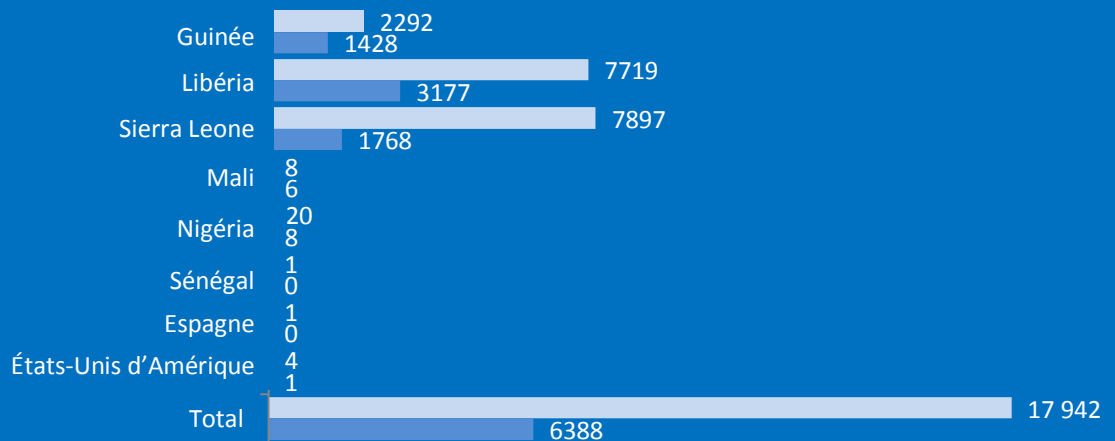




FAITS MARQUANTS

- Il y a eu 17 942 cas notifiés de maladie à virus Ebola, dont 6388 décès.
- L'incidence des cas augmente légèrement en Guinée, diminue au Libéria, et pourrait continuer à augmenter ou se stabiliser en Sierra Leone.
- La Sierra Leone compte aujourd'hui le plus grand nombre total de cas notifiés parmi les 3 pays à transmission intense, avec 7897 cas signalés à ce jour.
- Au niveau national, la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone disposent de capacités suffisantes pour isoler et traiter tous les cas d'Ebola signalés et pour inhumer sans risque et dans la dignité tous les décès liés à la maladie à virus Ebola. Cependant, des variations locales indiquent que dans certaines zones les capacités restent insuffisantes.

CAS / DÉCÈS



RÉSUMÉ

Au 7 décembre, en fin de journée, 17 942 cas confirmés, probables ou suspects de maladie à virus Ebola étaient recensés dans 5 pays touchés (États-Unis d'Amérique, Guinée, Libéria, Mali et Sierra Leone) et dans 3 pays précédemment touchés (Espagne, Nigéria et Sénégal). Le nombre de décès s'élevait à 6388. L'incidence des cas notifiés augmente légèrement en Guinée (103 cas confirmés ou probables signalés du 1^{er} au 7 décembre), elle diminue au Libéria (29 nouveaux cas confirmés au cours des 3 jours précédant le 3 décembre) et pourrait continuer à augmenter en Sierra Leone (397 nouveaux cas confirmés entre du 1^{er} au 7 décembre). Le taux de létalité parmi tous les cas notifiés pour lesquels on connaît de manière certaine l'issue de la maladie dans les 3 pays les plus touchés s'élève à 76 % ; ce taux est de 61 % parmi les patients hospitalisés.

Les activités de riposte dans les 3 pays à transmission intense continuent de progresser conformément aux objectifs de la MINUAUCE visant à isoler et traiter 100 % des cas d'Ebola, et à inhumer sans risque 100 % des personnes décédées de la maladie à virus Ebola au 1^{er} janvier. Au niveau national, il y a désormais suffisamment de lits dans les établissements de soins Ebola pour traiter et isoler tous les cas d'Ebola signalés dans chacun des 3 pays à transmission intense, bien que la répartition inégale des lits et des cas indique un sérieux manque de moyens dans certaines zones. De même, chaque pays dispose de capacités suffisantes et bien déployées pour inhumer toutes les personnes décédées de la maladie à virus 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 les capacités d'inhumation restent insuffisantes dans certaines zones. Chaque district ayant notifié un cas d'Ebola dans les 3 pays à transmission intense a accès à un laboratoire dans les 24 heures suivant le prélèvement d'échantillons. Ces 3 pays déclarent tous que plus de 80 % 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 et dans les zones où l'on est confronté à une réticence de la communauté. Une augmentation rapide des moyens pour rechercher les cas et les contacts dans les zones où la transmission est faible ou modérée 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 Ebola¹ 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, 17 908 cas confirmés, probables ou suspects de maladie à virus Ebola et 6373 décès étaient recensés au 7 décembre 2014, en fin de journée, par les Ministères de la santé de la Guinée et de la Sierra Leone, et au 3 décembre 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	2 051	321	1 207
	Probables	221	*	221
	Suspects	20	*	0
	Total	2 292	321	1 428
Libéria [§]	Confirmés	2 830	225	‡
	Probables	1 814	*	‡
	Suspects	3 075	*	‡
	Total	7 719	225	3 177
Sierra Leone	Confirmés	6 375	1 319	1 559
	Probables	79	*	174
	Suspects	1 443	*	35
	Total	7 897	1 319	1 768
Total		17 908	1 865	6 373

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 la période du 4 au 7 décembre.

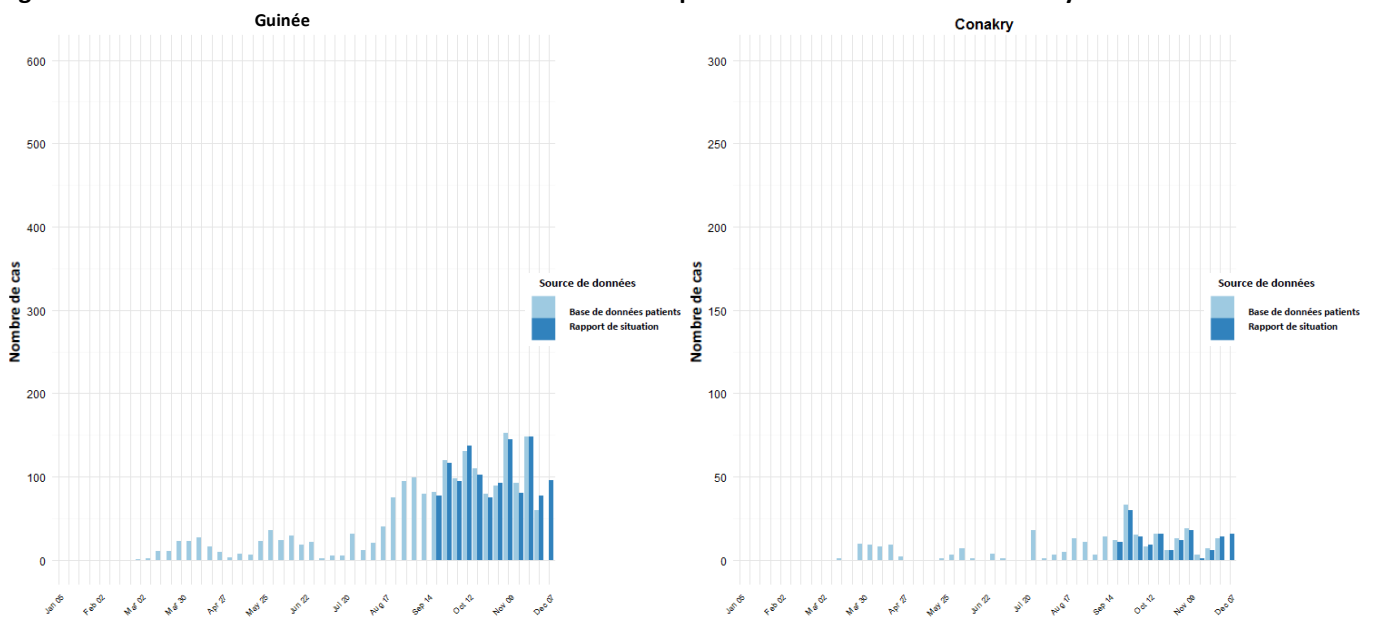
¹Pour consulter la feuille de route, voir : <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/response-roadmap/fr/>.

GUINÉE

Au total, 103 nouveaux cas confirmés ou probables ont été signalés sur l'ensemble du pays entre le 1^{er} et le 7 décembre (Figure 1). 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 7 semaines, mais cette relative stabilité masque d'importants changements dans le schéma de transmission de la maladie à virus Ebola dans le pays. Le grand nombre de nouveaux cas précédemment signalés dans le district de N'Zérékoré à l'est du pays (4 nouveaux cas confirmés du 1^{er} au 7 décembre) semble avoir diminué, bien que la transmission dans le district voisin de Macenta reste intense (15 nouveaux cas confirmés, comme pour la semaine précédente). Des réticences de la part de certaines communautés de Macenta vis-à-vis de la recherche de contacts ont également été signalées. Plusieurs districts au centre et au nord de la Guinée ont signalé une transmission persistante, notamment Faranah (8 cas confirmés ou probables), Kankan (4 nouveaux cas confirmés, contre 7 la semaine précédente), Kérouané (4 nouveaux cas confirmés, contre 0 la semaine précédente) et Kissidougou (5 nouveaux cas confirmés, contre 1 la semaine précédente). La transmission persistante dans ces zones 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 districts du sud-est de Guéckédou (2 nouveaux cas confirmés du 1^{er} au 7 décembre) et de 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 (3 nouveaux cas confirmés cette semaine ; entre 1 et 3 cas confirmés au cours des 8 dernières semaines). Le manque de structures de prise en charge des cas d'Ebola dans cette zone sahélienne 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 l'ouest du pays, la capitale, Conakry, a notifié 16 nouveaux cas confirmés entre le 1^{er} et le 7 décembre (Figure 1). Comme le district voisin de Coyah (18 nouveaux cas confirmés du 1^{er} au 7 décembre), Conakry accuse une augmentation du nombre de nouveaux cas confirmés notifiés depuis 3 semaines consécutives, tandis que Téliélé a notifié son premier cas depuis plus de 12 semaines. Bien que 10 districts n'aient notifié aucun cas de maladie à virus Ebola à ce jour, la transmission s'étend géographiquement : au 1^{er} octobre, 9 districts avaient signalé un cas confirmé ou probable au cours des 7 derniers jours, tandis qu'au 1^{er} décembre, ils étaient 14.

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



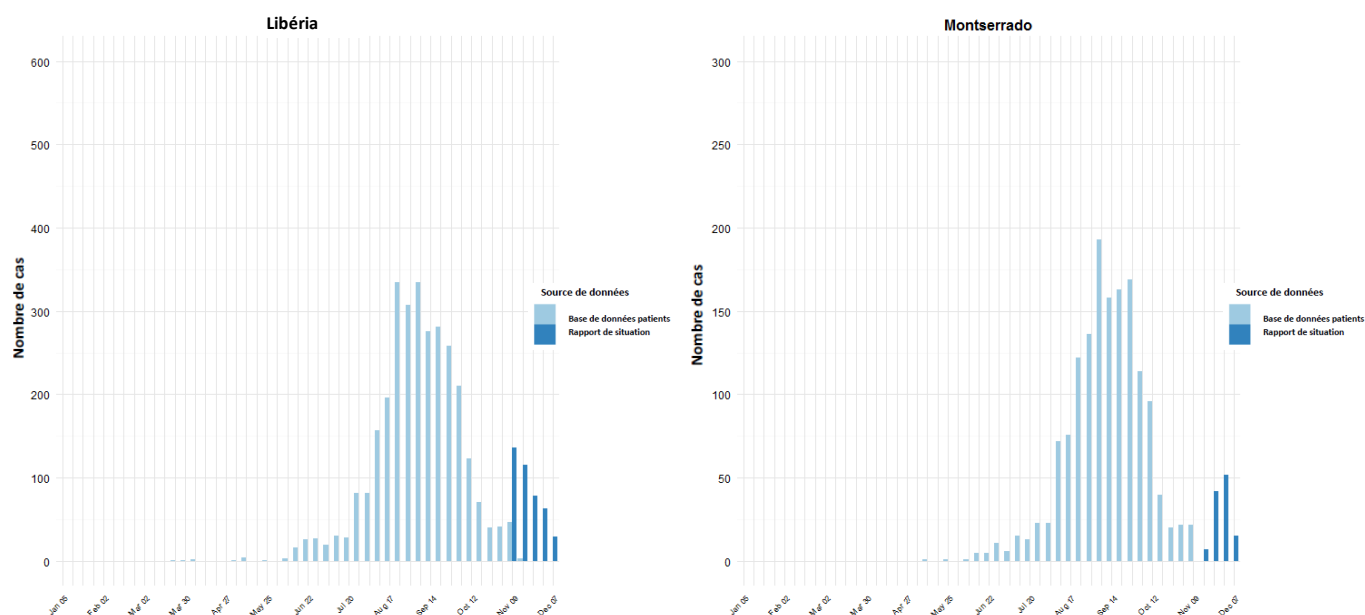
Les graphiques des Figures 1, 2 et 3 présentent le nombre de nouveaux cas confirmés notifiés chaque semaine figurant dans les rapports de situation de chaque pays (en bleu foncé, à partir de la semaine épidémiologique 38, allant du 15 au 21 septembre) et dans les bases de données des patients (en bleu 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.

LIBÉRIA

L'incidence des cas diminue depuis 4 semaines ; 5 comtés ont notifié de nouveaux cas au cours des 3 jours précédant le 3 décembre, pour un total de 29 cas confirmés sur cette période.

Le comté de Montserrado, qui inclut la capitale Monrovia (Figure 2), a signalé 15 cas confirmés, soit plus de la moitié de tous les cas confirmés notifiés dans le pays au cours de la période de communication de l'information. Parmi les autres comtés, seuls Bong (1 cas confirmé), Grand Bassa (7 cas confirmés), Grand Cape Mount (5 cas confirmés) et Sinoe (1 cas confirmé) ont signalé des cas au cours de cette même période. Le comté de Lofa, situé dans le nord du pays à la frontière avec la Guinée et la Sierra Leone, n'a notifié aucun cas pour la 6^e semaine consécutive.

Figure 2 : Cas confirmés de maladie à virus Ebola notifiés chaque semaine au Libéria et à Monrovia



Données manquantes pour la période du 4 au 7 décembre. Données manquantes dans la base de données des patients après le 6 novembre. Les données systématiques sur les cas confirmés en laboratoire sont disponibles depuis le 3 novembre au niveau national et depuis le 16 novembre au niveau de chaque comté.

SIERRA LEONE

La transmission de maladie à virus Ebola reste intense en Sierra Leone, avec 397 nouveaux cas confirmés notifiés du 1^{er} au 7 décembre (3 fois plus qu'en Guinée et qu'au Libéria réunis). La zone la plus touchée reste la capitale, Freetown, qui a notifié un tiers (133) de l'ensemble des nouveaux cas confirmés (Figure 3). La transmission reste persistante et intense à travers le pays, à l'exception du sud ; les districts de Bo (14 cas), Bombali (57 cas), Kambia (10 cas), Koinadugu (2 cas), Kono (24 cas), Moyamba (10 cas), Port Loko (76 cas), Tonkolili (13 cas) et le district rural de la Zone de l'Ouest (57 cas) ont tous notifié un nombre important de nouveaux cas confirmés. En revanche, les districts de Kenema et Kailahun, au sud du pays, n'ont notifié aucun cas. Kenema a signalé 1 cas depuis le 1^{er} novembre. Pujehun était le seul autre district à ne pas signaler de nouveau cas. Bonthe, qui n'avait signalé aucun cas depuis 2 semaines, a notifié 1 cas confirmé entre le 1^{er} et le 7 décembre.

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

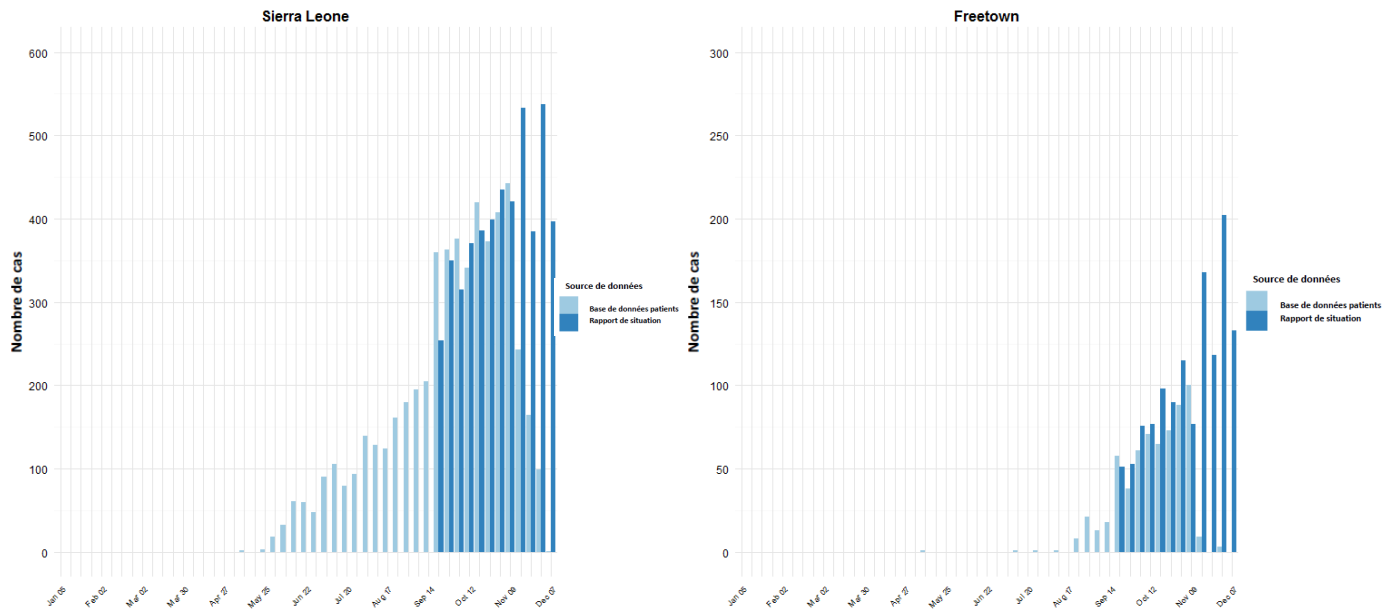
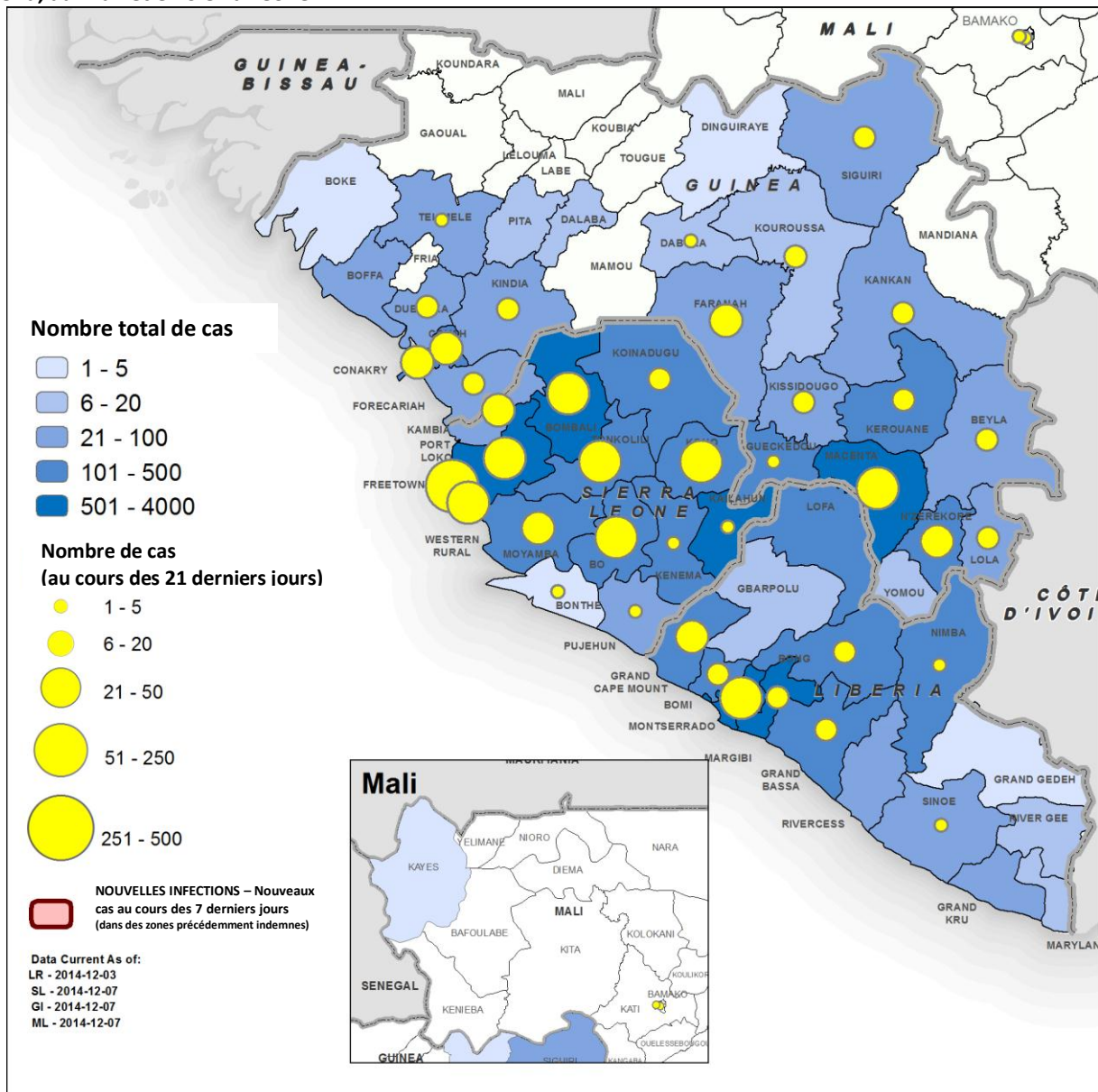


Figure 4 : Distribution géographique des nouveaux cas et total des cas confirmés ou probables* en Guinée, au Libéria, au Mali et en Sierra Leone



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 du 4 au 7 décembre sont manquantes pour le Libéria. *Les données des 21 derniers jours représentent les cas confirmés en Guinée, au Mali et en Sierra Leone, 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 100 % des cas d'Ebola et d'inhumer sans danger et dans la dignité 100 % des personnes décédées de la maladie à virus Ebola au 1^{er} janvier 2015. Les différentes organisations qui coordonnent chaque volet de la riposte sont présentées en annexe 3. Les Tableaux 2, 3 et 4 présentent des informations sur la progression vers les 2 domaines — la prise en charge et la recherche de cas (confirmation en laboratoire et recherche de contacts) — dans lesquels l'OMS est la principale intervenante, et sur les capacités pour réaliser des inhumations sans risque.

Prise en charge des cas

Fournir les capacités 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 d'efficacité de la riposte à Ebola en Guinée


Indicateur	Dates des données	Situation actuelle	% des prévisions/cible
% de districts avec services de laboratoire accessibles dans les 24 h	Au 08/12/14	100%	100%
% de lits opérationnels dans les centres de traitement Ebola	Au 08/12/14	41 % (200 lits)	490 lits
% de lits opérationnels dans les centres de soins communautaires	Au 02/12/14	0%	328 lits
Capacités d'isolement des patients (nombre de lits par patient notifié)	17/11/14 - 07/12/14	En moyenne 1,9 lit par patient notifié	
Taux de létalité (%) parmi les patients hospitalisés	Cumulé (jusqu'au 07/12/14)	60%	
% de contacts enregistrés à suivre qui ont reçu une visite quotidienne	01/12/14 - 06/12/14	95%	
Nombre d'agents de santé nationaux nouvellement infectés	01/12/14 - 06/12/14	 (9)	
% d'équipes chargées des inhumations formées et mises en place	Au 23/11/14	83 % (50 équipes)	60 équipes

La définition de chaque indicateur est fournie en annexe 2.

Les capacités pour traiter et isoler les patients servent de mesure immédiate de la proportion de cas de maladie à virus Ebola placés en isolement. 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 1,9 lits disponibles par cas probable ou confirmé de maladie à virus Ebola notifié ; au Libéria (Tableau 3), ce chiffre s'élève à 12,1 (mais il est moindre si l'on inclut les cas suspects) et en Sierra Leone à 1,9 (Tableau 4). Cependant, ces chiffres sont, dans une certaine mesure, une représentation très simplifiée d'une situation plus compliquée 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 les symptômes de la maladie sont apparus. 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.

Tableau 3 : Principaux indicateurs d'efficacité de la riposte à Ebola au Libéria

Indicateur	Dates des données	Situation actuelle	% des prévisions/cible
% de districts avec services de laboratoire accessibles dans les 24 h	Au 30/11/14	100%	100%
% de lits opérationnels dans les centres de traitement Ebola	Au 01/12/14	73 % (1269 lits)	1733 lits
% de lits opérationnels dans les centres de soins communautaires	Au 30/11/14	21 % (83 lits)	398 lits
Capacités d'isolement des patients (nombre de lits par patient notifié)	10/11/14 - 30/11/14	En moyenne 12,1 lits par patient notifié	
Taux de létalité (%) parmi les patients hospitalisés	Cumulé	59%	
% de contacts enregistrés à suivre qui ont reçu une visite quotidienne	24/11/14 - 28/11/14	96%	
Nombre d'agents de santé nationaux nouvellement infectés	24/11/14 - 28/11/14	 (2)	
% d'équipes chargées des inhumations formées et mises en place	Au 23/11/14	77 % (77 équipes)	100 équipes

Au 8 décembre, 200 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 montagneuses de 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.

Au Libéria, 1269 lits sont opérationnels dans 12 centres de traitement Ebola : la capitale Monrovia compte 5 centres, Margibi 3, et les comtés de Bomi, Bong, Lofa et Nimba 1 chacun. Actuellement, 4 centres de soins communautaires sont ouverts : 1 à Grand Cape Mount, 1 à River Gee et 2 à Margibi. Parmi les 3 pays où la transmission est étendue et intense, c'est au Libéria que les capacités de traitement et d'isolement sont les mieux réparties.

Au total, 553 lits de traitement et d'isolement sont opérationnels dans 13 centres de traitement Ebola en Sierra Leone : 2 à Kerry Town, Freetown et Port Loko, 1 à Lakka, Kailahun, Kenema, Bo Town, Waterloo, Bombali et le district urbain de la Zone de l'Ouest. On dénombre 23 centres de soins communautaires, proposant 262 lits au total.

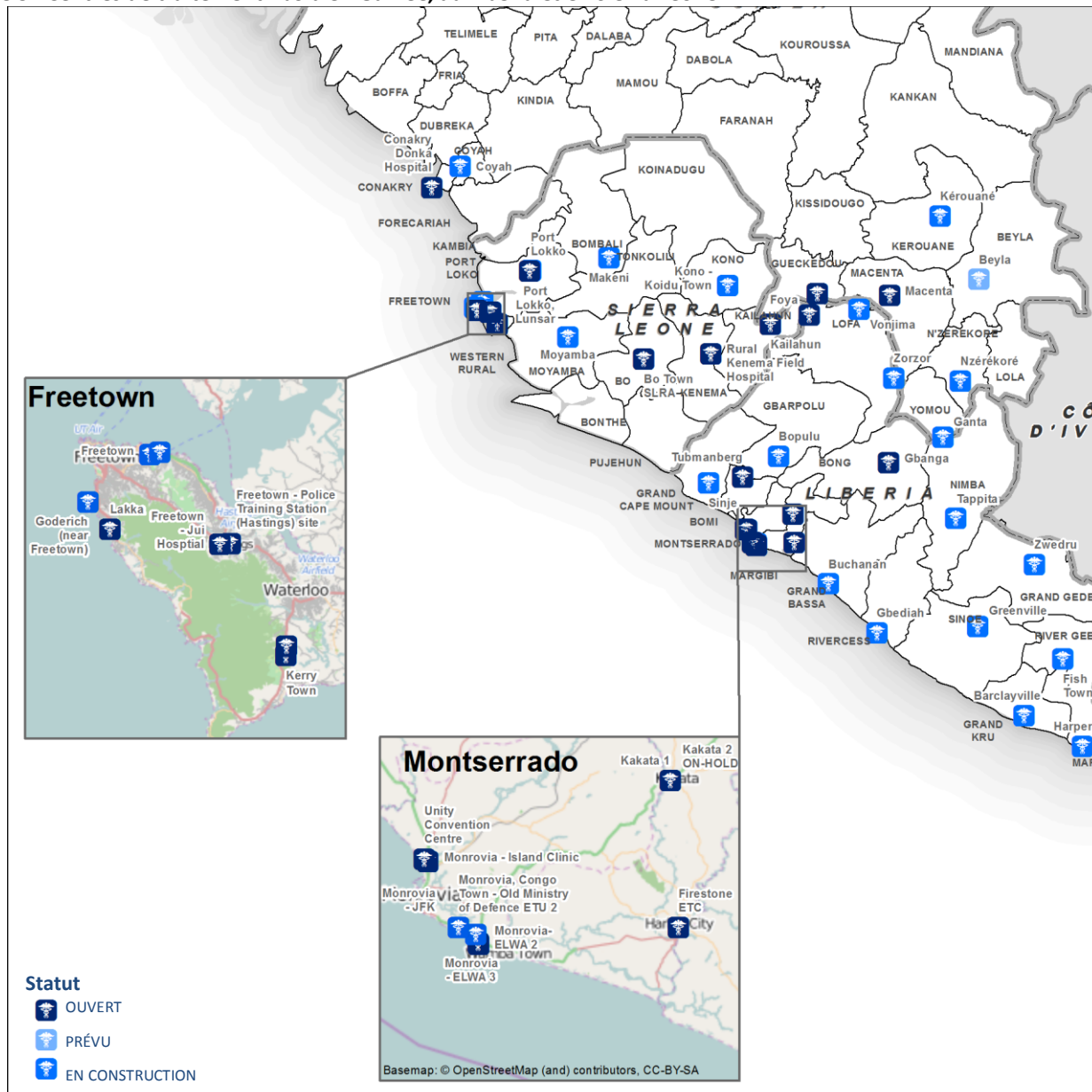
Létalité

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 71 %. 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 s'élève à 63 % dans le sous-ensemble des 267 agents de santé qui ont été hospitalisés.

Laboratoires

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 un cas probable ou confirmé) ont tous accès à l'appui 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. Des efforts sont réalisés par l'OMS et ses partenaires pour améliorer le mécanisme de communication des résultats aux établissements de traitement Ebola une fois que les laboratoires ont transmis les résultats aux centres opérationnels d'urgence nationaux. Dix-neuf laboratoires sont en mesure de confirmer les cas de maladie à virus Ebola : 4 en Guinée, 8 au Libéria et 7 en Sierra Leone. Actuellement, ces laboratoires sont au service de 24 districts en Guinée, 15 au Libéria et 14 en Sierra Leone.

Figure 5 : Centres de traitement Ebola en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone



Quatre centres de traitement Ebola en Sierra Leone et 1 au Libéria ne figurent pas sur la carte.

Recherche de contacts et de cas

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.

Au cours de la semaine précédant le 1^{er} décembre, 95 % des contacts enregistrés ont reçu une visite quotidienne en Guinée, 96 % au Libéria et 84 % en Sierra Leone (une diminution régulière depuis la semaine 44 au cours de laquelle 94 % des contacts enregistrés avaient reçu une visite quotidienne). 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, au cours de la semaine précédant le 1^{er} décembre, 17 contacts ont été recensés pour chaque nouveau cas en Guinée, 22 au Libéria et 6 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.

Tableau 4 : Principaux indicateurs d'efficacité de la riposte à Ebola en Sierra Leone

Indicateur	Dates des données	Situation actuelle	% des prévisions/cible
% de districts avec services de laboratoire accessibles dans les 24 h	Au 30/11/14	100%	100%
% de lits opérationnels dans les centres de traitement Ebola	Au 30/11/14	38 % (553 lits)	1460 lits
% de lits opérationnels dans les centres de soins communautaires	Au 27/11/14	22 % (262 lits)	1208 lits
Capacités d'isolement des patients (nombre de lits par patient notifié)	10/11/14 - 30/11/14	En moyenne 1,9 lit par patient notifié	
Taux de létalité (%) parmi les patients hospitalisés	Cumulé	60%	
% de contacts enregistrés à suivre qui ont reçu une visite quotidienne	24/11/14 - 30/11/14	84%	
Nombre d'agents de santé nationaux nouvellement infectés	24/11/14 - 30/11/14	(0)	
% d'équipes chargées des inhumations formées et mises en place	Au 23/11/14	82 % (94 équipes)	114 équipes

Agents de santé

Au 7 décembre, en fin de journée, 639 agents de santé avaient été infectés par le virus Ebola, dont 349 en sont décédés (Tableau 5). Parmi le nombre total de cas recensés, 1 agent de santé a été infecté en Espagne lors du traitement d'un patient positif au virus Ebola, 2 au Mali, 11 au Nigéria et 3 aux États-Unis (dont 1 agent infecté en Guinée et 2 infectés lors du traitement d'un patient au Texas).

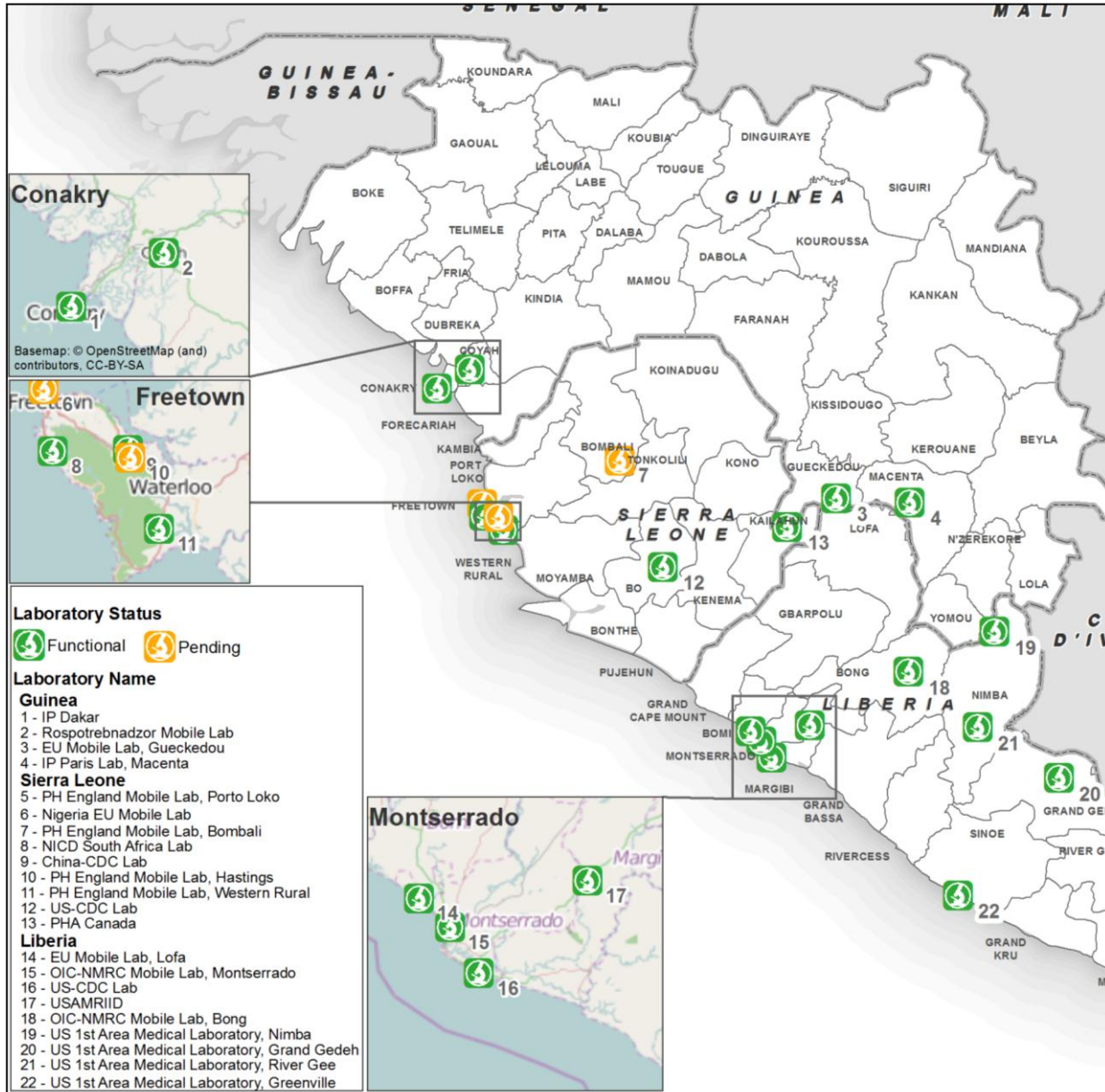
Tableau 5 : Infections par le virus Ebola parmi les agents de santé dans les 3 pays à transmission intense

Pays	Cas	Décès
Guinée	121	62
Libéria*	363	174
Sierra Leone	138	106
Total	622	342

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 la période du 4 au 7 décembre.

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.

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



Inhumations sans danger et dans la dignité

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.

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.

Budget

Au 5 décembre, l'OMS avait reçu US \$186,8 millions ; US \$31,9 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).

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 7 cas les plus récents se trouvent 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 dimanche 7 décembre 2014, 219 des 227 contacts actuels liés à la flambée à Bamako étaient suivis.

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.

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 %	26	407	-	-
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.

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 par une riposte rapide et adéquate.

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, Niger, 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^{er} décembre, des équipes ont visité l'Éthiopie et la République centrafricaine. Une visite au Niger est prévue la semaine du 8 décembre.

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

Les cas de maladie à virus Ebola sont classés comme suspects, probables ou confirmés.

Critères de classification des cas de maladie à virus Ebola

Classification	Critères
Suspects	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.
Probables	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.
Confirmés	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 D'EFFICACITÉ

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 fixée 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 avec services de laboratoire accessibles dans les 24 h	Nombre de districts touchés en mesure d'envoyer des échantillons vers un laboratoire en 24 h	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 Ebola	Nombre de lits opérationnels dans les centres de traitement Ebola	OMS	Nombre de lits prévus dans les centres de traitement Ebola	MINUAUCE
% de lits opérationnels dans les centres de soins communautaires	Nombre de lits opérationnels dans les centres de soins communautaires	OMS	Nombre de lits prévus dans les centres de soins communautaires	MINUAUCE
Capacités d'isolement des patients (lits par patient notifié)	Nombre de lits opérationnels 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 des pays
Taux de létalité (%) parmi les patients hospitalisés	Nombre de décès parmi les patients hospitalisés	Dossiers d'enquête clinique	Nombre de cas probables ou confirmés hospitalisés pour lesquels on sait de façon certaine s'ils ont survécu ou non	Dossiers d'enquête clinique
% de contacts enregistrés à suivre qui ont reçu une visite quotidienne	Nombre de contacts enregistrés à suivre qui ont reçu une visite quotidienne	Rapports de situation des pays	Nombre de contacts actuellement enregistrés	Rapports de situation des pays
Nombre d'agents de santé nouvellement infectés*	Nombre d'agents de santé nouvellement infectés	Rapports de situation des pays	s. o.	s. o.

*Utilisé comme mesure immédiate de l'efficacité des actions de prévention et de lutte contre l'infection dans les établissements de traitement Ebola.

ANNEXE 3 : COORDINATION DE LA RIPOSTE AU VIRUS EBOLA

Activité de riposte	Organisation principale
Prise en charge des cas	OMS
Recherche des cas et des contacts, laboratoires	OMS
Inhumations sans danger et dans la dignité	FICR
Participation des communautés et mobilisation sociale	UNICEF
Gestion de la crise	MINUAUCE
Logistique	MINUAUCE et PAM
Coordination des paiements en espèces	PNUD
Personnel	MINUAUCE
Formation	OMS et CDC des États-Unis d'Amérique
Gestion de l'information	MINUAUCE