables de gérer

des situations de crise. Par leur formation, ils connaissaient les protocoles qu'il fallait respecter et appliquer. Troisièmement, les médecins militaires ont fait preuve de plus de discipline que certain-e-s professionnel-le-s civil-e-s de la santé dans les hôpitaux civils. Dans cette dernière catégorie, certaines personnes ont dû suivre elles-mêmes un traitement à la suite de leurs traumatismes, et certaines ont fui les hôpitaux. Quatrièmement, une collaboration a pu être établie entre les acteurs civils et militaires. En Guinée, par exemple, les centres de coordination civils et militaires travaillaient en étroite collaboration et échangeaient des informations par le biais de réunions d'information quotidiennes. Cinquièmement, le personnel militaire a pu venir en aide aux acteurs régionaux : des agent-e-s de renseignement et des militaires ont ainsi été attachés au déploiement des agent-e-s de santé de l'OOAS. Ils ont été affectés à ces missions pour apporter une aide logistique et donner des conseils en matière de sécurité.

Outre le rôle essentiel des forces armées, la participation des forces de police s'est révélée décisive. Au Liberia, la police nationale a dû être déployée. En Sierra Leone, la police a mis à disposition des infrastructures, par exemple des écoles de police, pour servir de dispensaires. Un manque d'information et de coordination entre les différentes unités de police a cependant été observé. Par conséquent, leur personnel disposait rarement d'équipements de protection en quantité suffisante. En ce qui concerne les prisons et les centres pénitentiaires, les mesures de précaution ont souvent été inadaptées. Au début de l'épidémie, les détenu-e-s étaient souvent placés dans des cellules avec d'autres détenu-e-s sans avoir été soumis à des tests de dépistage de la MVE. Il a fallu attendre quelque temps avant que le dépistage ne soit imposé à tou-te-s les arrivant-e-s.

En Guinée, les agent-e-s de police confrontés à la MVE n'avaient pas suffisamment été formés et n'avaient pas été préparés. Par conséquent, le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) a commencé à former la police à la prise en charge de ses personnels exposés à l'Ebola. Malheureusement, ce type de formation n'a été proposé qu'à la police, et pas aux autres acteurs qui étaient également en contact

avec des personnes infectées. De surcroît, le partage d'informations entre les différentes unités laissait à désirer. Il n'y a pas eu de réelle coopération régionale concernant les mesures prises par la police dans le cadre de la crise. Le partage des informations et des retours d'expérience entre les pays était réduit au minimum, voire inexistant.

En ce qui concerne la gestion des frontières, les tentatives de fermeture n'ont pas réussi à juguler la libre circulation des personnes, les frontières nationales naturelles ayant tendance à être très poreuses dans la région. Le soutien logistique au dépistage des personnes aux frontières n'était pas suffisant. La communication entre les services de sécurité et la population frontalière était mauvaise. De plus, chaque pays a géré différemment la fermeture de ses frontières. Certaines frontières s'ouvraient et se fermaient de manière erratique, en fonction d'autres intérêts nationaux. Par exemple, à la frontière entre la Côte d'Ivoire et le Liberia, les survivant-e-s des groupes armés continuaient d'entrer au Liberia pour y mener des activités illégales. Dans une certaine mesure, la fermeture des frontières a mis un terme aux mouvements des milices. Dans d'autres cas, les frontières étaient fermées dans un sens et ouvertes dans l'autre. Souvent, la circulation des informations concernant la fermeture des frontières n'était pas coordonnée. En vertu du Quinzième protocole de l'UFM, les gardes-frontières des États membres sont censés se réunir régulièrement pour échanger des informations sur les questions liées à la gestion des frontières. Cependant, quand la MVE s'est déclarée, la plupart de ces réunions ont été annulées. Seules les unités frontalières de Côte d'Ivoire et du Liberia ont maintenu les rencontres consacrées à l'octroi d'autorisations communes pour les postes-frontières.

Il existe trois types de postes-frontières : les classes A, B et C. Seules les deux premières catégories étaient tenues par du personnel. S'agissant des frontières de classe A, aucune unité d'intervention d'urgence ni aucun centre d'urgence n'étaient en place pour accueillir les personnes contrôlées. Il n'existait aucune structure pour recevoir des gens pendant plusieurs heures, alors qu'elles auraient été nécessaires lorsque les frontières ont été prises

d'assaut. De ce fait, les contrôles, les dépistages et les recherches de contact n'ont pas pu être effectués correctement. À cela s'ajoute le fait qu'après la déclaration de l'épidémie, beaucoup de personnes ont évité les postes-frontières de classe A et B pour passer d'un pays à l'autre sans surveillance. Étant donné que plusieurs communautés vivent des deux côtés de la frontière, la circulation est restée importante même pendant la crise. Bien que le Protocole de l'UFM interdise la fermeture des frontières, la Guinée et le Liberia ont provisoirement et unilatéralement fermé leurs frontières en dernier recours pour endiguer la propagation de l'épidémie. En Guinée, si les personnes étaient autorisées à franchir la frontière, les véhicules se voyaient refuser cette autorisation. Ce principe était absurde, puisque c'étaient les personnes, et non les voitures, qui transportaient le virus.

La corruption a constitué un autre problème : des individus corrompus ont compromis la sécurité en acceptant des pots-de-vin ou des faveurs. Une seule personne suffisait pour que tous les progrès obtenus grâce à un dépistage soigné soient réduits à néant. La seule parade consiste, à court terme, à faire appliquer des règles strictes de lutte contre la corruption et, à long terme, à faire changer les comportements et les attitudes.

Les services de renseignement nationaux ont participé de différentes manières à la lutte contre l'épidémie. En Sierra Leone, ils ont été employés à la recherche des contacts, en particulier le long des frontières. Dans certains cas, des familles cachaient leurs proches malades et les soignaient chez elles et dans l'isolement. Elles avaient peur qu'en signalant des cas d'infection elles soient privées de ravitaillement. En outre, elles voulaient continuer d'observer leurs pratiques culturelles et religieuses, notamment pour la toilette rituelle et l'inhumation des défunt-e-s. C'est pourquoi ce sont souvent des voisin-e-s qui ont appelé les autorités pour signaler les personnes qu'ils soupçonnaient d'avoir contracté le virus.

Les services de renseignement et les informateurs et informatrices ont également permis de faciliter le suivi des cas d'Ebola. Il est essentiel d'investir des moyens dans la recherche des contacts en s'appuyant sur le travail des services de renseignement.

Cependant, une marge de progression subsiste en matière de partage des informations. Le partage transfrontalier d'informations, en particulier, n'était pas très développé. Il n'existait pas ou peu de collaboration entre les différents services de renseignement nationaux. Ce phénomène est en partie imputable à la barrière linguistique qui sépare les pays francophones et anglophones d'Afrique de l'Ouest. C'est pourquoi, dans les communautés frontalières, il est important de parler et de comprendre les langues locales pour recueillir et analyser les informations. De même, il est primordial de recueillir des données pour vérifier la véracité des rumeurs qui circulent dans ces communautés. Le partage d'informations sur la sécurité nationale d'un pays à l'autre étant pratiquement inexistant, cela s'est ressenti dans la capacité de l'UFM à recueillir des informations fiables. Le partage et la coordination des informations à l'échelle régionale et nationale doivent être améliorés. Alors que des réunions de coordination auraient dû être organisées à cet effet entre les différents organismes de sécurité, ces discussions n'ont véritablement eu lieu que très longtemps après le début de la crise. Auparavant, elles étaient simplement ponctuelles. Dans certains pays, des obstacles bureaucratiques ont empêché le partage d'informations utiles.

Point positif, un système a été mis en place en Guinée pour réunir les équipes chargées de la santé et de la sécurité sur la même liste de diffusion électronique, ce qui a permis aux deux groupes de recevoir les informations utiles.

Les acteurs du secteur de la sécurité ne se limitent pas aux forces armées, à la police, aux services de renseignement et aux gardes-frontières. Il faut y ajouter des acteurs locaux de la sécurité, tels que les chefs locaux, leurs groupes armés, leurs informateurs et leurs milices. Le rôle constructif qu'ils ont pu jouer dans ce processus est resté méconnu. Toutefois, certains chefs locaux ont, semble-t-il, franchi la frontière pour entamer des discussions. De même, des anciens se sont réunis pour discuter de problèmes frontaliers communs. Deux chefs d'État ont pris part à ces discussions en une occasion. En Côte d'Ivoire et au Liberia, les chefs locaux se sont réunis pour évoquer les problèmes liés aux frontières, à la sécurité, à

la paix et à la réconciliation. Il faut tirer des enseignements de ces cas de collaboration transfrontalière entre des acteurs locaux de la sécurité.

Quel a été le rôle des gouvernements nationaux face à la crise ? En Guinée, le gouvernement n'a pas su informer le public du risque représenté par la MVE. Ses mesures ont été de nature réactive plutôt que préventive. En Sierra Leone, le gouvernement a été avisé des mesures à prendre pour lutter contre le virus dans les différentes régions du pays. Au Liberia, les alertes du gouvernement concernant l'épidémie ont été diffusées très tard par rapport à la Sierra Leone et à la Guinée. Au Mali, les structures et les moyens qui auraient permis de faire rapidement face à l'épidémie n'étaient pas disponibles. Il ne s'agissait pas seulement d'un manque de moyens financiers, mais aussi – et surtout – d'une question de mentalité : la prévention des risques et la préparation ne faisaient pas partie des priorités du gouvernement. Ce dernier s'est montré incohérent : d'un côté, les ressources étaient trop limitées pour financer des programmes de préparation à une crise sanitaire, en revanche, il n'a jamais semblé à court de moyens pour la prolifération des armes.

En règle générale, les gouvernements nationaux ont pâti (et continuent de pâtir) de la méfiance de leur propre population. Par conséquent, même si un gouvernement a correctement anticipé le risque d'épidémie et averti la population, celle-ci ne l'a pas cru. Outre le manque de confiance et de crédibilité, les gouvernements nationaux n'avaient pas mis en place les structures nécessaires pour faire face une situation d'urgence sanitaire. Il était donc impossible que le secteur de la sécurité puisse réagir rapidement. Par ailleurs, chaque gouvernement s'est efforcé de lutter contre la MVE de son côté au lieu d'essayer de coopérer avec les gouvernements des pays limitrophes. Les nombreuses recommandations des expert-e-s n'ont malheureusement pas été écoutées, le monde politique refusant trop souvent de leur prêter attention.

Les conséquences de la MVE n'ont pas pu être anticipées et la société n'était pas préparée lorsque l'épidémie a éclaté. Ni la population ni le gouvernement n'ont pris

conscience de l'ampleur et de la nature des « violences » engendrées par la maladie. Cette incompréhension totale de la maladie et de son impact a eu de lourdes répercussions, qu'il aurait été possible de minimiser si les populations touchées avaient été mieux informées sur la nature d'une épidémie potentielle.

Les médias, source d'information majeure pour la population, diffusaient des rumeurs nuisibles et de fausses informations, à l'instar de la rumeur selon laquelle la MVE était une manœuvre du gouvernement pour décimer la population. Les médias ont politisé l'épidémie et minimisé l'urgence de la situation. Un dialogue constructif avec les médias et les autres acteurs de la société (populations frontalières et leurs représentant-e-s, instituts de recherche, organisations non gouvernementales) est donc nécessaire pour se préparer aux situations d'urgence sanitaire et y faire face.

Malgré le manque de préparation de la société, les actrices et acteurs de la société civile ont vite appris et ont exercé un rôle important, notamment en assurant le ravitaillement. À chaque fois que des personnes en quarantaine demandaient à manger, la société civile était présente pour répondre à ce besoin élémentaire. Même si les cortèges funèbres ont fait l'objet de restrictions sévères pendant l'épidémie, elle a permis de maintenir une partie des rites traditionnels. Les acteurs sociétaux auraient joué un rôle majeur au Mali, car ils étaient en contact avec une part relativement importante de la population. Des gens sont souvent venus en aide aux personnes les plus vulnérables de leur propre initiative. D'autres ont servi d'intermédiaires en transmettant sans tarder des informations utiles aux personnes compétentes. Même les musicien-ne-s (des rues) ont pu jouer un rôle actif : des brochures et des prospectus d'information, mais aussi des médicaments, ont pu être distribués aux spectateurs et spectatrices. En Sierra Leone, il aurait fallu resserrer les liens de la police et de l'armée avec la société civile. En passant par les acteurs sociétaux pour atteindre la population, l'une comme l'autre pourraient rétablir des liens de confiance avec la société.

Les cadres institutionnels et juridiques doivent également être améliorés. Si certains pays (comme la Sierra Leone) ont publié des

décrets à l'échelle locale dès que l'épidémie a éclaté, d'autres (comme le Mali) les ont promulgués plus tard. Le président sierraléonais a consulté le parlement avant de déclarer une situation d'urgence de gravité internationale. Par la suite, plusieurs décrets locaux ont été adoptés pour réglementer les mesures d'hygiène et la toilette rituelle des morts. Les infractions étaient passibles de fortes amendes. De même, la pratique répandue consistant à traiter les malades chez soi a été interdite. Une fois la législation appropriée entrée en vigueur, il aurait fallu dispenser des formations sur sa bonne mise en œuvre, notamment auprès des forces de sécurité. Par exemple, un décret imposait l'incinération des effets personnels des patient-e-s décédés des suites de la MVE. Toutefois, dans plusieurs cas, ce décret n'a pas été compris, et des maisons entières ont été brûlées après la mort de leurs occupants atteints

de MVE, privant de toit les proches survivants. De surcroît, le Règlement sanitaire international (RSI) de 2005 a rarement été appliqué à l'échelle nationale, en raison du manque de fonds pour sa bonne mise en œuvre.

Le secteur de la sécurité s'est révélé efficace pour traiter les crises sanitaires et les situations d'urgence, et il a été une composante importante des interventions régionales. Sur le plan national, il faisait partie intégrante des structures de préparation et d'intervention post-catastrophe. Il était essentiel de coopérer de manière constructive avec le secteur de la santé pour réagir concrètement et efficacement aux crises sanitaires et aux situations d'urgence. Ceci suggère également que la préparation aux interventions en cas de crise sanitaire doit être intégrée dans les activités de réforme du secteur de la sécurité.

Recommandations pour améliorer le rôle joué par les institutions du secteur de la sécurité

Les débats ont fait ressortir un certain nombre de recommandations visant le secteur de la sécurité en général et les organismes de contrôle, les services de police, la police aux frontières, les services de renseignement, les chefs traditionnels et les institutions de sécurité concernant les capacités d'alerte rapide et le soutien des donateurs internationaux, afin de renforcer les rôles du secteur de la sécurité dans la gestion des crises sanitaires et la préparation à celles-ci. En voici la synthèse : security sector in health crisis preparedness and management emerged from the discussions, as summarized below:

Recommandations visant les institutions du secteur de la sécurité en général :

1. Introduisez une formation pour les institutions de sécurité (en particulier la police et les forces armées) dans les pays susceptibles d'être concernés (dans le cas présent la Guinée, le Liberia et la Sierra Leone) au sujet de la gestion des crises et de la mobilisation en cas de crise, par exemple en proposant des formations de formateurs.
2. Mettez en place des directives de sécurité sanitaire claires pour le personnel de sécurité dans tous les États membres de l'UFM.
3. Mettez en commun, à l'échelle régionale, les expériences des institutions de sécurité en matière de processus de réforme.
4. Renforcez le rôle du secteur de la sécurité (prestataires de services de sécurité et institutions de contrôle) en matière de gestion des situations d'urgence de santé publique.
5. Intégrez la gestion des catastrophes dans le cadre de sécurité nationale, chaque pays devant se doter de sa propre cellule de sécurité sanitaire.
6. Instaurez des procédures opérationnelles permanentes pour faciliter la

participation constructive du secteur de la sécurité à la prévention et à la gestion des crises sanitaires.

7. Dispensez des formations sur l'interprétation et l'application des décrets locaux pour éviter les malentendus.
8. Convoquez les journalistes et les médias locaux, nationaux et internationaux à des formations sur le signalement et la gestion des situations d'urgence, ainsi que sur le journalisme responsable.
9. Favorisez les échanges entre les médias, les autres acteurs de la société et le secteur de la sécurité.

Recommandations visant les institutions de contrôle du secteur de la sécurité :

1. Pour les organes législatifs de la région, instituez la mise en œuvre de cadres juridiques garantissant le respect des lois sur les situations d'urgence de santé publique.
2. Renforcez les capacités et le mandat des commissions de contrôle parlementaire chargées de la défense et de la sécurité pour qu'elles apportent leur expertise en matière de sécurité sanitaire.
3. Mandatez les organismes de sécurité pour qu'ils apportent une aide médicale d'urgence aux personnes ayant survécu à la MVE (et à d'autres crises sanitaires), en faisant appel, par exemple, au secteur de la sécurité en cas de besoin ponctuel.

Recommandations visant les services de police :

1. Intégrez la gestion de crise dans le programme de formation de toutes les forces de police de la région.
2. Améliorez les relations avec les acteurs de la société civile par le biais de dialogues constructifs.
3. Renforcez la capacité des forces de police à assumer leur responsabilité de protéger la population.
4. Formez les services de police aux procédures voulues de dépistage médical lors des situations d'urgence de santé publique.
5. Introduisez le concept et la pratique d'une police de proximité au sein de l'UFM, qui devra ensuite promouvoir celle-ci dans ses États membres.

Recommandations visant les services de police aux frontières :

1. Faites preuve de la volonté politique requise afin d'instaurer des politiques de contrôle de la circulation des personnes et des véhicules aux frontières de la Guinée, du Liberia et de la Sierra Leone, grâce à une coopération efficace (réunions communes aux frontières, partage d'informations, etc.), en particulier dans l'éventualité d'une crise de santé publique dans l'un des trois pays limitrophes.
2. Contribuez au renforcement des capacités des agent-e-s chargés de la gestion des frontières.

Recommandations visant les services de renseignement :

1. Intégrez les instructions du Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale dans les Renseignements de sécurité nationaux.
2. Renforcez les capacités des services de renseignement et assurez-vous qu'ils font preuve de la discipline requise pour s'acquitter de leur responsabilité de repérage et de traçage des crises sanitaires.

Recommandations visant les chefs traditionnels :

1. Formez les responsables locaux et traditionnels sur les règles, les procédures publiques et la réglementation à appliquer en cas de situation d'urgence de santé publique, afin de renforcer la sécurité sanitaire publique en cas d'apparition de foyers de maladie locaux.

Recommandations visant le renforcement des capacités d'alerte rapide dans le secteur de la sécurité :

1. Élaborez des stratégies pour que les institutions de sécurité sachent déceler les signes précurseurs d'une maladie, repérer une épidémie potentielle et réagir promptement, le cas échéant.
2. Améliorez la collecte de données et les recherches sur le bioterrorisme en tissant des réseaux interétatiques.

Recommandations visant le renforcement des capacités du secteur de la sécurité par les donateurs internationaux :

1. Apportez un soutien financier, notamment par le biais de partenariats internationaux, afin de faciliter les réformes, les formations et le renforcement des capacités.
2. Prévoyez des budgets suffisants de la part des gouvernements et des partenaires internationaux pour parer aux urgences sanitaires, éventuellement en créant des fonds d'affectation spéciale à cet effet.
3. Assurez-vous de la gestion efficace, performante et responsable de l'aide reçue des donateurs. Servez-vous des audits pour mettre en avant les bonnes pratiques et garantir aux gouvernements donateurs que leur aide parvient aux personnes qui en ont le plus besoin.

Réflexion sur les rôles et points de vue des acteurs bilatéraux, régionaux et internationaux

Au début de l'épidémie, les rôles des institutions régionales et infrarégionales (CEDEAO, UFM) et de l'Union africaine (UA) ont semé la confusion. La répartition des tâches entre ces organisations, les acteurs nationaux et les acteurs internationaux était floue. Il y a toutefois eu des exceptions. Au Liberia, par exemple, les agent-e-s de santé et le personnel de sécurité de la CEDEAO et de l'UA ont collaboré dans un objectif commun, sous la direction des autorités nationales. Les services de santé étaient extrêmement limités, avec peu ou pas d'infrastructures en place. L'aide de la communauté internationale s'est donc révélée extrêmement utile.

Les pays aux infrastructures de santé publique développées, comme le Mali, le Nigeria et le Sénégal, ont été en mesure de contenir rapidement et efficacement la propagation de la MVE, ce qui leur a valu un nombre de cas nettement inférieur à celui de leurs voisins.

La corruption et le détournement des ressources (y compris les ressources nationales ou celles envoyées par les partenaires internationaux) qui ont été observés ont suscité la méfiance des acteurs étrangers envers les institutions et les processus locaux. Par conséquent, de nombreux partenaires étrangers ont créé des structures parallèles qui n'ont pas été maintenues après la crise et ont laissé derrière elles un grand déficit de compétences.

Une collaboration a été tentée avec le Secrétariat de l'UFM pour mettre en place des procédures opérationnelles permanentes concernant la gestion des frontières. Cependant, après une rencontre avec l'UFM et ses partenaires, l'un des partenaires étrangers a préféré opter pour une aide bilatérale. En outre, une compétition contre-productive aurait été observée entre les partenaires, allant jusqu'au détournement des efforts et des activités sur place, avec parfois une insistance excessive sur leur propre expertise ou un recours à des méthodes et modèles internes, au mépris des besoins, des préférences et de l'expérience de la population locale.

Les pays touchés ont eu le sentiment très net que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) avait beaucoup tardé à intervenir (trois mois après l'apparition de la crise) et qu'elle avait trop attendu avant de qualifier l'épidémie d'urgence de santé publique de portée internationale. Si les organisations régionales disposent bel et bien de protocoles, ceux-ci ont peu été appliqués dans la région. La population était mal informée et peu sensibilisée à la présence de troupes étrangères (surtout américaines) ; de fausses rumeurs ont circulé quant au motif de leur déploiement. La CEDEAO et l'UA ont déployé séparément leurs missions d'aide sanitaire. Alors que le président sierraléonais avait demandé que les agent-e-s de santé soient déployés conjointement et travaillent en étroite collaboration, cela n'a pas été suivi d'effet immédiat. Sur le plan bilatéral, de nombreuses collaborations se sont mises en place avec l'UA, la CEDEAO, l'UFM et différents États d'Afrique et du reste du monde (Europe, Amérique du Nord, et des pays tels que Cuba ou la Chine). La Mission des Nations Unies au Liberia (MINUL) et la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE) ont utilisé les structures de l'UFM.

Pour ce qui est du déroulement et de l'implication des accords internationaux de sécurité, des organisations internationales gouvernementales (OIG) régionales et des Nations Unies, les expériences ont varié en Sierra Leone, en Guinée et au Liberia. Au départ, les institutions de sécurité nationales étaient en première ligne des interventions. Par la suite, des forces de sécurité internationales ont été déployées : britanniques en Sierra Leone, françaises en Guinée et américaines au Liberia. Elles ont établi leurs propres centres de commandement. En Guinée, le CICR a fait partie des premiers intervenants internationaux. Contrairement aux autres États, ce n'étaient pas les forces armées qui étaient chargées des procédures d'inhumation, mais le CICR. Il a fallu trouver un équilibre délicat pour que les proches puissent rendre un dernier hommage aux défunt-e-s tout en garantissant une inhumation rapide afin d'éviter toute transmission. Lorsque quelqu'un mourait, le CICR vérifiait si la MVE était la cause du décès. Si le résultat était négatif (cette personne n'était pas infectée), la famille

se voyait délivrer un certificat indiquant que la dépouille pouvait être inhumée sans risque. En cas d'infection, il était interdit de transporter le corps dans une autre municipalité.

Le transport des malades et des défunt-e-s a constitué un obstacle de taille. Avant l'épidémie, la Guinée, le Liberia et la Sierra Leone possédaient tous des services ambulanciers inefficaces. Cependant, à la suite de la mobilisation des acteurs internationaux, plusieurs ambulances ont été mises en service dans les différentes régions de Guinée. En Sierra Leone, des cyclomoteurs ont été distribués aux travailleurs et travailleuses sociaux. Au

Liberia, les États-Unis et la Chine ont créé plusieurs unités d'intervention d'urgence. D'autres pays ont fait don de véhicules, de matériel et d'articles d'aide humanitaire. En Sierra Leone, il existait des structures d'urgence avant l'épidémie d'Ebola. Elles n'ont toutefois pas été utilisées pendant l'épidémie, car les partenaires internationaux ont décidé de travailler dans de « nouvelles structures », délaissant totalement celles qui étaient en place. Les autorités locales se sont étonnées que certains acteurs internationaux refusent de travailler dans les structures existantes.

Recommandations visant les acteurs bilatéraux, régionaux et internationaux

Investissez dans des stratégies de communication locale, nationale et régionale :

1. Aidez les acteurs nationaux à sensibiliser toutes les communautés touchées par le biais de stratégies de communication efficaces.
2. Modernisez les informations, l'éducation, la communication, ainsi que les technologies de l'information et de la communication (TIC) à l'échelle nationale.
3. Investissez dans une gestion de l'information adéquate pendant les crises.
4. Sensibilisez la population, ainsi que les forces armées et les autres organismes de sécurité, car le manque d'information aboutit à des interventions lentes et inadaptées.
5. Prévoyez des activités de prévention de la violence sexiste dans les stratégies de préparation aux catastrophes.

Soutenez la collecte d'informations :

1. Renforcez les capacités des services de renseignement, pour qu'ils sachent repérer les épidémies et signaler leurs retombées possibles ou avérées aux frontières et dans les pays limitrophes.
2. Investissez dans le partage d'informations à l'échelle régionale. Dans chaque pays, des groupes mixtes de coordination et de suivi des secteurs de la santé et de la sécurité doivent veiller au partage d'informations fiables entre les pays de l'UFM. Il est important que les services de renseignement au sein de l'UFM recueillent ensemble des informations et mutualisent leurs résultats.
3. Apportez une aide internationale pour faciliter la coopération en matière de renseignement, ainsi que la collecte et l'analyse conjointes des informations.
4. Facilitez la production et le partage d'informations dans les communautés frontalières : il est primordial de mettre à leur disposition des informations fiables et de les faire participer à la collecte et à l'analyse des données.

5. Assurez-vous que les services d'immigration et de douane en contact avec les voyageurs qui passent d'un pays à l'autre contribuent à la collecte d'informations, et que ces dernières soient relayées vers les capitales et dans les organisations responsables de leur collecte et de leur analyse.
6. Investissez dans des systèmes d'alerte rapide : à cet effet, il faut réunir des spécialistes de toutes les institutions du secteur de la sécurité, en vue de garantir une collecte et une analyse efficaces des données. Dans un premier temps, on se contentera de réunions interactives en ligne régulières pour recueillir et partager les informations.

Soutenez le renforcement des capacités des acteurs de la santé :

1. Faites des réserves d'équipements médicaux appropriés, notamment d'EPI, et mettez-les à disposition le cas échéant.
2. Investissez dans des initiatives visant à renforcer la préparation du secteur national de la santé, et renforcez les initiatives en place.
3. Assurez-vous que les agent-e-s de santé militaires prennent une part active au traitement des victimes de la crise sanitaire, et qu'ils participent dès le départ à la préparation et aux formations intersectorielles conjointes.
4. Soutenez en priorité l'élaboration et la mise en œuvre de règles d'engagement et de procédures opérationnelles permanentes adaptées. Il s'agit de s'assurer de la capacité des forces armées à compléter les actions civiles, de définir la répartition des tâches et d'élaborer des procédures de transfert progressif des compétences entre les forces armées, les autres organismes de sécurité et les acteurs civils, en fonction des conditions spécifiques de chaque situation et de l'évolution de la crise.
5. Veillez à ce qu'en plus du renforcement des infrastructures de santé publique, les hôpitaux civils et militaires puissent bénéficier d'une aide à la rénovation et à la modernisation de leur équipement, car ils rendent des services importants pendant les situations de crise.

Soutenez le renforcement des capacités des organismes de sécurité :

1. Proposez des formations adaptées et une préparation aux crises sanitaires aux services de police.
2. Apportez aux services de police un soutien logistique adapté. Il est nécessaire de favoriser un rapprochement et de meilleures relations avec la population, en particulier par le biais de la police de proximité.
3. Assurez-vous que les services de police de toute la région coopèrent en matière de formation et de partage des informations, et que les cellules de lutte contre la criminalité transnationale existantes sont consolidées.
4. Assurez-vous que tous les organismes de sécurité (forces armées, police, gestion des frontières, services de renseignement et autres) sont représentés dans des « groupes de surveillance mixtes ».
5. Offrez une formation commune au personnel local de sécurité et de santé, dans la mesure où la préparation à la gestion des crises sanitaires doit être menée conjointement avec les autres acteurs de la sécurité et les institutions

de santé civiles.

6. Proposez une formation de sensibilisation aux enjeux des crises sanitaires aux membres des missions internationales déjà présents dans le pays ou sur le point d'y être déployés. La formation aux situations d'urgence sanitaire doit devenir un module standard des formations aux opérations de maintien de la paix.

Soutenez les activités de gestion des frontières :

1. Réalisez des analyses coûts/avantages de la fermeture des frontières.
2. Mettez en place des procédures améliorant la coordination pour faciliter les actions conjointes de fermeture et de gestion des frontières.
3. Renforcez les processus et les infrastructures d'immigration et de douane aux frontières.
4. Facilitez la signature d'accords régionaux sur l'harmonisation de la fermeture et de l'ouverture des frontières. Dans l'idéal, c'est à l'UFM d'assumer cette tâche, la question ayant déjà été débattue lors de la réunion des chefs d'État à Abidjan en 2012.
5. Promouvez une gestion intégrée, moderne et professionnelle des frontières, et fournissez le matériel requis pour le dépistage.
6. Améliorez l'interface avec les communautés, mettez en place des dispositifs de régulation de la circulation aux frontières et facilitez des réunions conjointes de coordination et de collaboration avec la population frontalière et les organismes de contrôle des frontières. Des réunions avec les chefs locaux, les autorités locales, les jeunes et d'autres parties prenantes sont déjà organisées. Cependant, il est urgent de les soutenir (financièrement) pour garantir la régularité des échanges.
7. Proposez au personnel de la sécurité des frontières, des douanes et de l'immigration des formations sur la législation nationale et régionale en matière d'immigration.

Soutenez le renforcement des capacités des institutions de contrôle :

1. Veillez à ce que les parlements et les gouvernements soutiennent des processus de réforme du secteur de la sécurité qui tiennent compte de la nécessité de faire évoluer le recours aux institutions de sécurité aux fins de gestion des crises sanitaires.

Respectez et encouragez le leadership, l'appropriation et la viabilité au niveau local :

1. Les organismes régionaux et internationaux doivent considérer le déploiement comme une mesure prise en premier recours pour répondre à des demandes nationales.
2. Il faut tenir compte du fait que l'ordre d'intervention à privilégier commence par une intervention nationale, puis régionale et enfin internationale : si un

gouvernement national n'intervient pas et refuse au contraire l'offre d'aide extérieure, c'est aux organisations régionales de prendre le relais. Dans les situations d'urgence sanitaire, à la différence des cas de crime contre l'humanité, mieux vaut éviter l'intervention active d'organisations internationales, à moins que des négligences flagrantes ne mettent en danger la population et les pays limitrophes. Les acteurs nationaux doivent être les premiers à intervenir, suivis de l'assistance infrarégionale ou régionale, avant de faire appel à l'aide internationale. Les organisations régionales et internationales doivent offrir leur aide et contribuer à l'autonomisation des organismes nationaux existants.

3. Respectez le fait que les pays touchés doivent être aux commandes : un centre de coordination nationale doit épauler l'organisation chef de file nationale ou locale. Cela inciterait les parties prenantes nationales à se mobiliser davantage et garantirait l'adhésion nécessaire pour une intervention efficace. Ce type de centre permet aux pays touchés de traiter eux-mêmes avec les donateurs extérieurs potentiels, sans passer par l'intermédiaire d'organisations internationales ou régionales qui sont tentées de faire valoir leurs propres règles et préférences. Il vaut parfois mieux que les pays touchés maintiennent des relations bilatérales, de manière à accélérer la prise de décision et le déploiement des capacités de soutien.
4. Concentrez-vous sur le problème du moment et évitez la course à la reconnaissance : tous les acteurs impliqués doivent adhérer aux valeurs du respect mutuel et du partenariat, et se garder de chercher les éloges ou de tenter d'occuper le devant de la scène (médiatique) internationale, ce qui créerait une compétition contre-productive entre les partenaires.
5. Concernant la participation des organismes de sécurité internationaux : lorsque des troupes étrangères ou d'autres organismes de sécurité internationaux sont déployés, informez la population du rôle des accords internationaux de sécurité et de leurs intentions, afin de garantir la collaboration du gouvernement national et de la population. Le rôle des organismes de sécurité internationaux doit être soigneusement défini et préciser clairement les mandats, la répartition des tâches et une stratégie de sortie. Cette dernière doit être négociée avec les acteurs locaux, nationaux, régionaux et internationaux pour garantir un transfert constructif des activités conjointes.

Soutenez les mécanismes d'intervention régionaux et infrarégionaux :

1. Établissez clairement les rôles spécifiques respectifs et la répartition des tâches entre les institutions continentales, régionales et infrarégionales, en particulier l'UA, la CEDEAO et l'UFM.
2. Facilitez la collaboration constructive des organismes régionaux et nationaux en prévision d'interventions ultérieures efficaces.
3. Créez des fonds régionaux d'urgence pour que l'UA, la CEDEAO et l'UFM puissent prendre les devants en cas de crise, sans attendre la mise à disposition de fonds d'urgence.
4. Les organismes régionaux doivent coordonner les organismes nationaux de gestion des catastrophes pour gérer avec efficacité les situations d'urgence

sanitaire de portée nationale. À l'instar du Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA), il serait utile de créer un bureau similaire au sein de l'UA, de la CEDEAO et de l'UFM.

5. Établissez un comité de crise régional permanent (intégrant éventuellement les comités d'aide humanitaire existants) qui coordonnera les interventions en cas de catastrophe ou de crise d'envergure régionale. Ce comité opérera au fil des différentes phases (prévention, intervention, rétablissement) et à différents échelons (national et régional). Il privilégiera l'action à long terme et la préparation, et se réunira régulièrement.
6. Renforcez les protocoles existants des organisations régionales, et adoptez des protocoles sanitaires précisant les responsabilités, les compétences, les mesures et les échéances.
7. Dans les centres régionaux de contrôle des maladies, effectuez des recherches en vue d'élaborer des protocoles (sanitaires) et des procédures opérationnelles permanentes de prévention, d'intervention et de rétablissement.
8. Créez des centres régionaux de contrôle des maladies dotés de budgets réguliers qui étudieront les virus, les souches et les conséquences de leur propagation.
9. Assurez-vous que le gouvernement dispose de réserves stratégiques de denrées alimentaires, de carburant, de moyens de transport et de logistique.
10. Appuyez-vous sur les structures, les institutions et l'expertise existantes : il est crucial d'utiliser et d'exploiter les institutions déjà intégrées dans les communautés, de les consolider et de renforcer leurs capacités, dans la mesure où elles perdureront après le départ des partenaires internationaux. Il est tout aussi important que les organisations internationales et régionales respectent l'expertise et l'expérience locales et qu'elles s'adjoignent leurs services. Elles ne doivent pas prendre le contrôle, mais apporter leur contribution et leur soutien. En cas de méfiance des étrangers à l'égard des institutions et processus locaux, il faut informer les partenaires et les donateurs qu'il n'est pas toujours nécessaire de passer par des institutions locales dépourvues des structures et procédures de responsabilité requises. En revanche, des organisations très fédératrices telles que l'UFM peuvent servir de plateforme de coopération et de coordination. Les partenaires extérieurs peuvent apporter leur contribution et leur soutien aux activités instiguées et dirigées par l'UFM en fournissant un appui logistique (denrées alimentaires, hébergements à l'hôtel, moyens de transport, etc.).

Soutenez la coordination à l'échelle nationale et régionale :

1. La participation du secteur de la sécurité en cas de crise sanitaire doit être coordonnée par l'UFM et les bureaux nationaux de sécurité nationale.
2. Envisagez la mise en place d'un cadre et d'une stratégie de réforme du secteur de la sécurité, puisqu'il n'en existe pas à l'échelle de l'UFM. Cette stratégie pourrait s'inspirer des cadres de l'UA et de la CEDEAO, mais être adaptée à l'UFM et tenir compte de la nécessité d'intégrer des dispositions de sécurité sanitaire. Le cadre de la réforme du secteur de la sécurité à l'échelle de l'UFM ainsi obtenu pourrait être très novateur et prendre en compte de nouvelles menaces (notamment sanitaires).

Encouragez le respect des normes et principes internationaux :

1. Consolidez les engagements nationaux et régionaux relatifs au droit international humanitaire, au droit international en matière de droits de la personne, aux instruments juridiques internationaux et à la mise en œuvre des objectifs de développement durable.
2. Tenez compte de la résolution 1325 du Conseil de sécurité des Nations Unies pour toute création ou révision d'un cadre juridique régissant les activités de préparation et les interventions en cas de crise sanitaire.

Soutenez les recherches fondées sur des données probantes :

1. Partagez les résultats des recherches et les informations relevant des politiques publiques obtenus par les instituts de recherche et les groupes de réflexion avec la population et les personnes impliquées dans les interventions liées à une catastrophe sanitaire.
2. Encouragez et aidez les centres d'excellence à mener des recherches, en vue d'élaborer des protocoles de prévention, d'intervention et de rétablissement en cas de crise sanitaire.
3. Les besoins en matière d'analyse et de suivi doivent tenir compte du genre, des droits de la personne et de l'environnement.
4. Effectuez des recherches sur les personnes ayant survécu à la MVE en partenariat avec des organismes publics, à l'instar de la coopération clinique entre le Liberia et les États-Unis, baptisée PREVAIL (acronyme anglais de « Partenariat pour la recherche sur le virus Ebola au Liberia »).

Soutenez les communautés locales et les populations touchées :

1. Prenez des dispositions concernant les enfants que l'épidémie a rendus orphelins.
2. Empêchez la stigmatisation des survivant-e-s et des familles de victimes.
3. Intégrez des femmes d'influence et des organisations de femmes à tous les stades de la gestion des crises sanitaires.

Recommandations visant spécifiquement le Secrétariat de l'UFM et ses États membres

Au vu de la rapidité avec laquelle la MVE s'est propagée sur le territoire de l'UFM (Guinée, Liberia et Sierra Leone), la sous-région doit manifestement défendre ses frontières de façon plus efficace contre la propagation de maladies infectieuses humaines, animales et végétales. Cette prise de conscience soulève la question suivante : que peuvent faire le Secrétariat de l'UFM et ses partenaires pendant la phase de rétablissement post-MVE pour intensifier les efforts de gestion, de sécurité et de police aux frontières, afin d'être mieux à même de déceler, anticiper, prévenir et contrer à temps les menaces sanitaires d'envergure mondiale susceptibles de franchir leurs frontières communes à l'avenir ? Voici des suggestions pour orienter les futures mesures :

1. **Recensez les capacités institutionnelles des secteurs de la santé et de la sécurité** : pour pouvoir réduire efficacement les risques d'épidémies ultérieures et d'apparition de crises sanitaires mondiales comme celle de l'Ebola, le Secrétariat de l'UFM doit procéder à un recensement des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces associées aux institutions des secteurs de la santé et de la sécurité, en particulier celles déployées dans les zones frontalières. La collecte et l'analyse de ces informations contribueraient à faciliter la mise au point d'activités conjointes de formation et de renforcement des capacités.
2. **Créez une structure dédiée à la sécurité humaine et au contrôle des maladies** : le Secrétariat de l'UFM, la CEDEAO, l'UA et ses partenaires internationaux, ainsi que les organisations non gouvernementales et humanitaires chefs de file, doivent aider les États membres à créer une structure solide de sécurité humaine et de contrôle des maladies. Celle-ci devra inclure un soutien au renforcement des institutions chargées de gérer la sécurité des frontières.
3. **Adoptez et mettez en pratique le concept de la stabilisation** : la stabilisation suppose une approche coordonnée. Il faut appuyer le dialogue concernant les politiques et les réunions avec les gouvernements nationaux, afin de garantir une approche stratégique coordonnée concernant les mécanismes infrarégionaux de prévention, de préparation, de stabilisation et d'intervention. Ces mécanismes devront être conçus et adoptés par l'ensemble de l'espace de l'UFM.
4. **Intégrez des processus de planification et d'évaluation** : les capacités du secteur de la sécurité doivent être utilisées à bon escient, en particulier son rôle de soutien au renforcement des capacités civiles en matière de santé publique. Cela suppose de formuler des processus stratégiques intégrés de planification et d'évaluation des menaces, lesquels permettront à leur tour de faire face aux épidémies ultérieures de façon plus collective, plus rapide, mieux informée et mieux structurée.
5. **Créez un mécanisme fiable d'alerte et d'intervention à l'échelle internationale** : il est important d'instaurer un système d'alerte et d'intervention permettant aux États membres de réagir au plus vite, dès que les membres concernés sont prêts à déclarer et à accepter la nécessité d'une aide internationale.
6. **Menez des actions communes de formation et de renforcement des capacités** : pour pouvoir coopérer et collaborer efficacement, les institutions des secteurs de la santé et de la sécurité doivent uniformiser les initiatives de formation et de renforcement des capacités dans les États de l'UFM. L'élaboration de directives techniques ou de procédures opérationnelles permanentes pour les professionnel-le-s de la santé et de la sécurité, fondées sur des principes harmonisés de prévention et d'intervention en cas de crise sanitaire mondiale, est une tâche cruciale à laquelle il faudra s'atteler dès que possible.
7. **Offrez des services consultatifs** : il est essentiel de mettre en place dès que possible une offre de services consultatifs, afin de renforcer la capacité des gouvernements nationaux à

prendre des décisions d'exécution rationnelles et de soutenir les approches infrarégionales en vue d'interventions ultérieures. En outre, il est important de faciliter l'intégration de conseillers et conseillères stratégiques dans les ministères de la Santé, de renforcer leurs compétences et de leur donner la possibilité de travailler sur les thématiques de la sécurité sanitaire au sein du Conseil national de sécurité ou du Conseil des ministres.

8. Renforcez le suivi transfrontalier de la population : il est essentiel que le Secrétariat de l'UFM instaure des mécanismes permettant d'améliorer le suivi et la surveillance des mouvements de population dans les régions frontalières et aux points de passage. Les interventions doivent être multisectorielles et gérer la mobilité comme un élément faisant partie intégrante de l'action d'urgence contre l'Ebola. Le fait de soutenir les activités de suivi et de surveillance des populations mobiles et de produire des données sur les communautés frontalières ou les points de passage peut faciliter ou améliorer la compréhension de la mobilité régionale, et ainsi étayer le renforcement de la préparation et de l'intervention en cas de crise sanitaire ultérieure.

9. Réalisez une étude diagnostique sur les groupes de population aux frontières : il faut obtenir le soutien de partenaires et d'organisations telles que le Programme de gestion des frontières de l'UA, les Nations Unies, la Banque africaine de développement ou la Banque mondiale, pour que le Secrétariat et les États membres de l'UFM puissent mener des études diagnostiques sur les zones frontalières ou des évaluations multilatérales des menaces et des risques. Les conclusions de ces évaluations permettront d'orienter les actions du secteur de la sécurité face à une crise humanitaire de nature sanitaire, tout en évitant le risque de conséquences potentiellement néfastes liées à la participation du secteur de la sécurité. Répercutées dans les procédures opérationnelles permanentes, les recommandations des évaluations multilatérales aideront à définir les rôles et les responsabilités du secteur de la sécurité et des intervenant-e-s humanitaires en cas de crise sanitaire dans les régions frontalières. Ces recherches influenceront sur les pratiques ultérieures de part et d'autre des frontières, visant notamment à renforcer les unités communes de sécurité des frontières et de renforcement de la confiance (JBSCBU).

10. Renforcez la collaboration et les partenariats avec les populations frontalières : les JBSCBU doivent être consolidées par des initiatives de formation et de renforcement des capacités. Il faudrait également y inclure davantage d'acteurs locaux. Les acteurs non étatiques et les autorités locales assument la plus grosse part de ces décisions de sécurité locale. Il est important de renforcer les capacités locales dans les communautés frontalières, afin que celles-ci puissent contribuer à l'alerte rapide, à l'évaluation des menaces, et aux décisions stratégiques relatives à la surveillance, à la recherche des contacts et à la quarantaine.

11. Améliorez l'information et la communication : il est urgent d'améliorer les réseaux d'information et de communication entre les autorités nationales et les communautés frontalières. Le Secrétariat de l'UFM doit en faire une priorité, notamment pour gérer les tensions transfrontalières risquant de surgir en cas de crise de santé publique comme la MVE.

12. Maintenez le dialogue pendant les situations d'urgence : la gestion de la crise de l'Ebola a suscité des tensions, provoquant parfois des violences et menaçant la sécurité et à la stabilité de la région. Il est important que le Secrétariat de l'UFM et ses partenaires locaux et internationaux continuent d'offrir une plateforme qui favorise et renforce la confiance entre les États. Cette plateforme doit également encourager, informer et soutenir les populations locales touchées, en leur faisant prendre davantage conscience des effets de la MVE et en les aidant à démystifier les idées fausses concernant l'épidémie. En outre, il importe que les gouvernements nationaux et les acteurs régionaux et internationaux soutiennent des initiatives durables de dialogue pour apaiser les tensions à mesure qu'elles apparaissent.

CONCLUSIONS

L'épidémie d'Ebola a éclaté en Guinée et a rapidement atteint des proportions infrarégionales. Ce phénomène a incité l'UFM à se mobiliser pour apporter une réponse collective des États membres touchés. Les populations de part et d'autre des frontières de l'UFM ont tendance à partager les mêmes cultures, les mêmes coutumes et les mêmes liens sociaux dans leurs occupations quotidiennes, en raison des structures communes existant à l'échelle locale et communautaire. Alors que l'UFM aurait dû adopter de toute urgence une approche infrarégionale dûment coordonnée face à l'épidémie d'Ebola, l'intervention collective a connu beaucoup de retard, révélant le caractère limité des capacités des systèmes de santé nationaux, en particulier en ce qui concerne les infrastructures et les installations près des frontières.

Malgré ces faiblesses, le Secrétariat de l'UFM s'est révélé utile pour lutter contre des menaces transfrontalières comme l'Ebola. Cependant, pour se relever de l'épidémie récente et en prévenir d'autres, il aura besoin de fonds et de services consultatifs. Le Secrétariat de l'UFM doit également développer les capacités régionales en matière de services consultatifs concernant la sécurité sanitaire. L'aide internationale doit soutenir la formation et le renforcement des capacités des institutions de santé et de sécurité à travailler dans un esprit de collaboration, afin de déceler, prévenir et contrer les épidémies ultérieures.

REMERCIEMENTS

L'équipe chargée de l'organisation tient à remercier tout particulièrement le Dr Abu Bakarr FOFANAH, ministre de la Santé et de l'Assainissement de la Sierra Leone, pour son discours principal pendant l'atelier, ainsi que le personnel du Secrétariat de l'UFM, notamment la pasteure Linda KOROMA, secrétaire générale adjointe, et les membres du Département pour la paix et la sécurité. Nous remercions également M. Ishmael Tarawally, coordinateur de la sécurité nationale, et le personnel du Département de gestion des risques de catastrophe au Bureau de la sécurité nationale, en Sierra Leone, pour leur étroite collaboration et leur partenariat avec le DCAF et le CGSP concernant la planification conjointe, l'organisation des protocoles de transport sur place et dans les aéroports, ainsi que pour leurs contributions instructives sur les problèmes persistants et les besoins en matière de programmation pendant la phase de rétablissement post-MVE. Cette aide a permis d'organiser un atelier régional fructueux en relativement peu de temps.

Le DCAF tient pour sa part à remercier Florence Lesur et Gwendoline Baillet pour la traduction et l'édition en français de ce rapport. Les auteurs tiennent à remercier Irena Dzajkovska, Lea Ellmanns, Divya Moorjani, Dawn Lui et Nii Nortey Addo Prosper pour leurs commentaires constructifs.

ANNEXE A: Programme de l'atelier

*Atelier régional sur « Le secteur de la sécurité et les crises sanitaires mondiales : retours d'expérience sur l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 »
24-25 août 2016, Bintumani Hotel Conference Centre, Freetown, Sierra Leone*

Mercredi 24 août 2016

9 h-10 h 30 **PLÉNIÈRE** : Session d'ouverture officielle

Président :

Dr Shekou M. SESAY, ancien coordinateur de l'aide des donateurs pour le Centre national de lutte contre l'Ebola

Discours de bienvenue :

M. Oliver B. M. SOMASA, CGSP

M. Jonathan SANDY, CGSP

Dr Albrecht SCHNABEL, DCAF/GHC

Discours d'ouverture :

M. Ishmeal TARAWALLY, coordinateur de la sécurité nationale (NSCOORD), Sierra Leone

Pasteure Linda I. KOROMA, secrétaire générale adjointe de l'Union du fleuve Mano, en charge de la paix, de la sécurité, de la santé et de l'égalité des genres

Discours principal :

Hon. Dr Abu Bakarr FOFANAH, ministre de la Santé et de l'Assainissement de la Sierra Leone

10 h 30-11 h **Photo de groupe**

11 h-12 h 30 **PLÉNIÈRE** : Présentation du projet, activités et conclusions provisoires
Dr Albrecht SCHNABEL, DCAF/GHC

12 h 30-14 h **Déjeuner**

14 h-15 h 30 **RÉUNIONS PARALLÈLES DES GROUPES DE TRAVAIL**
Discussion sur les questions principales du projet
Groupe de travail sur les relations des secteurs de la santé et de la sécurité
Groupe de travail sur le rôle joué par les institutions de sécurité
Groupe de travail sur le rôle des acteurs bilatéraux, régionaux et internationaux

15 h 30-16 h **Pause café/thé**

- 16 h-17 h 30** **RÉUNIONS PARALLÈLES DES GROUPES DE TRAVAIL**
 Discussion sur les questions principales du projet
 Groupe de travail sur les relations des secteurs de la santé et de la sécurité
 Groupe de travail sur le rôle joué par les institutions de sécurité
 Groupe de travail sur le rôle des acteurs bilatéraux, régionaux et internationaux

18 h-20 h **Réception**

Jeudi 25 août 2016

- 9 h-10 h 30** **RÉUNIONS PARALLÈLES DES GROUPES DE TRAVAIL**
 Priorités et actions principales
 Groupe de travail sur les relations des secteurs de la santé et de la sécurité
 Groupe de travail sur le rôle joué par les institutions de sécurité
 Groupe de travail sur le rôle des acteurs bilatéraux, régionaux et internationaux

10 h 30-11 h **Pause café/thé**

- 11 h-12 h 30** **RÉUNIONS PARALLÈLES DES GROUPES DE TRAVAIL**
 Priorités et actions principales
 Groupe de travail sur les relations des secteurs de la santé et de la sécurité
 Groupe de travail sur le rôle joué par les institutions de sécurité
 Groupe de travail sur le rôle des acteurs bilatéraux, régionaux et internationaux

12 h 30-14 h **Déjeuner**

- 14 h-15 h 30** **PLÉNIÈRE : Compte rendu des RÉUNIONS PARALLÈLES**
 Exposé du groupe de travail sur les relations des secteurs de la santé et de la sécurité
 Exposé du groupe de travail sur le rôle joué par les institutions de sécurité
 Exposé du groupe de travail sur le rôle des acteurs bilatéraux, régionaux et internationaux

16 h-17 h **TABLE RONDE DE CLÔTURE**

Président :

Dr Shekou M. SESAY, ancien coordinateur de l'aide des donateurs pour le Centre national de lutte contre l'Ebola

Discours principal de clôture :

Pasteure Linda I. KOROMA, secrétaire générale adjointe de l'Union du fleuve Mano, en charge de la paix, de la sécurité, de la santé et de l'égalité des genres

Discours de clôture :

M. Jonathan SANDY, CGSP

17 h-18 h 30 **Réception**

ANNEXE B: Liste des participant-e-s

*Atelier régional sur « Le secteur de la sécurité et les crises sanitaires mondiales : retours d'expérience sur l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 »
24-25 août 2016, Bintumani Hotel Conference Centre, Freetown, Sierra Leone*

 Guinée	 Sierra Leone
M. Sow Mohamed ALIMOU	M. Abdul KOROMA - Mme Gibril A. KOROMA - Mme Linda I. KOROMA - Mme Nasiru Dinn KOROMA M. Nasiru Dinn KOROMA M. Victor Sanpha KOROMA M. Ibrahim KUMBASSA M. Sinneh MANSARAY - Dr Abu Biaoboko MINAH - Brig.-gén. Daniel MOORE M. Stephen NGAUJAH - Dr Mary OKUMU M. Mohamed PABAI M. Mohamed PABAI (Jr.) - Mme Victoria PARKINSON - Mr. John Vandí ROGERS M. Edward SAMADIA M. Amadu SANDY M. Jonathan SANDY M. Stephen SANDY M. Marbey SARTIE - Mme Samuella SESAY - Dr Shekou M. SESAY M. Denis SIMBO M. Oliver B. M. SOMANSA - Mme Haja SOVULA M. Ishmael TARAWALLY M. Jerry TARBOLO - Mme Mary TURAY M. Emmanuel YAMBASU
 Liberia	
M. Cecil B. GRIFFITHS M. Nii Nortey Addo PROSPER - Dr Joe WYLIE	
 Mali	
Col. Omarou MAIGA	
 Nigeria	
Dr Jibril YAHAYA	
 Sénégal	
Général (à la retraite) Lamine CISSE	
 Sierra Leone	
M. Alpha ABU M. Sylvester Musa AMARA M. Jonathan BAKER - Mme Michele BORNSTEIN - Mme Adenike COLE M. William COLE M. Josephus A. K. DUMBUYA - Mme Kadi FAKONDA - Mme Aminata FOFANAH - Mme Mariama Khai FORNAH - Mme Eleonora GENOVESE M. Chris IARA - ASP Dr Saidu B. JALLOH - Col. Sessegmont JEAN - Dr D. S. Cyril KAMARA M. Joseph Honor KAMARA M. Nabie A. KAMARA M. Raymond Bai KAMARA M. Mohamed KANNEH - D Brima Patrick KAPUWA M. Samuel KARGBO - Lt.-Col. Madice KEITA	
	 Suisse
	- Mme Haja Ahma ABDULLA - Dr Albrecht SCHNABEL - Mme Usha TREPP
	 Royaume-Uni
	Lt.-Col. Andrew Garrow

Crédits photo pour la page de couverture : Panos/Tommy Trenchard

Graphisme : DCAF/Rodrigo Amorim/Raphael Zumsteg

Impression : DCAF

© 2017 Centre pour le contrôle démocratique des forces armées (DCAF)



DCAF
a centre for security,
development and
the rule of law

Le Centre pour le contrôle démocratique des forces armées – Genève (DCAF) s’emploie à améliorer la sécurité des États et de leurs populations dans le cadre de la gouvernance démocratique, de l’État de droit et du respect des droits de l’homme. Le DCAF contribue à assurer la pérennité de la paix et du développement en aidant les pays partenaires, et les acteurs internationaux qui les soutiennent, à renforcer la gouvernance de leur secteur de la sécurité au moyen de réformes participatives soucieuses de n’exclure aucune composante de la société. Il crée des outils pédagogiques novateurs, encourage l’adoption de normes et bonnes pratiques, fournit des conseils juridiques et stratégiques, et appuie le renforcement des capacités des acteurs étatiques aussi bien que non étatiques du secteur de la sécurité.

Auteurs

Jonathan Sandy, Albrecht Schnabel, Haja Sovula, Usha Trepp et Raphael Zumsteg

Titre

Le rôle du secteur de la sécurité face aux crises sanitaires : Retours d’expérience concernant l’épidémie d’Ebola en 2014-2015 et recommandations à l’intention de l’Union du fleuve Mano et de ses États membres.

ISBN : 92-9222-443-3

Centre pour le contrôle démocratique
des forces armées – Genève (DCAF)
BP. 1360
CH-1211 Genève 1
Suisse

© DCAF 2017

Le présent rapport est disponible gratuitement à l’adresse www.dcaf.ch. Vous pouvez librement copier et distribuer ce document à condition d’en mentionner la source et de ne pas l’utiliser à des fins commerciales.

www.dcaf.ch
