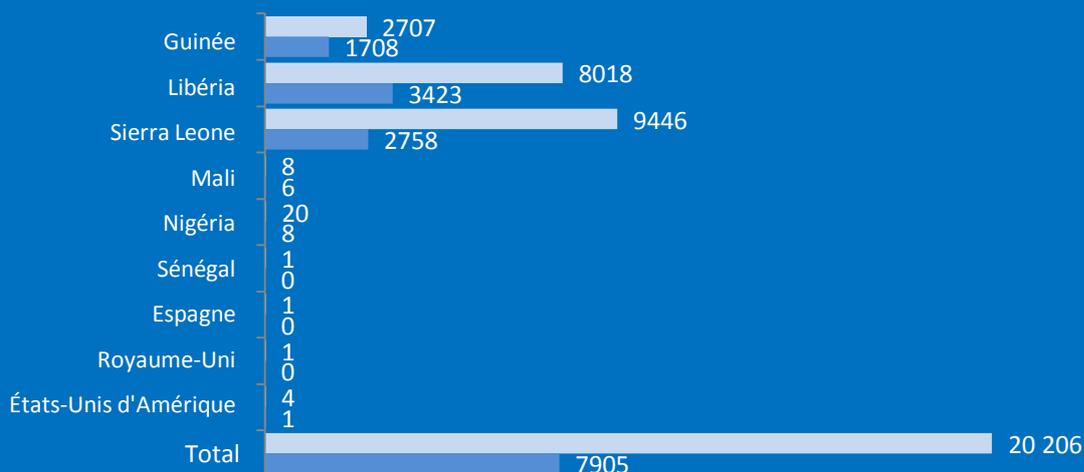


FAITS
MARQUANTS

- On compte désormais 20 206 cas notifiés de maladie à virus Ebola, dont 7905 décès.
- L'incidence des cas notifiés fluctue en Guinée et diminue au Libéria, même si ce dernier a notifié plus de cas du 22 au 28 décembre que la semaine précédente.
- Des signes indiquent que l'incidence a ralenti en Sierra Leone. Cependant, l'ouest du pays subit actuellement la plus intense transmission parmi tous les pays touchés.
- Le Royaume-Uni a notifié son premier cas confirmé d'Ebola.

CAS / DÉCÈS



RÉSUMÉ

Du 22 au 28 décembre (semaine 52), 20 206 cas confirmés, probables ou suspects de maladie à virus Ebola étaient recensés dans 4 pays touchés (Guinée, Libéria, Mali et Sierra Leone) et dans 4 pays précédemment touchés (Espagne, États-Unis d'Amérique, Nigéria et Sénégal). Le nombre de décès s'élevait à 7905 (la définition des cas est fournie en annexe 1). Le 29 décembre, le Royaume-Uni a notifié son premier cas confirmé de maladie à virus Ebola. L'incidence des cas confirmés notifiés varie entre 70 et 160 en Guinée au cours des 15 dernières semaines. Au Libéria, l'incidence des cas a principalement diminué au cours des 6 dernières semaines. En Sierra Leone, des signes indiquent que l'augmentation de l'incidence a ralenti, bien que l'ouest du pays subisse aujourd'hui la plus intense transmission parmi tous les pays touchés. Le taux de létalité des cas notifiés dans les 3 pays à transmission intense, parmi les patients pour lesquels on connaît de manière certaine l'issue de la maladie, s'élève maintenant à 71 %.

Les interventions dans ces 3 pays continuent de progresser conformément aux objectifs de la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola visant à inhumer sans risque et dans la dignité 100 % des personnes décédées de la maladie à virus Ebola et à isoler et traiter 100 % des cas d'Ebola au 1^{er} janvier 2015. Chaque pays dispose des capacités suffisantes pour isoler les patients, mais la répartition géographique inégale des lits et des cas indique un manque de moyens persistant dans certains districts. Le mois dernier, le nombre moyen de lits par patient notifié a progressé de 6,6 à 13,9 au Libéria et de 1,4 à 3,6 en Sierra Leone. En Guinée, il a légèrement diminué, passant de 2,3 à 1,9 lit par patient, ce qui reflète une légère augmentation des cas confirmés ou probables. Chaque pays dispose également des capacités suffisantes pour inhumer toutes les personnes décédées de la maladie à virus Ebola, même si la sous-notification des décès reste un problème. Le nombre d'équipes chargées des inhumations sans risque formées a significativement augmenté au cours du mois dernier, passant de 34 à 64 en Guinée, de 56 à 89 au Libéria et de 50 à 101 en Sierra Leone. Ces chiffres se rapprochent des capacités requises pour chaque pays. Les 3 pays déclarent que plus de 90 % des contacts enregistrés associés à des cas connus de maladie à virus Ebola sont suivis, même si le nombre de contacts suivis par patient Ebola reste faible dans de nombreux districts. La mobilisation sociale est une composante cruciale d'une riposte efficace. La

participation communautaire favorise les pratiques d'inhumation sans risque et culturellement acceptables, et l'isolement et le traitement adéquat des patients présentant des symptômes de la maladie à virus Ebola.

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, Royaume-Uni 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, 20 171 cas confirmés, probables ou suspects de maladie à virus Ebola et 7890 décès étaient recensés le 28 décembre 2014, en fin de journée, par les Ministères de la santé de la Guinée, du Libéria et de la Sierra Leone (Tableau 1). Les données sont communiquées par l'intermédiaire des bureaux de pays de l'OMS.

En considérant le nombre de cas comme une proportion de la population d'un pays touché, il y a eu 25 cas notifiés et 16 décès notifiés pour 100 000 personnes en Guinée, 203 cas et 86 décès pour 100 000 personnes au Libéria, et 164 cas et 48 décès pour 100 000 personnes en Sierra Leone.

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	2 397	346	1 433
	Probables	276	*	276
	Suspects	34	*	0
	Total	2 707	346	1 709
Libéria	Confirmés	3 110	91	‡
	Probables	1 776	*	‡
	Suspects	3 132	*	‡
	Total	8 018	91	3 423
Sierra Leone	Confirmés	7 354	979	2 392
	Probables	287	*	208
	Suspects	1 805	*	158
	Total	9 446	979	2 758
Total		20 171	1 416	7 890

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.

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

L'analyse stratifiée des cas confirmés ou probables cumulés indique que le nombre de cas parmi les hommes et les femmes est approximativement le même. On compte 74 cas notifiés pour 100 000 hommes et 76 pour 100 000 femmes (Tableau 2).

La probabilité des personnes âgées de 15 à 44 ans d'être infectées par le virus est 3 fois plus élevée que celle des enfants (96 cas notifiés pour 100 000 personnes âgées de 15 à 44 ans, contre 33 pour 100 000 enfants). Chez les personnes âgées de 45 ans et plus, cette probabilité est presque 4 fois plus élevée que celle des enfants (122 cas notifiés pour 100 000 personnes âgées de 45 ans et plus).

Tableau 2 : Nombre cumulé de cas confirmés ou probables par sexe et par groupe d'âge en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone

Pays	Cas cumulés				
	Par sexe* (pour 100 000 personnes)		Par groupe d'âge‡ (pour 100 000 personnes)		
	Hommes	Femmes	0 à 14 ans	15 à 44 ans	Plus de 44 ans
Guinée	1 156 (21)	1 218 (22)	371 (8)	1 360 (29)	622 (40)
Libéria	2 538 (128)	2 444 (124)	831 (48)	2 653 (155)	1 015 (190)
Sierra Leone	3 900 (137)	4 161 (143)	1 659 (68)	4 580 (177)	1 808 (245)
Total	7 594 (74)	7 823 (76)	2 861 (33)	8 593 (96)	3 445 (122)

Les chiffres sur la population reposent sur des estimations réalisées par le Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies.²

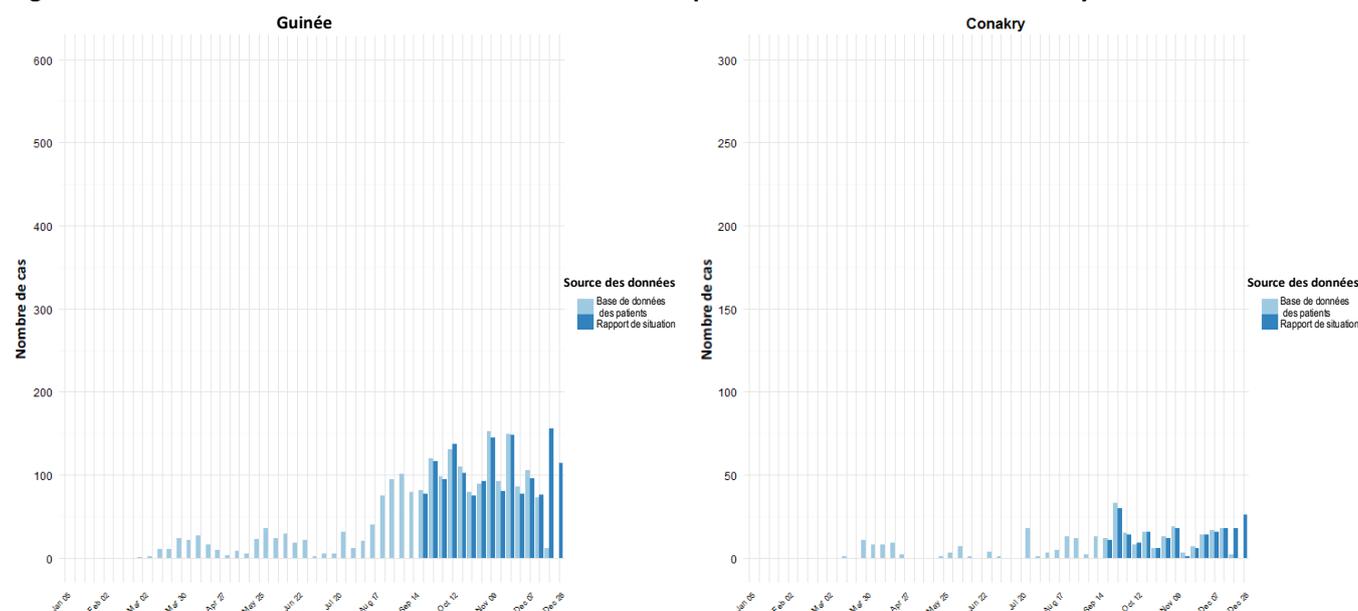
* Sont exclus les cas pour lesquels on ne dispose pas d'information sur le sexe.

‡ Sont exclus les cas pour lesquels on ne dispose pas d'information sur l'âge.

GUINEE

Au total, 114 cas confirmés ont été notifiés en Guinée du 22 au 28 décembre 2014 (Figure 1). La tendance nationale fluctue depuis le mois de septembre et, à l'heure actuelle, on ne discerne aucune tendance à la hausse ou à la baisse dans le pays. Trois districts ayant précédemment notifié des cas d'Ebola n'ont signalé aucun cas confirmé ou probable au cours de la semaine 52.

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



² Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies : <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>.

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.

Au cours de la semaine dernière, la Guinée a notifié 156 cas confirmés, la plus grande incidence de cas hebdomadaire depuis le début de cette flambée. Ce chiffre est principalement dû à une forte augmentation des cas dans le district de Kissidougou, situé dans le sud-est du pays. Le nombre de nouveaux cas confirmés à Kissidougou a diminué, passant de 58 à 14 la semaine dernière. Avant la semaine 51, le district n'avait pas notifié plus de 5 cas chaque semaine, ce qui souligne la nécessité d'être vigilant dans les zones où la transmission était précédemment faible ou inexistante.

La transmission persiste dans la capitale, Conakry, qui a notifié 26 cas confirmés la semaine dernière, tandis que le district voisin de Coyah en a notifié 12. Au nord de Conakry, Dubreka accuse une brusque augmentation du nombre de cas confirmés qui s'élevait à 17 la semaine dernière. Ce district, limitrophe de zones de transmission intense telles que Coyah et Kindia, n'avait pas notifié plus de 6 cas hebdomadaires jusque-là. Parmi les autres districts où la transmission persiste figurent Kindia (16 cas confirmés), limitrophe de la Sierra Leone, Lola (7 cas confirmés) et Téliélé (4 cas confirmés). Dans d'autres parties du sud-est du pays, la transmission de la maladie à virus Ebola semble diminuer dans les zones précédemment très touchées de Macenta et Kérouané (4 cas confirmés chacun) et de N'Zérékoré (2 cas confirmés).

La résistance communautaire vis-à-vis des mesures de riposte et les mouvements de population à l'intérieur du pays engendrent d'importantes difficultés pour contenir la flambée en Guinée.

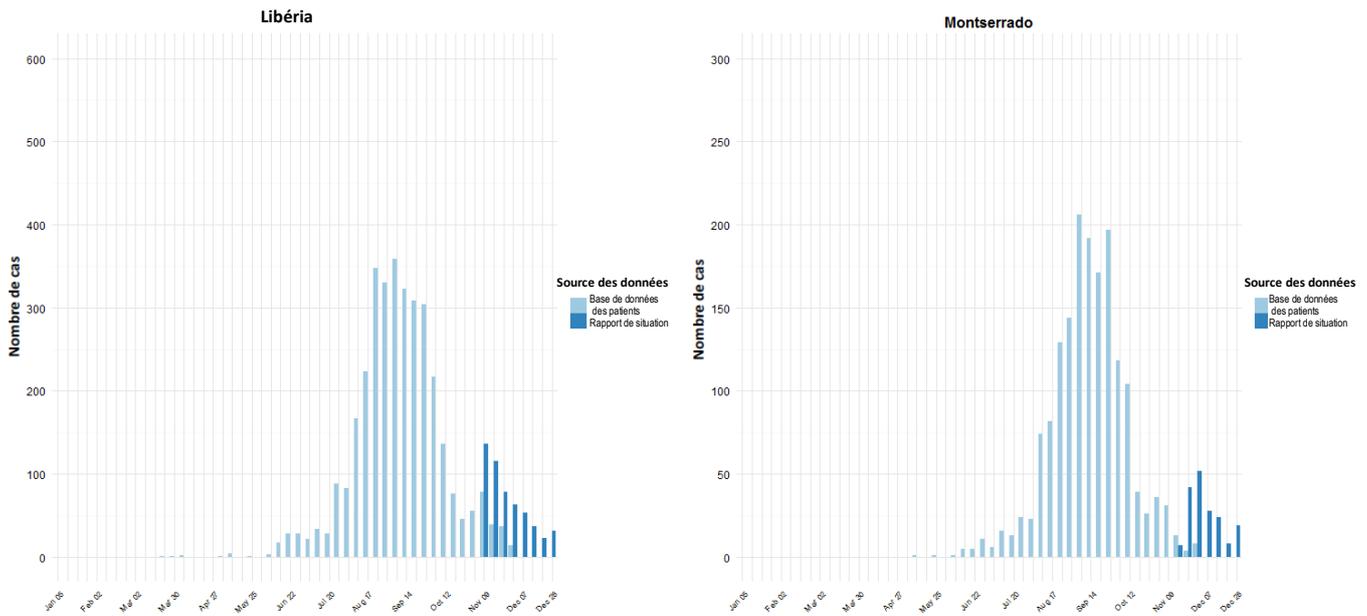
LIBERIA

L'incidence des cas diminue au niveau national depuis mi-novembre (Figure 2), malgré une légère augmentation de l'incidence des cas la semaine dernière. Au total, 31 cas confirmés ont été notifiés dans 4 comtés entre le 22 et le 28 décembre 2014, contre 21 cas dans 5 comtés la semaine précédente.

Le comté de Montserrado, qui inclut la capitale Monrovia, continue d'enregistrer la plus intense transmission dans le pays, avec 19 cas confirmés et 16 cas probables notifiés la semaine dernière. Dans le nord du pays, près de la frontière avec la Sierra Leone, l'autre comté qui enregistre aussi une forte activité du virus Ebola est Grand Cape Mount, avec 10 nouveaux cas confirmés.

Les seuls autres comtés ayant notifié des cas confirmés la semaine dernière sont Bong et Sinoe (1 cas confirmé chacun). Au cours de cette même période, 11 comtés au Libéria n'ont notifié aucun cas confirmé, ce qui indique que l'étendue géographique de la flambée dans le pays se limite désormais à quelques districts.

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



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 337 cas confirmés notifiés du 22 au 28 décembre 2014, soit plus de deux fois le nombre de cas recensés en Guinée et au Libéria. Malgré les signes révélés dans les rapports de situation du pays indiquant que l'incidence n'augmente plus (Figure 3), la transmission la plus intense de la maladie à virus Ebola parmi tous les pays touchés sévit actuellement dans les districts de l'ouest et du nord de la Sierra Leone.

La capitale Freetown, concentre une part importante de cette transmission, avec 149 cas confirmés, sa plus forte incidence de cas depuis 4 semaines. L'autre zone qui enregistre une forte activité du virus Ebola reste son voisin, Port Loko, avec 69 cas confirmés la semaine dernière. Parmi les autres districts de l'ouest où la transmission persiste figurent Bombali et le district rural de la Zone de l'Ouest (22 cas confirmés chacun). Kambia continue également de notifier des cas confirmés (5 la semaine dernière).

L'opération Western Area Surge, menée par le Gouvernement de la Sierra Leone, l'OMS et des partenaires des Nations Unies, se poursuit. Cette opération intensifie les actions visant à infléchir la propagation de la maladie dans l'ouest du pays, notamment à Freetown et dans les zones avoisinantes, afin de rompre les chaînes de transmission, d'identifier les cas pour les isoler et les traiter rapidement et de conduire des inhumations sans risque. Les efforts de riposte sont soutenus par des activités de mobilisation sociale qui prônent les pratiques de prévention pour réduire la transmission.

Dans l'est du pays, le district de Kono a notifié 39 cas confirmés, sa plus forte incidence de cas depuis le début de la flambée. L'activité du virus Ebola reste élevée dans ce district depuis 7 semaines. La transmission a également été intense ces 15 dernières semaines, dans le district voisin de Tonkilili qui a notifié 13 cas confirmés la semaine dernière.

Dans le sud du pays, le district de Bo a notifié 6 cas confirmés, contre 2 la semaine précédente. Ce faible nombre de cas fait suite à une période de 12 semaines d'une activité forte et soutenue du virus Ebola.

Dans le sud et l'est du pays, 4 districts n'ont notifié aucun nouveau cas confirmé : Bonthe, Kailahun, Kenema et Pujehun. Le district de Pujehun, dans le sud du pays, à proximité de la frontière libérienne, n'a notifié aucun cas confirmé depuis 4 semaines.

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

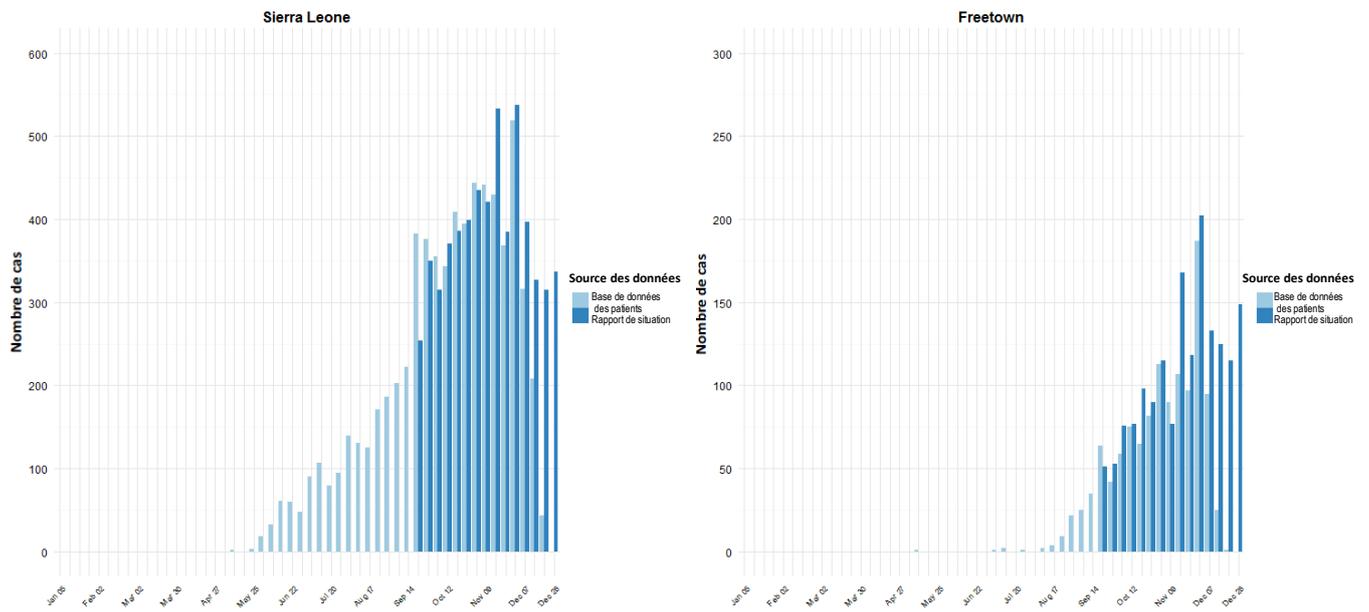
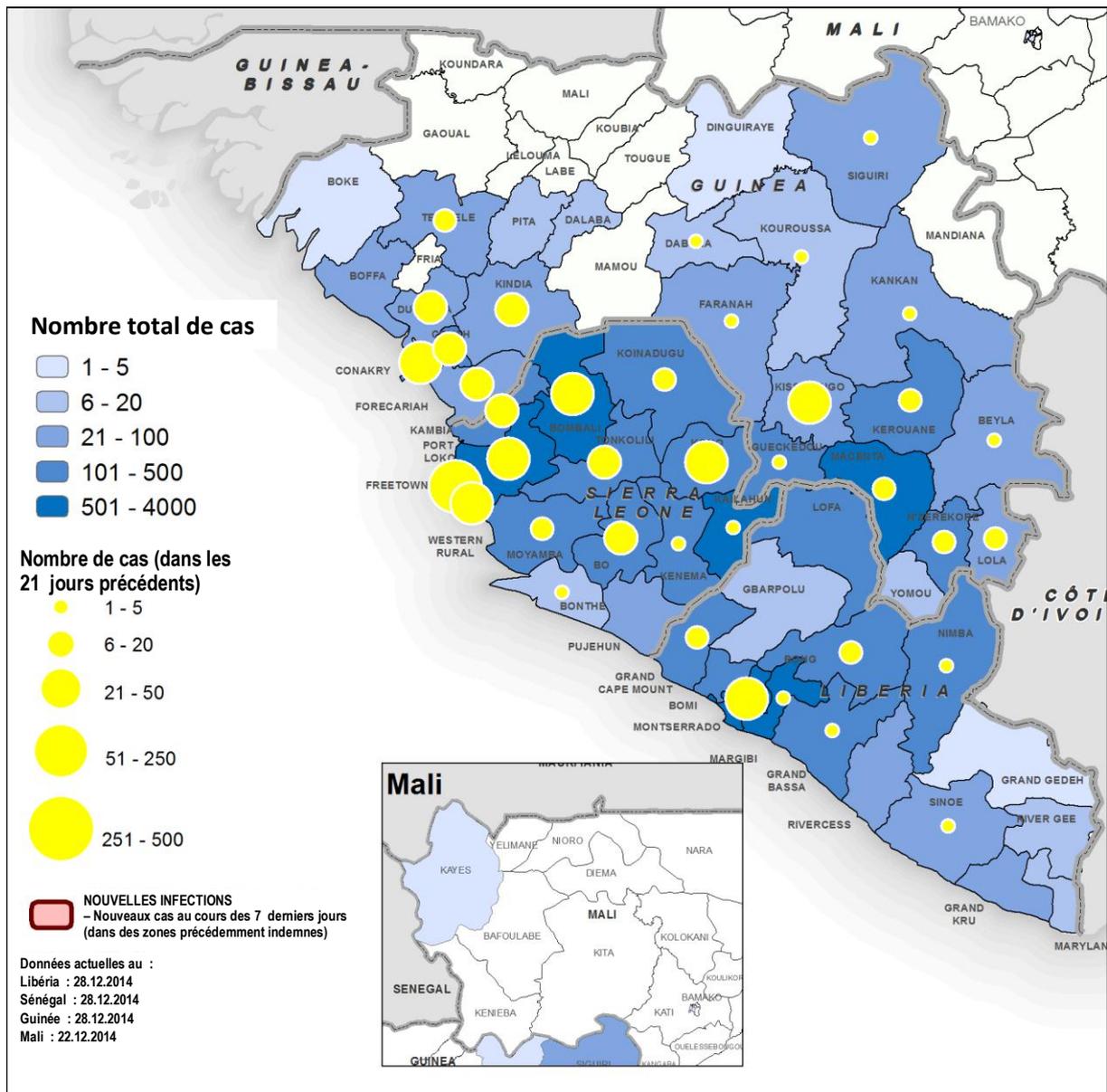


Figure 4 : Distribution géographique des nouveaux cas et total des cas confirmés ou probables* en Guinée, au Libéria, au Mali et en Sierra Leone



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 21 derniers jours représentent les cas confirmés en Guinée, au Libéria, au Mali et en Sierra Leone. Un cas probable à Koubia, en Guinée, a été ajouté rétrospectivement au nombre de cas. Koubia figurera parmi les districts touchés dans le prochain rapport de situation.

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 de réaliser 100 % des inhumations sans danger et dans la dignité pour les 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 3, 4 et 5 présentent des informations sur les progrès réalisés dans les domaines où l'OMS est la principale intervenante : la prise en charge et la recherche des cas (confirmation en laboratoire et recherche

de contacts). Ils fournissent également des informations sur la mobilisation sociale 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 équipés de 20 à 200 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 30 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. Des centres de transit communautaires sont en cours de création en Guinée pour permettre d'isoler rapidement les cas suspects. Les cas confirmés sont ensuite transférés dans le centre de traitement le plus proche. Les centres de transit communautaires sont de petites structures dotées de 8 à 10 lits dont les exigences logistiques et techniques sont moindres.

Tableau 3 : 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 heures	Au 28/12/14	100%	100%
% de lits opérationnels dans les centres de traitement Ebola	Au 28/12/14	36 % (250 lits)	695 lits
% de lits opérationnels dans les centres de soins ou de transit communautaires	Au 30/12/14	1 centre de transit communautaire (Siguiri) et 62 en prévision	
Capacités d'isolement des patients (nombre de lits par patient notifié)	07/11/14-28/12/14	Moyenne : 1,9 lit par patient notifié Médiane : 0 Plage : de 0 à 60 lits par patient notifié	
Taux de létalité (%) parmi les patients hospitalisés	Cumulé (jusqu'au 28/12/14)	58%	
% de contacts enregistrés à suivre qui ont reçu une visite quotidienne	22/12/14-28/12/14	96%	
Nombre d'agents de santé nationaux nouvellement infectés	15/12/14-28/12/14	 (Kerouane – 1)	
% d'équipes chargées des inhumations formées et en place	Au 30/12/14	103 % (64 équipes)	62 équipes
% de districts avec liste de chefs religieux ou groupes communautaires qui encouragent les inhumations sans risque et dans la dignité	Au 29/12/14	71%	

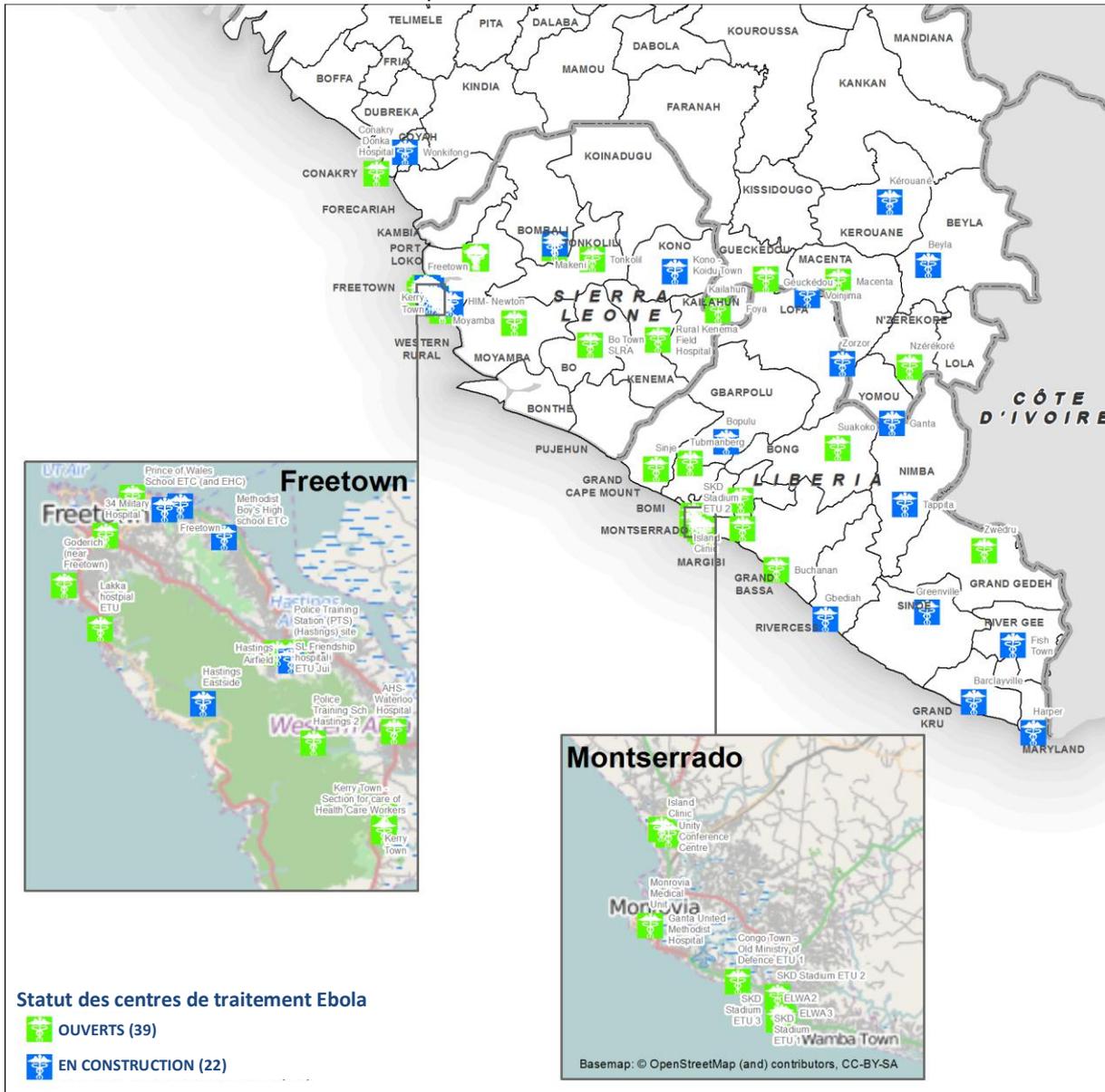
La définition de chaque indicateur est fournie en annexe 2.

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 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 3), on compte 1,9 lit disponible par cas confirmé ou probable de maladie à virus Ebola notifié ; au Libéria (Tableau 4), ce chiffre s'élève à 13,9 et en Sierra Leone à 3,6 (Tableau 5).

Cependant, ces chiffres masquent une situation plus complexe au niveau des districts. Parmi les 3 pays où la transmission est étendue et intense, la Guinée est celui qui a le moins de moyens pour isoler les patients. Cela est dû au fait qu'il n'existe que 4 centres de traitement Ebola concentrés à Conakry et dans le sud-est du pays, et 1 centre de transit communautaire. Pourtant, en Guinée, la répartition des cas s'étend à travers tout le pays, ce qui oblige les patients à parcourir de longues distances pour être isolés et traités. Par exemple, à Kissidougou, qui accuse une forte augmentation des cas ces dernières semaines, il n'existe pas de centre de traitement Ebola pour isoler les patients. Ils sont donc susceptibles d'être isolés et traités dans le sud du pays, à Guéckédou ou à Macenta. En Sierra Leone, les districts de Kono et Kambia ont notifié 21 et 8 cas par semaine, respectivement, au cours des 21 derniers jours. Pourtant, aucun de ces 2 districts ne dispose d'un centre de traitement Ebola, d'un centre de soins communautaire ou d'une unité d'isolement. C'est au Libéria que les capacités de traitement et d'isolement sont les mieux réparties. Néanmoins, certains comtés tels que Sinoe (3 cas notifiés chaque semaine en moyenne depuis 21 jours) ne disposent pas de centre de traitement Ebola ni de centre de soins communautaire.

Inversement, certaines zones dans lesquelles l'incidence des cas est faible disposent de capacités en excès pour isoler les patients. Par exemple, Kailahun en Sierra Leone dispose de 72 lits par cas notifié dans le district. Les lits disponibles dans ces districts peuvent être utilisés pour isoler et traiter des patients provenant d'autres districts. Des mesures sont prises dans chaque district pour résoudre ce problème de distribution géographique inégale des lits, par exemple en ouvrant de nouveaux centres de traitement Ebola, comme dans le district rural de la Zone de l'Ouest en Sierra Leone et à Coyah en Guinée.

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



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

Les capacités pour isoler les patients est fonction du nombre de lits disponibles dans les centres de traitement Ebola et dans les centres de soins communautaires, et du nombre de nouveaux cas de maladie à virus Ebola. En Guinée, le nombre de lits n'a pas changé la semaine dernière et le nombre de lits par cas notifié (1,9) est inférieur à celui de la semaine précédente (2,0). Cela peut s'expliquer par l'augmentation du nombre de cas confirmés ou probables dans le pays ces dernières semaines. Au Libéria, les capacités pour isoler les patients ont augmenté du fait de l'augmentation du nombre de lits et de la diminution du nombre de cas confirmés ou probables. En Sierra Leone, la forte augmentation du nombre de lits installés dans les centres de traitement Ebola a multiplié les capacités pour isoler les patients dans le pays. Les capacités pour isoler les patients ne tiennent compte que des cas confirmés ou probables qui sont isolés dans les centres de traitement Ebola et dans les centres de soins communautaires. Les cas isolés à la maison, dans les hôpitaux ou dans les unités d'isolement ne sont pas pris en compte.

Au 28 décembre, 250 lits pour le traitement et l'isolement des patients Ebola étaient opérationnels en Guinée, concentrés dans 4 centres de traitement Ebola situés dans la capitale, Conakry, et dans les districts de Guéckédou, Macenta et N'Zérékoré situés dans le sud-est du pays. Un lit est considéré comme opérationnel quand il est doté de personnel et prêt à recevoir des patients. 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. Les centres de traitement Ebola prévus dans les districts de Kérouané, Coyah et Beyla, à l'est du pays, devraient contribuer à résoudre ce problème de répartition. Aucun centre de soins communautaire n'a été créé en Guinée, mais le premier centre de transit communautaire dans le pays a été construit à Kourémalé, dans la préfecture de Sigiri. Il a été prévu de construire 62 centres de transit communautaires dans le pays.

Tableau 4 : 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 heures	Au 28/12/14	100%	100%
% de lits opérationnels dans les centres de traitement Ebola	Au 28/12/14	33 % (660 lits)	1989 lits
% de lits opérationnels dans les centres de soins communautaires	Au 28/12/14	24 % (103 lits)	428 lits
Capacités d'isolement des patients (nombre de lits par patient notifié)	03/11/14-28/12/14	Moyenne : 13,9 lits par patient notifié Médiane : 17,4 Plage : de 0 à 399	
Taux de létalité (%) parmi les patients hospitalisés	Cumulé (jusqu'au 28/12/14)	58%	
% de contacts enregistrés à suivre qui ont reçu une visite quotidienne	22/12/14-28/12/14	90%	
Nombre d'agents de santé nationaux nouvellement infectés	22/12/14-28/12/14	 (Montserrat - 1)	
% d'équipes chargées des inhumations formées et en place	Au 30/12/14	89 % (89 équipes)	100 équipes
% de districts avec liste de chefs religieux ou groupes communautaires qui encouragent les inhumations sans risque et dans la dignité	Au 29/12/14	0%	

Au Libéria, 660 lits sont opérationnels dans 16 centres de traitement Ebola : la capitale Monrovia compte 7 centres, Margibi 3, et les comtés de Bomi, Bong, Grand Bassa, Grand Gadeh, Grand Cape Mount et Nimba 1 chacun. Actuellement, 6 centres de soins communautaires sont ouverts : 1 à Grand Cape Mount, 1 à River Gee, et 2 dans chacun des comtés de Lofa et Margibi. Au total, 103 lits installés dans les centres de soins communautaires sont opérationnels dans le pays.

En Sierra Leone, 896 lits au total sont opérationnels dans les 19 centres de traitement Ebola, soit 63 lits supplémentaires installés au cours de la semaine dernière. Deux centres de traitement Ebola sont établis dans la province de l'est, 1 dans la province du sud, 5 dans la province du nord et 11 dans la province de l'ouest. On compte également 26 centres de soins communautaires, pour un total de 291 lits, dans la province du nord. La Sierra Leone dispose, en outre, de 49 unités d'isolement équipées de 998 lits opérationnels au total.

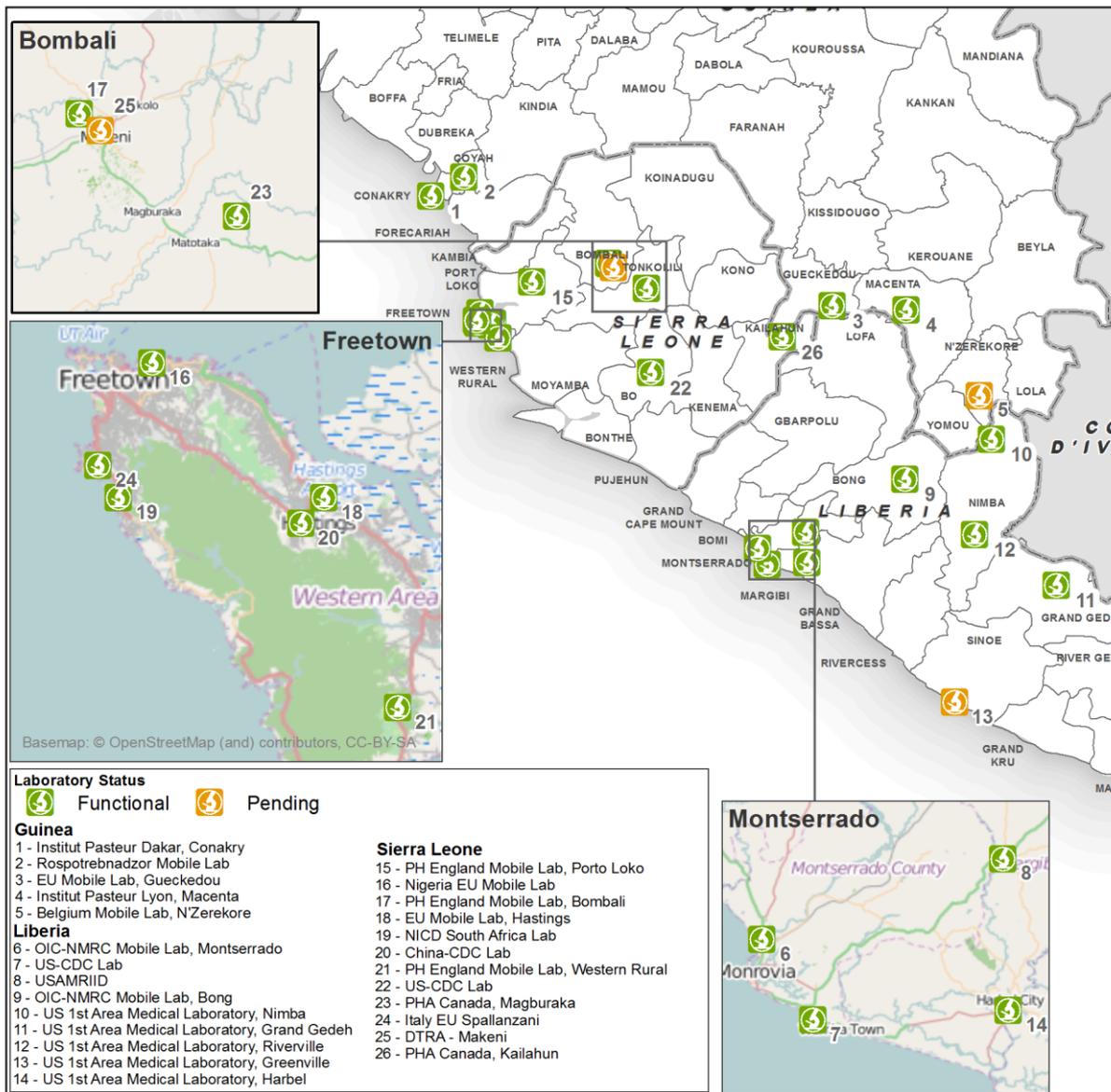
Létalité

Le taux de létalité cumulé dans les 3 pays à transmission intense, parmi les cas confirmés ou probables 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 est de 58 % en Guinée et au Libéria, et de 60 % en Sierra Leone (Tableaux 3, 4 et 5). Rien n'indique une diminution du taux de létalité parmi les patients hospitalisés dans ces 3 pays au cours de la période d'observation de 52 semaines.

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. Au 29 décembre 2014, 23 laboratoires étaient en mesure de confirmer les cas de maladie à virus Ebola : 4 en Guinée, 8 au Libéria et 11 en Sierra Leone. Actuellement, ces laboratoires sont au service de 24 districts en Guinée, 15 au Libéria et 11 en Sierra Leone. Dans les semaines à venir, des laboratoires supplémentaires en mesure de confirmer les cas de maladie à virus Ebola sont prévus : 1 en Guinée, 1 au Libéria et 2 en Sierra Leone. Le délai qui s'écoule entre la collecte des échantillons et le compte rendu diagnostique est désormais mesuré et constitue un indicateur plus précis d'efficacité dans chaque pays.

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



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.

Du 22 au 28 décembre 2014, 96 % de tous les contacts enregistrés ont reçu une visite quotidienne en Guinée, 90 % au Libéria et 94 % en Sierra Leone. Néanmoins, la proportion de contacts vus était inférieure dans de nombreux districts (seulement 28 % à Kenema en Sierra Leone), alors qu'elle atteignait 100 % dans certains districts. D'après les informations communiquées, chaque district disposerait d'au moins une équipe chargée de la recherche des contacts. En moyenne, au cours des 21 derniers jours, 12 contacts étaient répertoriés pour chaque nouveau cas confirmé en Guinée, 23 au Libéria et seulement 4 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 5 : 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 heures	Au 28/12/14	100%	100%
% de lits opérationnels dans les centres de traitement Ebola	Au 28/12/14	50 % (896 lits)	1783 lits
% de lits opérationnels dans les centres de soins communautaires	Au 28/12/14	24 % (291 lits)	1208 lits
Capacités d'isolement des patients (nombre de lits par patient notifié)	07/11/14-28/12/14	Moyenne : 3,6 lits par patient notifié Médiane : 4,7 Plage : de 0 à 72	
Taux de létalité (%) parmi les patients hospitalisés	Cumulé (jusqu'au 28/12/14)	60%	
% de contacts enregistrés à suivre qui ont reçu une visite quotidienne	22/12/14-28/12/14	94%	
Nombre d'agents de santé nationaux nouvellement infectés	22/12/14-28/12/14	(0)	114 équipes
% d'équipes chargées des inhumations formées et en place	Au 30/12/14	89 % (101 équipes)	
% de districts avec liste de chefs religieux ou groupes communautaires qui encouragent les inhumations sans risque et dans la dignité	Au 29/12/14	100%	

Agents de santé

Au 28 décembre 2014, en fin de journée, 678 agents de santé avaient été infectés par le virus Ebola, dont 382 en sont décédés (Tableau 6). 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, 3 aux États-Unis (dont 1 agent infecté en Guinée et 2 infectés lors du traitement d'un patient au Texas), 2 au Mali, 11 au Nigéria et 1 au Royaume-Uni qui a été infecté en Sierra Leone. Deux cas d'infection parmi les agents de santé ont été notifiés entre le 22 et le 28 décembre : 1 à Montserrado au Libéria et 1 à Kérouané en Guinée.

Tableau 6 : Infections par le virus Ebola parmi les agents de santé dans les 3 pays à transmission intense

Pays	Cas	Décès
Guinée	148	87
Libéria	369	178
Sierra Leone	143	110
Total	660	375

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.

Inhumations sans risque et dans la dignité

Au 30 décembre, on dénombrait 254 équipes chargées des inhumations sans risque formées et en place : 64 en Guinée, 89 au Libéria et 101 en Sierra Leone. La Guinée a dépassé son objectif de 62 équipes formées en place : 103 % du nombre prévu d'équipes chargées des inhumations formées et en place. Le Libéria et la Sierra Leone ont tous deux mis en place 89 % du nombre prévu d'équipes chargées des inhumations sans risque. Au niveau national, les 3 pays disposent des capacités suffisantes pour inhumer sans risque tous les cas notifiés de 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.

De nombreuses inhumations sans risque concernent des personnes qui ne sont pas décédées d'Ebola. Cela est dû au fait que les symptômes de la maladie sont similaires à ceux d'autres maladies ; mais le test réalisé en laboratoire après l'inhumation s'est révélé négatif pour Ebola. Les décès dus à Ebola restent sous-notifiés dans cette flambée, ce qui signifie que certaines inhumations de cas d'Ebola sont sous-notifiées.

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, Concern Worldwide au Libéria et en Sierra Leone et World Vision 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.

Participation des communautés et mobilisation sociale

La mobilisation sociale favorise l'adoption de stratégies de prévention contre l'infection par le virus Ebola, aide les communautés à mieux comprendre Ebola et dissipe les idées fausses qui circulent sur la maladie. L'UNICEF est la principale organisation intervenant dans la mobilisation sociale pendant cette flambée d'Ebola ; elle est soutenue par des partenaires et par l'OMS.

Faire participer les communautés dans les pays touchés par Ebola est essentiel pour réduire la propagation de la maladie. La peur peut inciter les personnes présentant des symptômes cliniques à ne pas chercher à se faire soigner correctement, ce qui donne lieu à des pratiques risquées de la part des membres de la famille pour soigner les malades à la maison. Les activités de mobilisation sociale peuvent encourager ces personnes malades à chercher des soins médicaux et, en cas de confirmation, à être isolées de manière adéquate. Les campagnes de sensibilisation informent les communautés des risques liés à Ebola, de la manière dont on peut prévenir la maladie et de la nécessité de rechercher les contacts pour prévenir toute infection ultérieure.

La participation des communautés peut aider à réduire la stigmatisation associée à Ebola pour que les survivants et les orphelins puissent être entourés et soutenus par leurs communautés. Les anthropologues jouent un rôle important pour mieux comprendre les pratiques culturellement acceptables dans les communautés touchées par Ebola, appuyant et contribuant ainsi à l'efficacité des activités de riposte.

La peur, la méconnaissance et les idées fausses qui circulent sur Ebola au sein des communautés, et le manque de sensibilité culturelle de certaines personnes impliquées dans la riposte, peuvent entraîner des incidents qui

exposent les agents de santé et d'autres personnes à des risques. Entre le 17 et le 24 décembre, au moins 1 incident de sécurité ou autre forme de refus de coopérer a été signalé dans 6 % et 14 % des chefferies, villages ou préfectures en Guinée et en Sierra Leone, respectivement. Aucun incident de ce type n'a été notifié au Libéria cette semaine-là.

Du fait que les inhumations restent une source importante d'infection, réaliser des inhumations sans risque et dans la dignité est essentiel pour infléchir la propagation de la maladie. Les chefs religieux et les groupes communautaires jouent un rôle majeur dans un grand nombre d'activités visant la participation des communautés, notamment la promotion et la mise en œuvre de pratiques d'inhumation sans risque conformément aux lignes directrices standard. Au 24 décembre, les 14 districts en Sierra Leone détenaient une liste des principaux chefs religieux ou de groupes communautaires identifiés qui encourageaient ces pratiques d'inhumation. En Guinée, 71 % (27 sur 38) des districts détiennent cette liste. Ces données ne sont pas disponibles pour le Libéria.

Les équipes œuvrant pour la mobilisation sociale ont été mises en place pour élaborer des activités favorisant les pratiques d'inhumation sans risque et culturellement acceptables, et pour impliquer les communautés dans la nécessité d'isoler et de traiter correctement les personnes qui présentent des symptômes cliniques de maladie à virus Ebola. Au 24 décembre, 87 % (33 sur 38) des districts en Guinée surveillaient l'état et la progression des activités de sensibilisation des communautés, 73 % (11 sur 15) des comtés au Libéria et 29 % (4 sur 14) des districts en Sierra Leone.

En Guinée, les activités de mobilisation sociale menées dans le pays comprennent la mise en place de comités de surveillance communautaires. Ces comités sont constitués de chefs communautaires, religieux et spirituels et de membres de la communauté qui diffusent les informations et font le lien entre la population et les services disponibles. L'UNICEF a mis en place 111 comités de surveillance communautaires à Kissidougou où un grand nombre de cas a récemment été notifié. Au total, 107 comités de surveillance communautaires sont actifs dans le district. Le pays compte 1257 comités de surveillance communautaires, dont 1254 sont opérationnels. L'UNICEF a également préparé 21 000 kits d'hygiène à distribuer. Dans la capitale Conakry, l'UNICEF a lancé une campagne de mobilisation sociale pour enrayer la propagation de la maladie. Cette campagne, menée en partenariat avec le plus grand réseau guinéen de la société civile (CNOCS, Conseil national des organisations de la société civile), fait intervenir 250 comités de surveillance communautaires et 120 personnes œuvrant pour la mobilisation sociale. En outre, une étude est en cours pour comprendre les causes de la résistance communautaire à Conakry et dans plusieurs zones éloignées. Les résultats de cette étude éclaireront la riposte au virus Ebola au niveau du pays et des districts. Les 2 plus grandes universités en Guinée, l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry et l'Université Général Lansana Conté, conduisent des études sur la résistance communautaire, assureront des formations pour les organisations non gouvernementales et participeront aux campagnes de mobilisation sociale.

Au Libéria, en collaboration avec l'UNICEF et PCI-Media Impact, le premier épisode d'une émission radiotéléphonique consacrée à Ebola a été diffusé sur la radio United Nations Mission in Liberia et sur le réseau radiophonique Liberian Broadcasting System. L'émission vise à tenir la communauté informée sur le virus Ebola, à fournir un soutien social aux auditeurs et à encourager l'évolution des comportements pour aider à enrayer la propagation de la maladie. Par ailleurs, une campagne SMS est actuellement menée pour atteindre les populations des comtés de Montserrado, Lofa, Bong et Maryland. Environ 1900 personnes se sont enregistrées pour recevoir des SMS dans le cadre de la campagne « U-report », qui a notamment prévu des messages sur la prévention contre Ebola pendant les vacances de Noël et la période électorale.

À la suite de 2 flambées séparées qui ont touché la ville de Lonfaye, dans le comté de Margibi, et la ville de Yekepa, dans le comté de Nimba, au Libéria, l'UNICEF et des partenaires ont organisé des activités de mobilisation sociale pour faire participer les populations des villages mis en quarantaine et des villages voisins. Au cours de réunions qui se sont tenues en mairie et de visites porte à porte, des messages ont été diffusés sur l'importance des pratiques de prévention, de la notification et de l'isolement rapides des membres de la famille malades, de l'identification des personnes présentant des symptômes de maladie à virus Ebola, et de la réduction de la stigmatisation.

Du 17 au 24 décembre, plus de 13 000 foyers ont reçu des informations sur la prévention contre le virus Ebola, dans le cadre de campagnes de porte à porte menées dans 11 comtés à travers tout le Libéria. En outre, plus de 180 réunions communautaires et discussions collectives ont permis d'atteindre presque 11 000 femmes, plus de 8000 hommes et plus de 6000 enfants. Entre le 17 et le 24 décembre, 35 des 52 stations de radio existantes, avec lesquelles l'UNICEF a conclu des accords de coopération sur les programmes, ont diffusé des messages sur Ebola. Les acteurs de la mobilisation sociale continuent de rencontrer des difficultés pour accéder à certaines communautés en raison de pluies abondantes, du mauvais état des routes et de l'existence de poches de résistance.

En Sierra Leone, l'UNICEF appuie la division Éducation à la santé du Ministère de la santé et de l'assainissement pour mener des activités de sensibilisation dans les districts rural et urbain de la Zone de l'Ouest où sévit actuellement une transmission intense de maladie à virus Ebola. Plus de 5000 agents de mobilisation sociale travaillent dans ces zones. La sensibilisation au virus Ebola est effectuée sur les ondes radio et par des tournées en moto et des volontaires munis de mégaphones qui sillonnent les communautés et diffusent des chansons. En outre, le projet « hotspot busters », financé par l'UNICEF et Health for All Coalition, a formé 788 agents de mobilisation sociale dans les quartiers pour intensifier les activités dans les zones de transmission intense à travers le pays. Le but de ce projet est d'inciter les communautés à pratiquer des inhumations sans risque et à isoler rapidement les personnes présentant des symptômes.

Budget

Au 29 décembre, l'OMS avait reçu US \$215,4 millions ; US \$17,9 millions supplémentaires ont été promis.

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

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

Au Royaume-Uni, les autorités de santé publique ont confirmé un cas de maladie à virus Ebola à Glasgow, en Écosse, le 29 décembre 2014. Il s'agit d'un agent de santé de retour d'un séjour dans un centre de traitement Ebola en Sierra Leone où il était volontaire. Le patient a été isolé et reçoit actuellement des soins à Londres. Les autorités de santé publique recherchent maintenant tous les contacts possibles.

Au total, 8 cas, dont 6 décès, ont été notifiés au Mali (Tableau 7). 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 2014. Le dernier cas confirmé ayant obtenu des résultats négatifs pour la seconde fois remonte au 6 décembre 2014 et est sorti de l'hôpital le 11 décembre 2014. Tous les contacts identifiés liés au premier cas d'Ebola à Kayes et à la flambée à Bamako sont parvenus au terme des 21 jours de suivi.

Tableau 7 : Cas et décès de maladie à virus Ebola au Mali

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 %	0	433	6 décembre 2014	24
Royaume-Uni	1	0	0	0	100 %	En cours d'investigation			

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 de 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.

Les activités de préparation menées par l'OMS visent à s'assurer que tous les pays sont opérationnels pour effectuer une détection efficace et sans risque, pour rechercher et notifier les cas potentiels de maladie à virus Ebola, et pour mettre en place une riposte efficace. L'OMS apporte ce soutien à travers la visite d'équipes de renforcement de la préparation dans le pays, une assistance technique directe fournie aux pays et la fourniture de conseils techniques et d'outils.

Pays prioritaires en Afrique

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, Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, 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.

Depuis le 20 octobre, les équipes internationales de renforcement de la préparation fournissent un appui technique à 14 pays : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, Sénégal et Togo. Les réunions de groupes de travail techniques, les visites sur le terrain, les exercices approfondis et les exercices de simulation sur le terrain ont aidé à déterminer les principaux domaines à améliorer. Chaque pays dispose désormais d'un plan personnalisé sur 90 jours pour renforcer leur préparation opérationnelle à la riposte. Il est prévu qu'une équipe de renforcement de la préparation se rende en Guinée équatoriale en janvier.

L'OMS et ses partenaires déploient du personnel dans les pays qui ont reçu une visite des équipes de renforcement de la préparation pour offrir une assistance à la mise en œuvre des plans de 90 jours. Les plans chiffrés de riposte et de préparation opérationnelle dans les pays prioritaires ont été présentés aux partenaires techniques et financiers pour solliciter leur soutien. Des structures de coordination pour les centres de gestion des incidents et d'interventions d'urgence ont été mises en place, ou sont en passe de l'être, dans 7 des 14 pays prioritaires (Cameroun, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Mali, Mauritanie et Sénégal). Dans les 14 pays prioritaires, des exercices ont été réalisés pour revoir les plans, sensibiliser, et partager des informations, dans le but de repérer des lacunes dans la programmation des actions. Des exercices fonctionnels sur le terrain et des entraînements ont été conduits dans 3 pays prioritaires (Bénin, Cameroun et Mali). Une formation à la communication sur les risques a débuté dans tous les pays prioritaires.

Préparation dans le reste du monde

L'OMS étend également ses actions de préparation à d'autres pays en Afrique et dans toutes les Régions. En Europe, dans les Amériques, en Asie du Sud-Est, dans le Pacifique occidental et en Méditerranéenne orientale, 52 pays ont été visités.

Outils et ressources pour la préparation

En s'appuyant sur les actions de préparation nationales et internationales existantes, 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. La liste de contrôle pour se préparer à faire face à la maladie à virus Ebola,³ élaborée par l'OMS, répertorie 10 composantes et tâches essentielles pour les pays qui préparent leur système de santé à identifier, à détecter et à riposter à la maladie à virus Ebola : coordination globale, intervention rapide, sensibilisation du public et participation communautaire, prévention et lutte contre l'infection, prise en charge des cas, inhumations sans risque, surveillance épidémiologique, recherche des contacts, laboratoires et moyens au niveau des points d'entrée. Une liste révisée des conseils techniques et des documents de formation correspondants pour chaque composante de la préparation a été finalisée et peut être consultée sur le site Web consacré à la préparation, élaboré et révisé par l'OMS.⁴

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 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 :

³ <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-preparedness-checklist/fr/>.

⁴ <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/preparedness/fr/>.

FEUILLE DE ROUTE POUR LA RIPOSTE AU VIRUS EBOLA, RAPPORT DE SITUATION

Indicateur	Numérateur	Source du numérateur	Dénominateur	Source du dénominateur
% de districts avec services de laboratoire accessibles dans les 24 heures	Nombre de districts touchés en mesure d'envoyer des échantillons vers un laboratoire en 24 heures	Laboratoires nationaux	Nombre de districts touchés qui ont notifié un cas probable ou confirmé d'Ebola	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	MINUAUCE	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 Ebola 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.
% d'équipes chargées des inhumations formées et en place	Nombre d'équipes chargées des inhumations formées et en place	FICR/OMS/MINUAUCE	Nombre prévu d'équipes chargées des inhumations	MINUAUCE
% de districts, comtés, etc. détenant une liste des principaux chefs religieux ou groupes communautaires identifiés qui encouragent les pratiques de funérailles et d'inhumations sans risque conformément aux lignes directrices standard	Nombre de districts, comtés, etc. détenant une liste de chefs religieux ou de personnes influentes identifiés qui encouragent les pratiques d'inhumation sans risque	UNICEF	Nombre de districts détenant une liste de chefs religieux ou de groupes communautaires établis identifiés	UNICEF

* Utilisé comme mesure immédiate de l'efficacité des mesures 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 risque et dans la dignité	Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
Participation des communautés et mobilisation sociale	UNICEF
Gestion de la crise	MINUAUCE
Logistique	MINUAUCE et Programme alimentaire mondial
Coordination des paiements en espèces	Programme des Nations Unies pour le développement
Personnel	MINUAUCE
Formation	OMS et Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique
Gestion de l'information	MINUAUCE