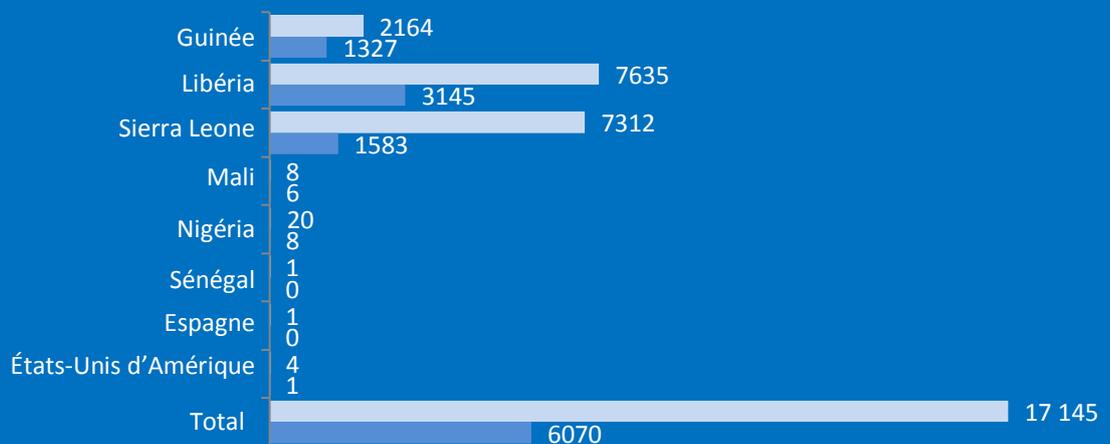




## FAITS MARQUANTS

- Il y a eu 17 145 cas notifiés de maladie à virus Ebola, dont 6070 décès.
- L'incidence des cas augmente légèrement en Guinée, elle est stable ou diminue au Libéria, et pourrait continuer à augmenter en Sierra Leone.
- La flambée en Espagne a été déclarée terminée.
- Les cibles de la Mission MINUAUCE consistant à isoler et traiter 70 % des cas d'Ebola et à inhumer sans risque 70 % des personnes décédées d'Ebola ont probablement été atteintes dans la plupart des districts de la Guinée, du Libéria et de la Sierra Leone. Les 3 pays disposent désormais de capacités suffisantes au niveau national pour atteindre ces 2 cibles, malgré des variations locales indiquant que les moyens restent insuffisants pour enrayer la transmission dans certaines zones.

## CAS/DECES



## RESUME

Au 30 novembre, en fin de journée, 17 145 cas confirmés, probables ou suspects de maladie à virus Ebola étaient recensés dans 5 pays touchés (Guinée, Libéria, Mali, Sierra Leone et États-Unis d'Amérique) et 3 pays précédemment touchés (Nigéria, Sénégal et Espagne). Le nombre de décès s'élevait à 6070. L'incidence des cas notifiés augmente légèrement en Guinée (77 cas confirmés signalés entre le 24 et le 30 novembre), elle est stable ou diminue au Libéria (43 nouveaux cas signalés entre le 24 et le 28 novembre) et continue d'augmenter en Sierra Leone (537 nouveaux cas signalés entre le 24 et le 30 novembre). Le taux de létalité parmi tous les cas pour lesquels on connaît de manière certaine l'issue de la maladie dans les 3 pays les plus touchés s'élève à 72 % ; ce taux s'élève à 60 % parmi les patients hospitalisés.

Les activités de riposte dans les 3 pays à transmission intense continuent de s'intensifier conformément aux objectifs de la MINUAUCE visant à parvenir à isoler et traiter 70 % des cas de maladie à virus Ebola, et à inhumer sans risque 70 % des personnes décédées d'Ebola au 1<sup>er</sup> décembre, l'objectif ultime étant d'atteindre 100 % d'ici au 1<sup>er</sup> janvier. Au niveau national, il y a désormais suffisamment de lits dans les établissements de soins Ebola pour traiter et isoler tous les cas Ebola signalés dans chacun des 3 pays, bien que la répartition inégale des lits et des cas indique un sérieux manque de moyens dans certaines zones. De même, chaque pays dispose aujourd'hui de capacités suffisantes et bien déployées pour inhumer toutes les personnes décédées d'Ebola qui ont été notifiées ; cependant, en raison de la sous-notification des décès liés à Ebola et du fait que de nombreuses inhumations concernent des personnes décédées d'autres maladies, il est possible que la cible des 70 % ne soit pas encore atteinte dans certaines zones. Chaque district touché par Ebola dans les 3 pays à transmission intense

a accès à un laboratoire et peut obtenir une confirmation dans les 24 heures suivant le prélèvement d'échantillon. Les 3 pays déclarent que plus de 85 % des contacts enregistrés associés à des cas connus de maladie à virus Ebola sont suivis, même si la recherche de contacts reste difficile dans les zones à transmission intense. L'augmentation des moyens de recherche de contacts dans les zones où la transmission est faible sera nécessaire pour enrayer les chaînes locales de transmission.

## STRUCTURE DU RAPPORT

Ce rapport de situation sur la feuille de route pour la riposte au virus Ebola<sup>1</sup> présente un examen de la situation épidémiologique fondé sur les informations officielles communiquées par les Ministères de la santé et une évaluation de l'action par rapport aux indicateurs essentiels de la feuille de route, lorsque ceux-ci sont disponibles. Des efforts importants sont en cours pour améliorer la disponibilité et la qualité des informations sur la situation épidémiologique et sur la mise en œuvre des mesures de riposte.

Suivant la structure de la feuille de route, les pays qui font rapport appartiennent à trois catégories : 1) les pays où la transmission est étendue et intense (Guinée, Libéria et Sierra Leone) ; 2) ceux qui ont ou qui ont eu un ou plusieurs premiers cas, ou bien où la transmission est localisée (Espagne, États-Unis d'Amérique, Mali, Nigéria et Sénégal,) ; et 3) ceux qui sont limitrophes de régions où la transmission est active ou qui entretiennent des liens commerciaux étroits avec ces régions.

### 1. PAYS À TRANSMISSION ÉTENDUE ET INTENSE

Au total, 17 111 cas confirmés, probables ou suspects de maladie à virus Ebola et 6055 décès étaient recensés au 30 novembre 2014, en fin de journée, par les Ministères de la santé de la Guinée et de la Sierra Leone, et au 28 novembre par le Ministère de la santé du Libéria (Tableau 1). Les données sont communiquées par l'intermédiaire des bureaux de pays de l'OMS.

**Tableau 1 : Cas confirmés, probables et suspects en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone**

Pays	Définition des cas	Cas cumulés	Cas au cours des 21 derniers jours	Décès cumulés
Guinée	Confirmés	1 929	306	1 117
	Probables	210	*	210
	Suspects	25	*	0
	<b>Total</b>	<b>2 164</b>	<b>306</b>	<b>1 327</b>
Libéria <sup>§</sup>	Confirmés	2 801	278	‡
	Probables	1 792	*	‡
	Suspects	3 042	*	‡
	<b>Total</b>	<b>7 635</b>	<b>278</b>	<b>3 145</b>
Sierra Leone	Confirmés	5 978	1 455	1374
	Probables	79	*	174
	Suspects	1 255	*	35
	<b>Total</b>	<b>7 312</b>	<b>1 455</b>	<b>1 583</b>
<b>Total</b>		<b>17 111</b>	<b>2 039</b>	<b>6 055</b>

Les données se fondent sur les informations officielles communiquées par les Ministères de la santé par l'intermédiaire des bureaux de pays de l'OMS. Ces chiffres peuvent être modifiés en fonction des reclassifications, des investigations rétrospectives et de la disponibilité des résultats de laboratoire. \*Données non présentées en raison de la proportion importante de cas probables ou suspects qui ont été reclassés. †Données non disponibles. §Données manquantes pour les 29 et 30 novembre.

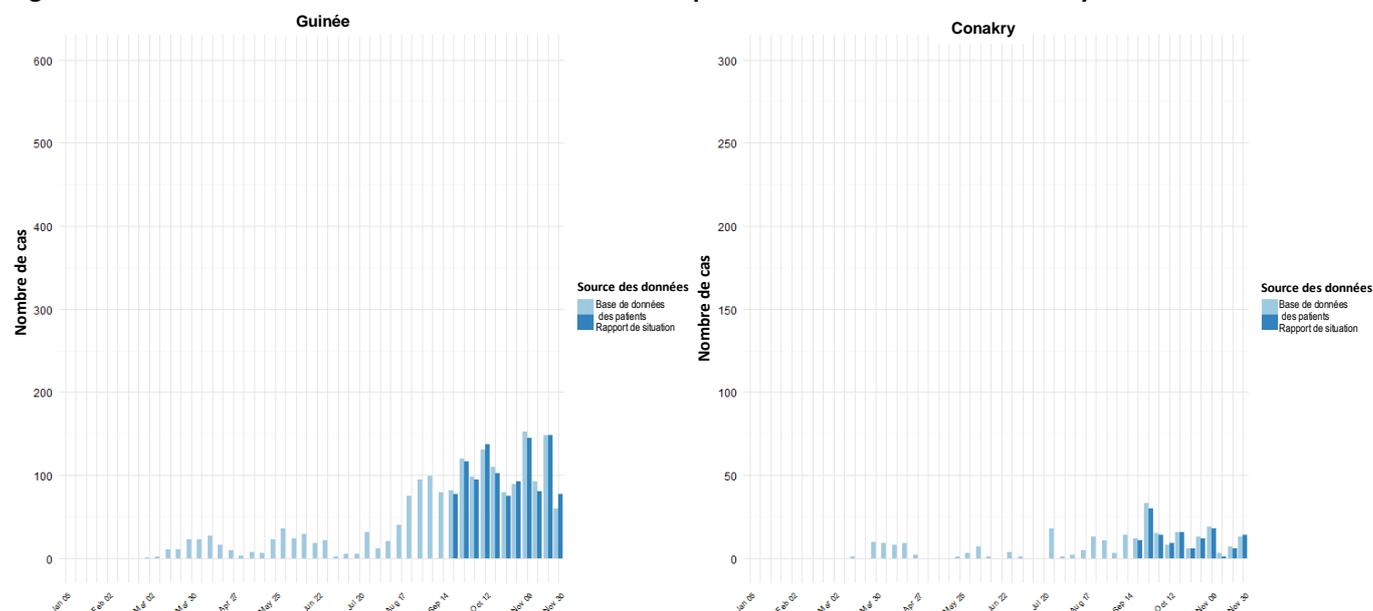
<sup>1</sup> Pour consulter la feuille de route, voir : <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/response-roadmap/fr/>.

## GUINEE

Au total, 77 nouveaux cas confirmés ont été notifiés dans le pays entre le 24 et le 30 novembre (Figure 1), contre 148 la semaine précédente. Depuis le début du mois d'octobre, la tendance nationale en Guinée est en légère augmentation : entre 75 et 148 cas confirmés ont été notifiés chaque semaine depuis 6 semaines, mais cette relative stabilité masque d'importants changements dans le schéma de transmission de la maladie à virus Ebola dans le pays. Au cours des 3 dernières semaines, un grand nombre de nouveaux cas ont été signalés dans les districts de l'est du pays : N'Zérékoré (6 nouveaux cas confirmés entre le 24 et le 30 novembre contre 29 cas la semaine précédente), Macenta (15 nouveaux cas confirmés contre 26 la semaine précédente) et Kankan (7 nouveaux cas confirmés contre 7 la semaine précédente). La transmission persistante à Kankan et dans les zones avoisinantes de Kérouané, Kouroussa et Kissidougou (Figure 4) est particulièrement préoccupante, car les populations locales sont susceptibles de chercher à se faire soigner dans le nord, notamment au Mali voisin, plutôt que dans des centres de soins existants dans les proches districts du sud-est comme Guéckédou (1 nouveau cas confirmé entre le 24 et le 30 novembre) et Macenta. Le premier cas importé au Mali provenait d'une ville située dans le district de Siguiri, au nord du pays, à la frontière du Mali, où la transmission persiste depuis début novembre (2 nouveaux cas confirmés cette semaine ; entre 1 et 3 cas au cours des 7 dernières semaines). Le manque de centres d'isolement et de traitement Ebola dans cette zone sahéenne du nord du pays, associé à une résistance des communautés locales plus importante que d'ordinaire vis-à-vis des pratiques d'inhumation sans risque, rend cette zone vulnérable à une augmentation des cas.

Dans le centre du pays, le district de Faranah, frontalier avec le district de Koinadugu au nord de la Sierra Leone, a notifié en moyenne 8 cas par semaine au cours des 4 dernières semaines. Dans l'ouest du pays, la capitale, Conakry, a notifié 14 nouveaux cas confirmés entre le 24 et le 30 novembre (Figure 1). Comme le district voisin de Coyah (15 nouveaux cas confirmés entre le 24 et le 30 novembre), Conakry accuse une augmentation du nombre de nouveaux cas notifiés depuis 2 semaines consécutives. Bien que 10 districts n'aient notifié aucun cas de maladie à virus Ebola à ce jour, la transmission s'étend géographiquement : au 1<sup>er</sup> octobre, 9 districts avaient signalé une infection au cours des 7 derniers jours, tandis qu'au 1<sup>er</sup> décembre, ils étaient 14.

**Figure 1 : Cas confirmés de maladie à virus Ebola notifiés chaque semaine en Guinée et à Conakry**



Les graphiques des Figures 1, 2 et 3 présentent le nombre de nouveaux cas confirmés notifiés chaque semaine figurant dans les rapports de situation de chaque pays (en bleu foncé, à partir de la semaine épidémiologique 38, allant du 15 au 21 septembre) et dans les bases de données des patients (en bleu clair). Ce sont les bases de données qui permettent le mieux d'établir l'historique de l'épidémie. Cependant, les données des toutes dernières semaines sont parfois moins complètes dans les bases de données que celles figurant dans les rapports de situation hebdomadaires. Ces chiffres peuvent être modifiés en fonction des reclassifications, des investigations rétrospectives et de la disponibilité des résultats de laboratoire.



Figure 3 : Cas confirmés de maladie à virus Ebola notifiés chaque semaine en Sierra Leone et à Freetown

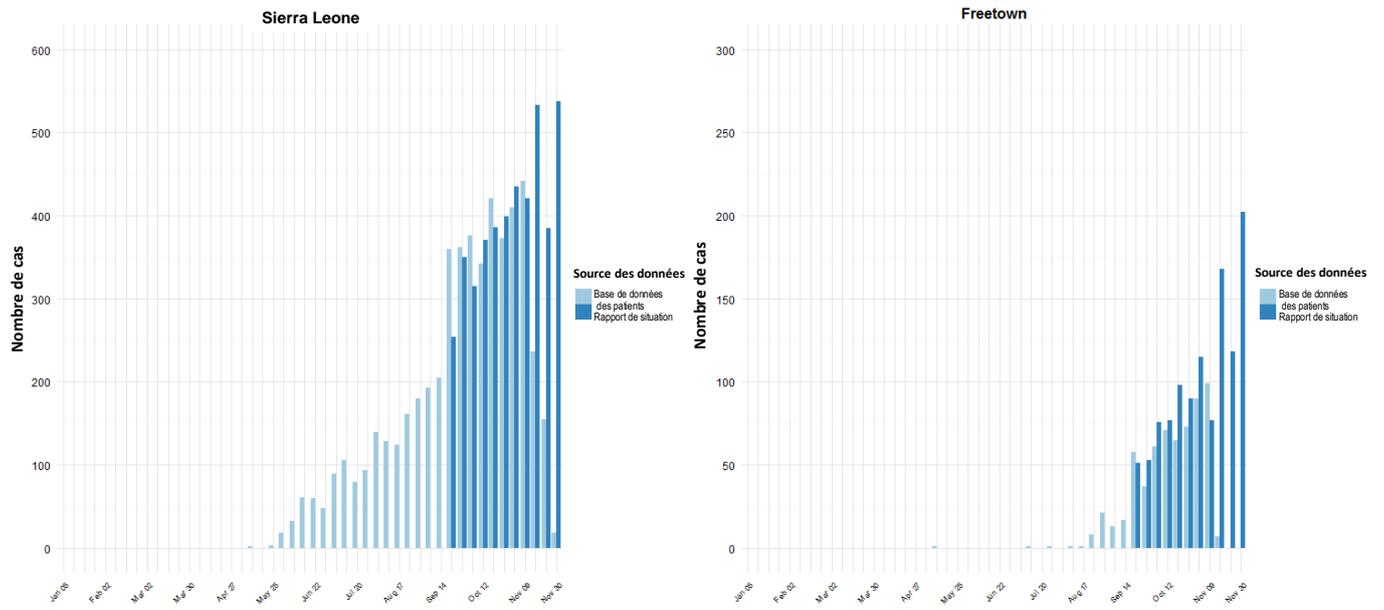
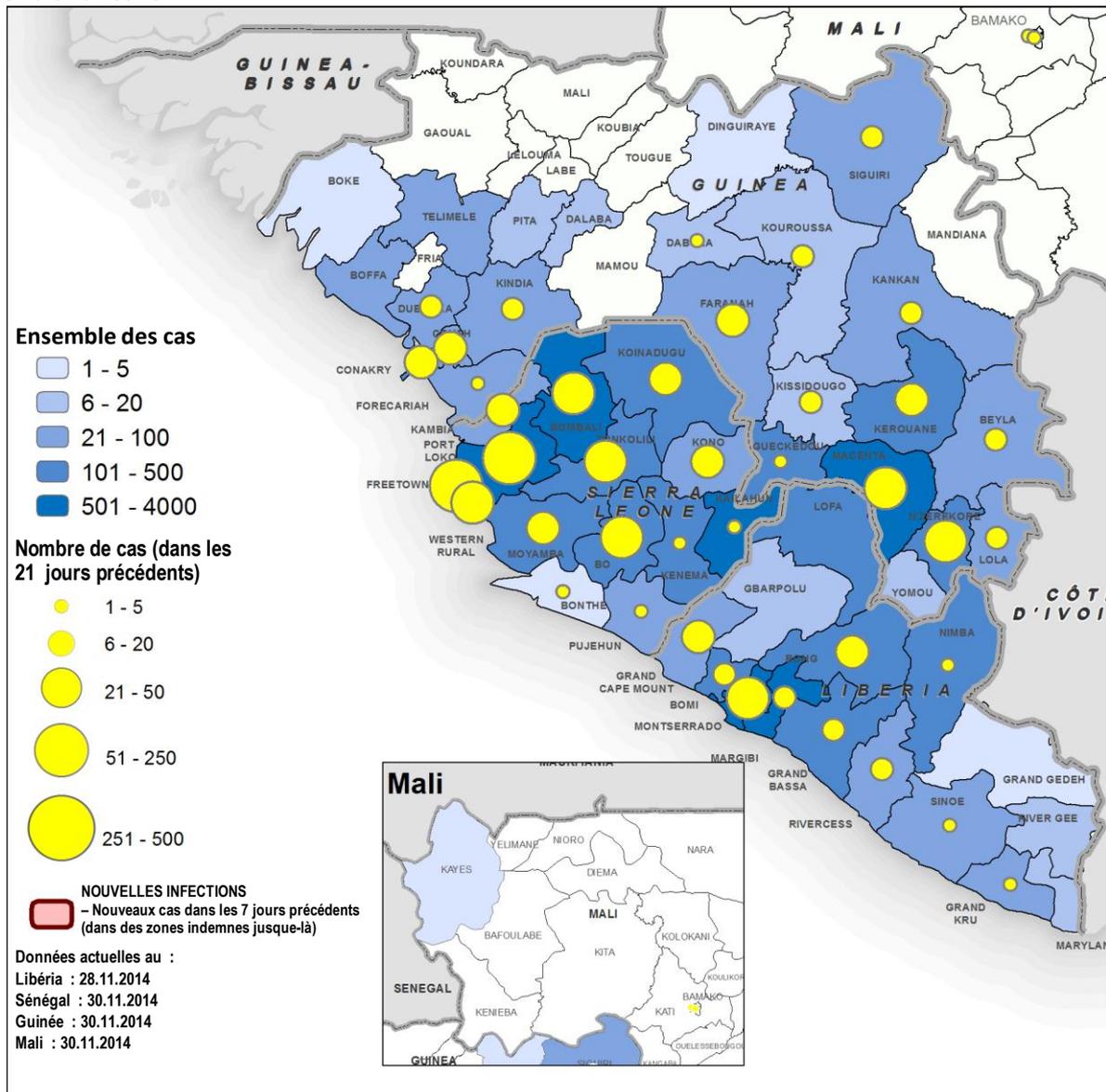


Figure 4 : Distribution géographique des nouveaux cas et total des cas confirmés ou probables\* en Guinée, au Libéria, au Mali et en Sierra Leone



Les données sont fondées sur les rapports de situation fournis par les pays. Les frontières, les noms et les appellations employés sur cette carte n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif. Les données des 29 et 30 novembre sont manquantes pour le Libéria. \*Les données des 21 derniers jours représentent les cas confirmés en Guinée, en Sierra Leone et au Mali, et les cas probables au Libéria (car les données systématiques sur les cas confirmés en laboratoire au niveau des districts ne sont disponibles que depuis le 16 novembre).

### RIPOSTE DANS LES PAYS OÙ LA TRANSMISSION EST ÉTENDUE ET INTENSE

Un plan complet de 90 jours est mis en œuvre pour combattre et inverser la progression de la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest (voir la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola : annexe 2). Les principaux objectifs de ce plan sont de traiter et d'isoler 70 % des cas de maladie à virus Ebola et d'inhumer sans danger et dans la dignité 70 % des personnes décédées de la maladie à virus Ebola au 1<sup>er</sup> décembre 2014, le but ultime étant d'atteindre 100 % au 1<sup>er</sup> janvier 2015. Les Tableaux 2, 3 et 4 présentent des informations sur la progression vers ces objectifs pour chacun des 3 pays où la transmission est étendue et intense.

## Prise en charge des cas

Mettre en place les moyens pour traiter les patients Ebola dans des établissements afin de pouvoir les isoler des autres patients et du reste de la communauté est une composante centrale de la riposte à la maladie à virus Ebola. À l'heure actuelle, la plupart des moyens sont concentrés dans les centres de traitement Ebola, de grands établissements qui disposent de 20 à 400 lits. Les centres de soins communautaires constituent une alternative aux centres de traitement Ebola dans les zones où les capacités de ces derniers sont insuffisantes et dans les zones où il n'existe pas encore de centre de traitement Ebola. Les centres de soins communautaires, dotés de 8 à 15 lits, sont plus petits que les centres de traitement Ebola. Ils sont donc plus faciles à créer, ce qui permet aux coordonnateurs de la riposte d'assurer une couverture plus souple et plus rapide répartie sur une zone géographique plus étendue.

**Tableau 2 : Principaux indicateurs de performance de la riposte à Ebola en Guinée**

Sources des données	Indicateur	Situation actuelle	% des prévisions/cible
Au 30/11/14	% de districts disposant de services de laboratoire accessibles dans les 24 heures	100%	100%
Au 30/11/14	% de lits opérationnels dans les centres de traitement	50 % (245 lits)	490 lits
Au 27/11/14	% de lits opérationnels dans les centres de soins communautaires	0%	328 lits
10/11/14 – 30/11/14	Capacité d'isolement des patients (lits par cas notifié)*	En moyenne 2,3 lits par cas notifié (variation importante entre les districts)	
Cumulées	Taux de létalité (%) parmi les patients hospitalisés	60%	
24/11/14 – 30/11/14	% de contacts enregistrés à suivre et vus quotidiennement	96%	
24/11/14 – 30/11/14	Nombre d'agents de santé nouvellement infectés au niveau national	 (Kissidougou - 1, Forécariah - 1, Coyah - 1, Conakry - 3)	60 équipes
Au 12/11/14	% d'équipes de fossoyeurs formées et en place	83 % (50 équipes)	

La définition de chaque indicateur est fournie en annexe 2.

Aujourd'hui, il est difficile de mesurer directement la proportion de patients placés en isolement. Les informations issues des formulaires d'investigation clinique peuvent généralement fournir une estimation précise, mais les disparités entre les équipes d'investigation clinique dans leur manière d'interpréter et de définir quand et comment un patient est hospitalisé et isolé ne permettent pas, pour le moment, d'obtenir des informations fiables pour tirer des conclusions sur l'isolement des patients. La méthode la plus robuste actuellement disponible pour estimer l'isolement des patients consiste à utiliser les capacités de traitement et d'isolement des patients par zone géographique comme mesure immédiate de la proportion de cas de maladie à virus Ebola placés en isolement. Cette mesure est obtenue en divisant le nombre de lits réservés aux patients Ebola disponibles par le nombre de cas notifiés sur une période de temps donnée, à un endroit donné, en tenant compte de la diversité des schémas comportementaux de recherche de soins (par exemple, dans des zones ayant un réseau de transport peu développé, les patients sont peu enclins à parcourir de longues distances pour être diagnostiqués et traités).

En utilisant cette mesure immédiate de l'isolement au niveau national, on estime que les 3 pays à transmission intense ont actuellement les capacités d'isoler tous les cas notifiés. En Guinée (Tableau 2), on compte 2,3 lits disponibles par cas probable ou confirmé de maladie à virus Ebola notifié ; au Libéria (Tableau 3), ce chiffre

s'élève à 11,7 et en Sierra Leone à 1,5 (Tableau 4). Cependant, ces chiffres sont, dans une certaine mesure, une représentation très simplifiée d'une situation plus complexe à l'intérieur de chaque pays. Dans plusieurs régions, comme les districts de Kenema et Kailahun dans le sud de la Sierra Leone, le petit nombre de nouveaux cas entraîne une sous-exploitation des capacités d'isolement et de traitement dans chaque district, bien que des patients Ebola provenant de districts voisins puissent, comme on l'a constaté, y chercher des soins. Inversement, dans des régions occidentales de la Sierra Leone, telles que Freetown et Port Loko, les capacités de traitement et d'isolement restent très sollicitées en raison du grand nombre de nouveaux patients.

Idéalement, il faudrait disposer de capacités suffisantes pour traiter et isoler un patient Ebola dans le district où il habite. Cela présente le double avantage de réduire le temps qui s'écoule entre l'apparition des symptômes et l'hospitalisation du patient d'une part, augmentant ainsi ses chances de survie, et de réduire la distance parcourue et le temps de transit de chaque patient d'autre part, ce qui réduit le risque d'une transmission ultérieure.

Au 30 novembre, 245 lits pour le traitement et l'isolement des patients Ebola étaient opérationnels en Guinée, concentrés dans 3 centres de traitement Ebola situés dans la capitale, Conakry, et dans les districts de Guéckédou et Macenta situés dans le sud-est du pays. Cette répartition inégale des capacités implique que les patients Ebola se trouvant dans le nord ou le centre du pays doivent parcourir de longues distances pour accéder aux soins. De plus, les populations de plusieurs zones de la région sahélienne à l'est de la Guinée sont davantage enclines à chercher des soins dans le nord du pays ou au Mali frontalier que dans les districts voisins de Guéckédou ou de Macenta. Les centres de traitement Ebola prévus dans les districts de Kérouané, N'Zérékoré et Beyla, à l'est du pays, devraient résoudre ce problème. Il n'y a actuellement aucun centre de soins communautaire opérationnel en Guinée.



## Létalité

Le taux de létalité cumulé dans les 3 pays à transmission intense, parmi les patients pour lesquels on connaît de manière certaine l'issue de la maladie, s'élève à 72 %. Pour les patients enregistrés comme hospitalisés, le taux de létalité s'élève à 60 % dans les 3 pays à transmission intense (Tableaux 2, 3 et 4). Dans un sous-ensemble de 400 agents de santé infectés par Ebola, pour lesquels on connaît de manière certaine l'issue de la maladie, le taux de létalité est de 68 % ; ce taux diminue à 63 % dans le sous-ensemble de 267 agents de santé qui ont été hospitalisés.

## Inhumations sans danger et dans la dignité

Les corps des patients décédés de la maladie à virus Ebola sont très infectieux. Organiser des inhumations sans danger et dans la dignité constitue donc une partie essentielle des efforts visant à endiguer la transmission de la maladie.

Estimer la proportion d'inhumations sans danger de patients décédés de la maladie à virus Ebola s'avère compliqué en raison de plusieurs facteurs. D'abord, de nombreuses inhumations sans danger effectivement réalisées concernent des personnes qui ne sont pas décédées d'Ebola. Cela s'explique par le fait que les symptômes de la maladie à virus Ebola sont similaires à ceux d'autres causes de décès fréquentes dans les 3 pays à transmission intense. Ensuite, et il s'agit du facteur le plus important, on constate une sous-notification systématique des décès depuis le début de cette flambée et, en lien avec celle-ci, une réticence persistante de certaines communautés à adopter les pratiques d'inhumation sans danger qui réduisent le risque de transmission virale.

**Tableau 3 : Principaux indicateurs de performance de la riposte à Ebola au Libéria**

Sources des données	Indicateur	Situation actuelle	% des prévisions/cible
Au 30/11/14	% de districts disposant de services de laboratoire accessibles dans les 24 heures	100%	100%
Au 01/12/14	% de lits opérationnels dans les centres de traitement	73 % (1269 lits)	1733 lits
Au 30/11/14	% de lits opérationnels dans les centres de soins communautaires	2% (27 lits)	1100 lits
10/11/14 – 30/11/14	Capacité d'isolement des patients (lits par cas notifié)*	En moyenne 11,7 lits par cas notifié (variation importante entre les districts)	
Cumulées	Taux de létalité (%) parmi les patients hospitalisés	60%	
24/11/14 – 28/11/14	% de contacts enregistrés à suivre et vus quotidiennement	87%	
24/11/14 – 28/11/14	Nombre d'agents de santé nouvellement infectés au niveau national	 (Montserrat - 3, Bong - 1)	
Au 30/11/14	% d'équipes de fossoyeurs formées et en place	77 % (77 équipes)	100 équipes

Au 23 novembre, 221 équipes chargées des inhumations et formées étaient opérationnelles : 50 en Guinée, 77 au Libéria et 94 en Sierra Leone. La Guinée et la Sierra Leone ont désormais mis en place plus de 80 % des équipes chargées des inhumations sans danger et formées prévues, tandis que le Libéria a mis en place 77 % des équipes prévues. Cependant, vu le nombre actuel de décès notifiés dans chaque pays, les capacités existantes dépassent largement les besoins pour inhumer sans danger les patients décédés de la maladie à virus Ebola. Contrairement à la répartition géographique des capacités d'isolement et de traitement des patients, celle des équipes chargées

des inhumations est bien plus homogène dans les 3 pays à transmission intense, bien que certaines régions éloignées restent mal fournies.

Du 17 au 23 novembre, on a recensé 118 inhumations sans risque et respectueuses de la dignité en Guinée, 73 au Libéria et 372 en Sierra Leone. La Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) est actuellement la seule organisation à se charger des inhumations sans risque dans les 3 pays à transmission intense. L'organisation non gouvernementale Global Communities opère uniquement au Libéria, et Concern Worldwide au Libéria et en Sierra Leone. Les données sur le nombre d'inhumations sans risque qui ont eu lieu ne concernent que les inhumations réalisées par la FICR et Global Communities.

### Confirmation des cas et surveillance

Fournir les moyens pour diagnostiquer rapidement et avec précision les cas de maladie à virus Ebola fait partie intégrante de la riposte à la flambée de maladie. Les 53 districts touchés (ceux qui ont notifié au moins 1 cas probable ou confirmé) ont tous accès au soutien des laboratoires (Figure 6). L'accès est défini par le fait de disposer des moyens logistiques pour transporter un échantillon vers un laboratoire, par route, dans les 24 heures suivant son prélèvement. Les efforts viseront par la suite à fournir des résultats le jour même du prélèvement des échantillons.

Dix-huit laboratoires sont en mesure de confirmer les cas de maladie à virus Ebola : 4 en Guinée, 9 au Libéria et 5 en Sierra Leone. Actuellement, ces laboratoires sont au service de 24 districts en Guinée, 15 au Libéria et 14 en Sierra Leone.

Entre 1150 et 1170 échantillons sont testés chaque jour dans les laboratoires de ces 3 pays. La capacité maximale d'analyse de chaque laboratoire varie de 50 à 100 échantillons par jour.

**Tableau 4 : Principaux indicateurs de performance de la riposte à Ebola en Sierra Leone**

Sources des données	Indicateur	Situation actuelle	% des prévisions/cible
Au 30/11/14	% de districts disposant de services de laboratoire accessibles dans les 24 heures	100%	100%
Au 30/11/14	% de lits opérationnels dans les centres de traitement	35 % (517 lits)	1460 lits
Au 27/11/14	% de lits opérationnels dans les centres de soins communautaires	16 % (190 lits)	1208 lits
10/11/14 – 30/11/14	Capacité d'isolement des patients (lits par cas notifié)*	En moyenne 1,5 lit par cas notifié (variation importante entre les districts)	
Cumulées	Taux de létalité (%) parmi les patients hospitalisés	60%	
24/11/14 – 28/11/14	% de contacts enregistrés à suivre et vus quotidiennement	97%	
24/11/14 – 30/11/14	Nombre d'agents de santé nouvellement infectés au niveau national	 (1 - Bombali)	
Au 30/11/14	% d'équipes de fossoyeurs formées et en place	82 % (94 équipes)	114 équipes

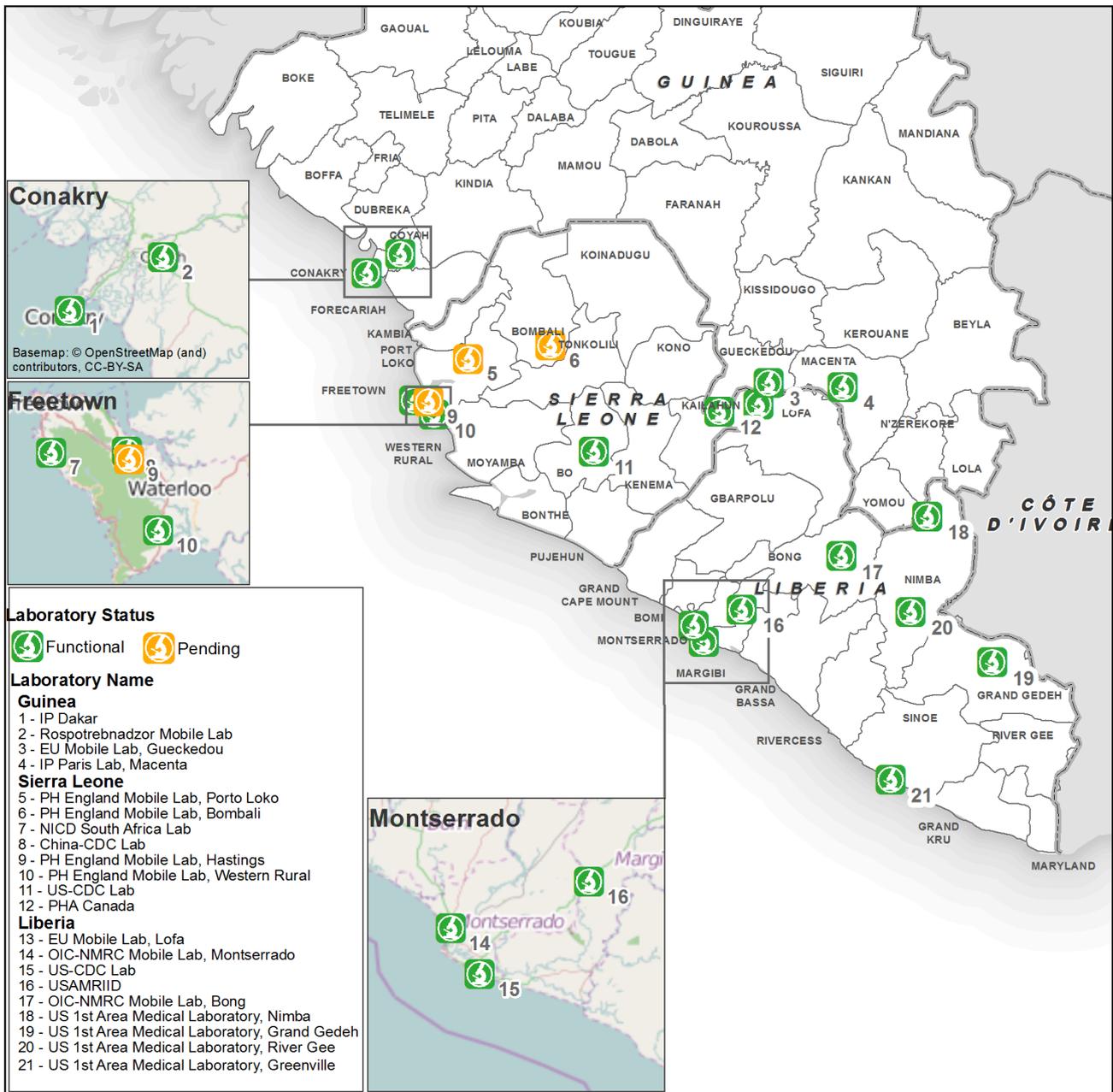
La recherche active des contacts permet de garantir que les contacts signalés et enregistrés des cas de maladie à virus Ebola confirmés bénéficient d'une visite quotidienne pour surveiller l'apparition de symptômes pendant la

durée d'incubation de 21 jours du virus Ebola. Les contacts qui présentent des symptômes doivent être immédiatement isolés, testés pour Ebola et, si nécessaire, traités, afin de prévenir toute transmission ultérieure.

Du 24 au 29 novembre, 96 % des contacts enregistrés ont reçu une visite quotidienne en Guinée, 84 % au Libéria et 97 % en Sierra Leone. Cependant, la proportion de contacts suivis était moindre dans de nombreux districts. D'après les informations communiquées, chaque district disposerait d'au moins une équipe chargée de la recherche des contacts.

En moyenne, entre le 24 et le 30 novembre, 15 contacts ont été recensés pour chaque nouveau cas en Guinée, 23 au Libéria et 5 en Sierra Leone. Les équipes de recherche active de cas sont mobilisées dans le cadre d'une stratégie supplémentaire de détection des cas dans plusieurs régions.

Figure 6 : Statut des laboratoires déployés dans les pays touchés pour appuyer la riposte à la flambée Ebola



## Agents de santé

Au 30 novembre, en fin de journée, 622 agents de santé avaient été infectés par le virus Ebola, dont 346 en sont décédés (Tableau 5). Parmi le nombre total de cas recensés, 2 agents de santé ont été infectés au Mali, 11 au Nigéria, 1 en Espagne lors du traitement d'un patient positif au virus Ebola et 3 aux États-Unis (dont 1 agent infecté en Guinée et 2 infectés lors du traitement d'un patient au Texas).

**Tableau 5 : Infections par le virus Ebola parmi les agents de santé dans les trois pays à transmission intense**

Pays	Cas	Décès
Guinée	106	59
Libéria*	361	174
Sierra Leone	138	106
<b>Total</b>	<b>605</b>	<b>339</b>

Les données se fondent sur les informations officielles communiquées par les Ministères de la santé. Ces chiffres peuvent être modifiés en fonction des reclassifications, des investigations rétrospectives et de la disponibilité des résultats de laboratoire. \*Données manquantes pour les 29 et 30 novembre.

Des investigations approfondies sont en cours pour déterminer la source de l'exposition dans chaque cas. Des éléments indiquent déjà qu'une proportion importante d'infections s'est produite hors des centres de traitement et de soins Ebola. Ces informations confirment la nécessité d'appliquer les mesures de lutte contre l'infection dans toutes les structures sanitaires, y compris celles qui ne traitent pas Ebola. L'OMS a examiné les recommandations en matière d'équipements de protection individuelle (EPI) pour les agents de santé qui dispensent des soins directs aux patients, et actualisé ses recommandations dans le contexte de la flambée actuelle de maladie à virus Ebola. Une formation complète obligatoire sur l'utilisation de l'EPI et l'encadrement de tous les utilisateurs avant qu'ils ne dispensent des soins sont considérés comme des points fondamentaux pour protéger les agents de santé et les patients.

## Mobilisation sociale et participation des communautés

L'UNICEF est le principal organisme chargé de la mobilisation sociale dans le cadre de cette flambée. Une équipe conjointe OMS-UNICEF s'est rendue dans les trois pays à transmission intense pour faire le point de la situation et les aider à mettre en œuvre leurs plans de mobilisation sociale.

## Budget

Au 28 novembre, l'OMS avait reçu US \$171,5 millions ; US \$26 millions supplémentaires ont été promis.

## 2. PAYS AYANT UN OU PLUSIEURS PREMIERS CAS OU BIEN UNE TRANSMISSION LOCALISÉE

Cinq pays (Espagne, États-Unis d'Amérique, Mali, Nigéria et Sénégal,) ont notifié un ou plusieurs cas importés d'un pays où la transmission est étendue et intense (Tableau 6).

**Tableau 6 : Cas et décès imputables à la maladie à virus Ebola au Mali et aux États-Unis d'Amérique**

Pays	Cas cumulés					Recherche de contacts			
	Confirmés	Probables	Suspects	Décès	Agents de santé	Contacts suivis	Contacts parvenus à 21 jours de suivi	Date du dernier patient testé négatif	Nombre de jours depuis le dernier patient testé négatif
Mali	7	1	0	6	25 %	227	206	-	-
États-Unis d'Amérique	4*	0	0	1	75 %	0	177	**	**

\*Inclut deux agents de santé infectés aux États-Unis alors qu'ils soignaient un patient Ebola provenant du Libéria et un agent de santé infecté en Guinée qui a développé des symptômes aux États-Unis d'Amérique. \*\*Données non disponibles. Les données se fondent sur les informations officielles communiquées par les Ministères de la santé. Ces chiffres peuvent être modifiés en fonction des reclassifications, des investigations rétrospectives et de la disponibilité des résultats de laboratoire.

Au total, 8 cas (7 confirmés et 1 probable), dont 6 décès (5 confirmés et 1 probable), ont été notifiés au Mali (Figure 1). Les cas les plus récents se sont produits dans la capitale malienne, Bamako, et ne sont pas liés au premier cas de maladie à virus Ebola recensé dans le pays, décédé à Kayes le 24 octobre dernier. Tous les contacts identifiés liés à ce premier cas sont désormais parvenus au terme des 21 jours de suivi. Au 2 décembre 2014, 219 des 227 contacts actuels liés à la flambée à Bamako étaient suivis.

En Espagne, plus de 42 jours se sont écoulés depuis que l'agent de santé infecté alors qu'il soignait un patient Ebola à Madrid a obtenu des résultats négatifs à 2 reprises et est sorti de l'hôpital. La flambée dans ce pays a donc été déclarée terminée.

Aux États-Unis d'Amérique, on compte 4 cas de maladie à virus Ebola et 1 décès. Un agent de santé à New York et 2 au Texas ont obtenu des résultats d'analyse négatifs à 2 reprises et sont sortis de l'hôpital. Tous les contacts sont parvenus au terme des 21 jours de suivi.

Au Nigéria, il y a eu 20 cas et 8 décès. Au Sénégal, 1 cas et 0 décès. Cependant, grâce au succès de la riposte dans ces 2 pays, les flambées de maladie à virus Ebola au Sénégal et au Nigéria ont été déclarées terminées les 17 et 19 octobre 2014, respectivement.

### 3. ÉTAT DE PRÉPARATION DES PAYS POUR LA DÉTECTION ET LA RIPOSTE RAPIDES FACE À UNE EXPOSITION AU VIRUS EBOLA

La progression de la flambée de maladie à virus Ebola met en évidence le risque considérable d'une importation des cas dans des pays indemnes. Cependant, grâce à une préparation suffisante, il est possible d'endiguer la maladie ainsi importée avant qu'une flambée de grande ampleur ne se produise.

Le fait que l'on soit parvenu à enrayer la transmission de la maladie à virus Ebola au Nigéria et au Sénégal montre l'importance capitale de la préparation. Dans ces 2 pays, la volonté politique, la détection et la riposte précoces, les campagnes de sensibilisation de la population et le soutien sans faille des organisations partenaires constituent des facteurs clés qui ont contribué à l'arrêt de la propagation de la maladie.

Après la réunion consultative entre l'OMS et ses partenaires sur l'état de préparation et la disponibilité opérationnelle pour combattre la maladie à virus Ebola, qui s'est tenue à Brazzaville du 8 au 10 octobre 2014, l'OMS, en collaboration avec les Nations Unies et d'autres partenaires, a accéléré le déploiement d'équipes de préparation internationales pour garantir des moyens immédiats de riposte à la flambée d'Ebola et pour aider les pays indemnes à renforcer leur préparation en s'appuyant sur leurs travaux et programmes existants. Ces équipes sont constituées de partenaires et de réseaux nationaux et internationaux pour la mise en œuvre, tels que l'Association internationale des instituts nationaux de santé publique (IANPHI), le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN), et d'autorités nationales de santé publique, comme les Centres for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique et Public Health England. Les efforts de préparation pour combattre le virus Ebola suivent les recommandations du Règlement sanitaire international (RSI) sur le renforcement des capacités et sont soutenus par la MINUAUCE.

Le soutien de l'OMS et de ses partenaires est initialement centré sur les pays à la priorité la plus élevée — Côte d'Ivoire, Guinée Bissau, Mali et Sénégal —, puis sur les pays à priorité élevée — Bénin, Cameroun, Gambie, Ghana, Mauritanie, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Soudan du Sud et Togo. Les critères utilisés pour établir la priorité des pays comprennent la proximité géographique avec des pays touchés, les schémas d'échanges commerciaux et de migration, et la robustesse des systèmes de santé.

L'OMS étend également ses efforts de préparation à d'autres pays en Afrique et dans toutes les régions. Dans l'immédiat, les efforts de préparation de l'OMS sont orientés selon deux axes : les missions de préparation et les visites de pays d'une part, la fourniture de conseils et d'outils d'autre part.

En s'appuyant sur les efforts de préparation nationaux et internationaux existants, un ensemble d'outils a été créé pour aider les pays à déterminer les possibilités d'améliorations afin d'intensifier et d'accélérer leur disponibilité opérationnelle. L'un de ces outils est un recueil exhaustif des principes, des normes, des capacités et des pratiques essentiels que chaque pays doit suivre ou mettre en place. Ce recueil comporte 10 composantes essentielles, divisées en plusieurs tâches que les pays et la communauté internationale devront mener à bien dans un délai de 30 et 60 jours à compter de la date de publication de la liste : coordination globale, intervention rapide, sensibilisation du public et participation des communautés, prévention et lutte contre les infections, prise en charge des cas, inhumations sans risque, surveillance épidémiologique, recherche des contacts, laboratoires et moyens au niveau des points d'entrée.

Une équipe a été déployée au Mali et en Côte d'Ivoire en octobre. La semaine du 10 novembre, des équipes ont été déployées au Cameroun, au Ghana, en Guinée Bissau et en Mauritanie. La semaine du 17 novembre, des équipes ont visité le Bénin, le Burkina Faso, la Gambie et le Sénégal. La semaine du 24 novembre, une équipe a visité le Togo. La semaine du 1<sup>er</sup> décembre, des équipes visiteront l'Éthiopie, le Niger et la République centrafricaine.

Dans l'immédiat, l'objectif de chaque mission est de garantir que le pays est le mieux préparé possible sur le plan opérationnel pour détecter, rechercher et notifier de manière efficace et sûre les cas potentiels de maladie à virus Ebola, et pour mettre en place une riposte efficace qui évitera le développement d'une flambée de plus grande envergure.

Des formations dans le pays et des activités de renforcement des capacités sont entreprises lors de chaque mission, y compris des réunions avec les groupes de travail techniques, des visites sur le terrain, des exercices théoriques et des exercices de simulation sur le terrain. Les principaux domaines d'amélioration sont définis sur la base des activités des missions, et les forces et faiblesses sont déterminées et discutées au sein du pays. Lorsque c'est possible, un ou plusieurs experts techniques restent sur place après la mission initiale pour maximiser les efforts de renforcement des capacités et pour aider à pérenniser la disponibilité opérationnelle pour d'autres événements et urgences de santé publique. Un plan d'action définissant les priorités et le coût de la mise en œuvre est préparé pendant ou juste après la mission, de manière à pouvoir mener rapidement à bien les activités de renforcement des capacités.

**ANNEXE 1 : CATÉGORIES UTILISÉES POUR LA CLASSIFICATION DES CAS D'EBOLA**

En fonction des critères qu'ils remplissent, les cas de maladie à virus Ebola sont classés comme suspects, probables ou confirmés (Tableau 7).

**Tableau 7 : Critères de classification des cas de maladie à virus Ebola**

Classification	Critères
<b>Suspects</b>	Toute personne, vivante ou décédée, présentant ou ayant présenté une fièvre élevée d'apparition brutale et ayant été en contact avec un cas suspect, probable ou confirmé de maladie à virus Ebola, ou un animal mort ou malade OU toute personne présentant une fièvre élevée d'apparition brutale et au moins 3 des symptômes suivants : céphalées, vomissements, anorexie/perte d'appétit, diarrhée, léthargie, douleurs abdominales, douleurs musculaires ou articulaires, déglutition difficile, dyspnée ou hoquet ; ou toute personne présentant des saignements inexpliqués OU toute personne morte subitement et dont le décès est inexpliqué.
<b>Probables</b>	Tout cas suspect évalué par un clinicien OU toute personne décédée d'une maladie à virus Ebola « suspectée » et qui a eu un lien épidémiologique avec un cas confirmé, mais qui n'a pas été dépistée et dont la maladie n'a pas été confirmée en laboratoire.
<b>Confirmés</b>	Un cas probable ou suspect est confirmé lorsqu'un échantillon prélevé sur lui donne au laboratoire un résultat positif pour la maladie à virus Ebola.

## ANNEXE 2 : MISSION DES NATIONS UNIES POUR L'ACTION D'URGENCE CONTRE L'EBOLA : DÉFINITIONS DES PRINCIPAUX INDICATEURS DE PERFORMANCE

La Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE), la toute première mission instaurée par les Nations Unies dans le cadre d'une urgence de santé publique, a été créée pour faire face à la flambée sans précédent de maladie à virus Ebola. Cette Mission, dont l'OMS est partenaire, s'est fixé comme priorités stratégiques d'enrayer la propagation de la flambée, de traiter les patients infectés, d'assurer les services essentiels, de préserver la stabilité et d'éviter la propagation de la maladie aux pays actuellement indemnes de maladie à virus Ebola. Les indicateurs utilisés pour suivre la riposte sont calculés sur la base des numérateurs et des dénominateurs suivants :

Indicateur	Numérateur	Source du numérateur	Dénominateur	Source du dénominateur
% de districts disposant de services de laboratoire accessibles dans les 24 heures	Nombre de districts touchés en mesure d'envoyer en 24 heures des échantillons dans un laboratoire	Laboratoires nationaux	Nombre de districts touchés qui ont notifié un cas probable ou confirmé	Dossiers d'enquête clinique
% de lits opérationnels dans les centres de traitement	Nombre de lits opérationnels dans les centres de traitement	OMS	Nombre de lits prévus dans les centres de traitement	MINUAUCE
% de lits opérationnels dans les centres de soins communautaires	Nombre de lits opérationnels dans les centres de soins communautaires	MINUAUCE	Nombre de lits prévus dans les centres de soins communautaires	MINUAUCE
Capacité d'isolement des patients (lits par cas notifié)	Nombre de lits disponibles dans les centres de traitement et les centres de soins communautaires	OMS/MINUAUCE	Nombre moyen de cas probables ou confirmés de maladie à virus Ebola (au cours des 21 derniers jours)	Rapports de situation de pays
Taux de létalité (%) parmi les patients hospitalisés	Nombre de décès parmi les patients hospitalisés	Dossiers d'enquête clinique	Nombre de cas probables ou hospitalisés pour lesquels on sait de façon certaine s'ils ont survécu ou non	Dossiers d'enquête clinique
% de contacts enregistrés à suivre et vus quotidiennement	Nombre de contacts enregistrés à suivre et vus quotidiennement	Rapports de situation de pays	Nombre de contacts actuellement enregistrés	Rapports de situation de pays
Nombre d'agents de santé nouvellement infectés**	Nombre d'agents de santé nouvellement infectés	Rapports de situation de pays	s. o.	s. o.
% d'équipes de fossoyeurs formées et en place	Nombre d'équipes de fossoyeurs formées et en place	FIRC/OMS/MINUAUCE	Nombre d'équipes de fossoyeurs prévues	MINUAUCE