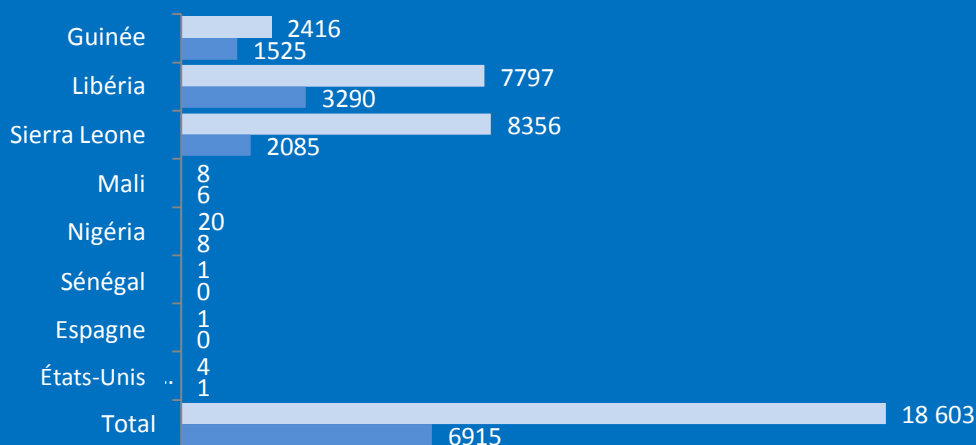


FAITS MARQUANTS

- On compte désormais 18 603 cas notifiés de maladie à virus Ebola, dont 6915 décès.
- L'incidence des cas notifiés fluctue en Guinée et diminue au Libéria.
- Des signes indiquent que l'incidence ralentit en Sierra Leone. Une opération majeure a été mise en œuvre pour infléchir la propagation du virus dans l'ouest du pays.
- Aucun nouveau cas n'a été notifié au Mali depuis le 24 novembre. Tous les contacts liés à la flambée à Bamako sont parvenus au terme des 21 jours de suivi.

CAS/DÉCÈS



RÉSUMÉ

Du 8 au 14 décembre (semaine 50), 18 603 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 6915 (la définition des cas est fournie en annexe 1).

L'incidence des cas notifiés fluctue en Guinée et diminue au Libéria. En Sierra Leone, des signes indiquent que l'augmentation de l'incidence ralentit et que l'incidence pourrait ne plus augmenter. Le taux de létalité 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 70 %. Pour les patients enregistrés comme hospitalisés, le taux de létalité est de 60 % en Guinée et en Sierra Leone, et de 58 % au Libéria.

Les interventions dans les 3 pays les plus touchés continuent de progresser conformément aux objectifs de la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola visant à isoler et traiter 100 % des cas d'Ebola, et à inhumer sans risque et dans la dignité 100 % des personnes décédées de la maladie à virus Ebola au 1^{er} janvier 2015. 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, bien que la répartition inégale des lits et des cas indique un sérieux manque de moyens persistant dans certaines zones. Au niveau national, chaque pays dispose de capacités suffisantes pour inhumer toutes les personnes décédées de la maladie à virus Ebola, même si certaines zones pourraient encore manquer de moyens. 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. Les 3 pays déclarent que plus de 80 % des contacts enregistrés associés à des cas connus de maladie à virus Ebola sont suivis. La mobilisation sociale reste une composante importante de la riposte pour infléchir la propagation de la maladie. La participation des communautés encourage 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 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, 18 569 cas confirmés, probables ou suspects de maladie à virus Ebola et 6900 décès étaient recensés au 14 décembre 2014, en fin de journée, par les Ministères de la santé de la Guinée et de la Sierra Leone, et au 9 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.

En considérant le nombre de cas comme une proportion de la population d'un pays touché, il y a eu 22 cas notifiés et 14 décès pour 100 000 personnes en Guinée, 197 cas et 83 décès pour 100 000 personnes au Libéria, et 145 cas et 36 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	2 127	249	1 262
	Probables	263	*	263
	Suspects	26	*	0
	Total	2 416	249	1 525
Libéria [§]	Confirmés	2 946	185	‡
	Probables	1 801	*	‡
	Suspects	3 050	*	‡
	Total	7 797	185	3 290
Sierra Leone	Confirmés	6 702	1 261	1 876
	Probables	79 [#]	*	174
	Suspects	1 575	*	35
	Total	8 356	1 261	2 085
Total		18 569	1 695	6 900

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.

[#]Ce chiffre est susceptible d'être actualisé après un examen des données par le Ministère de la santé. [‡]Données non disponibles. [§]Données manquantes pour la période du 10 au 14 décembre.

¹Pour 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 65 cas notifiés pour 100 000 hommes et 66 pour 100 000 femmes (Tableau 2).

Globalement, 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 (83 pour 100 000 personnes âgées de 15 à 44 ans, contre 28 pour 100 000 enfants). Cette probabilité chez les personnes âgées de 45 ans et plus est presque 4 fois plus élevée que celle des enfants (106 cas notifiés pour 100 000 personnes âgées de 45 ans et plus, contre 28 pour 100 000 enfants). Ces probabilités sont valables dans les 3 pays à transmission intense.

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 45 ans
Guinée	1 017 (19)	1 090 (20)	329 (7)	1 216 (26)	545 (35)
Libéria	2 538 (128)	2 444 (124)	831 (48)	2 653 (155)	1 015 (190)
Sierra Leone	3 112 (109)	3 291 (113)	1 274 (53)	3 587 (139)	1 449 (196)
Total	6 667 (65)	6 825 (66)	2 434 (28)	7 456 (83)	3 009 (106)

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

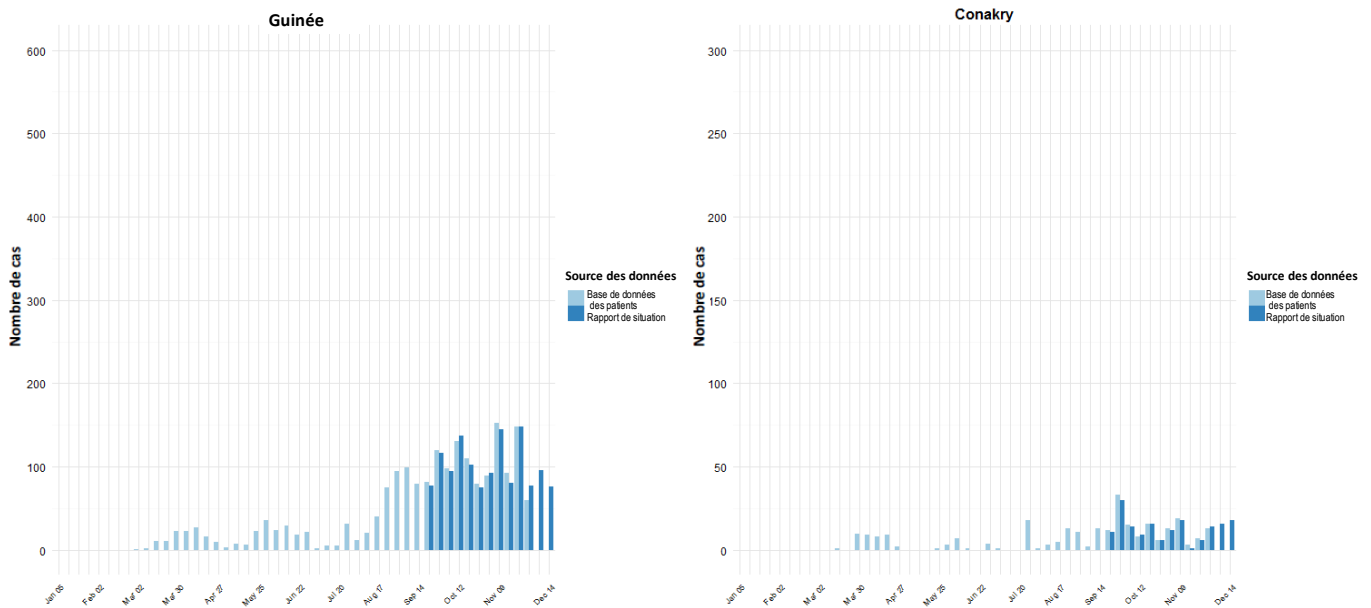
*Sont exclus les cas pour lesquels on ne dispose pas d'information sur le sexe. ‡Sont exclus les cas pour lesquels on ne dispose pas d'information sur l'âge.

GUINÉE

Au total, 76 nouveaux cas confirmés ont été notifiés sur l'ensemble du pays du 7 au 14 décembre (Figure 1). La tendance nationale en Guinée fluctue depuis septembre : entre 75 et 148 cas confirmés sont notifiés chaque semaine. L'incidence des cas au niveau national ne suit aucune tendance nette à la hausse ou à la baisse.

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

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.

La transmission reste intense dans la capitale, Conakry, qui a notifié 18 cas confirmés entre le 7 et le 14 décembre. La maladie à virus Ebola reste également virulente dans le district voisin de Coyah (14 cas confirmés). Au sud de Conakry, Forecariah accuse une hausse des nouveaux cas : 13 nouveaux cas confirmés ont été signalés au cours de la semaine dernière. Le district a notifié son premier cas il y a 12 semaines et, jusqu'à la semaine 50, elle a signalé au maximum 4 cas confirmés chaque semaine.

La transmission persiste dans le district de N'Zérékoré, à l'est du pays, avec 6 nouveaux cas confirmés notifiés du 7 au 14 décembre. Le district de Dubréka a notifié 3 cas confirmés, tandis que de nouveaux cas continuent d'être signalés dans la région de l'épicentre de la flambée avec 2 cas confirmés à Guéckédou, 5 à Kérouané et 2 dans chacun des districts de Lola et de Kouroussa. Macenta a notifié 3 cas confirmés, une nette diminution par rapport aux 15 cas notifiés chaque semaine au cours des 2 semaines précédentes. Cependant, il est trop tôt pour affirmer que cette diminution des cas se poursuivra.

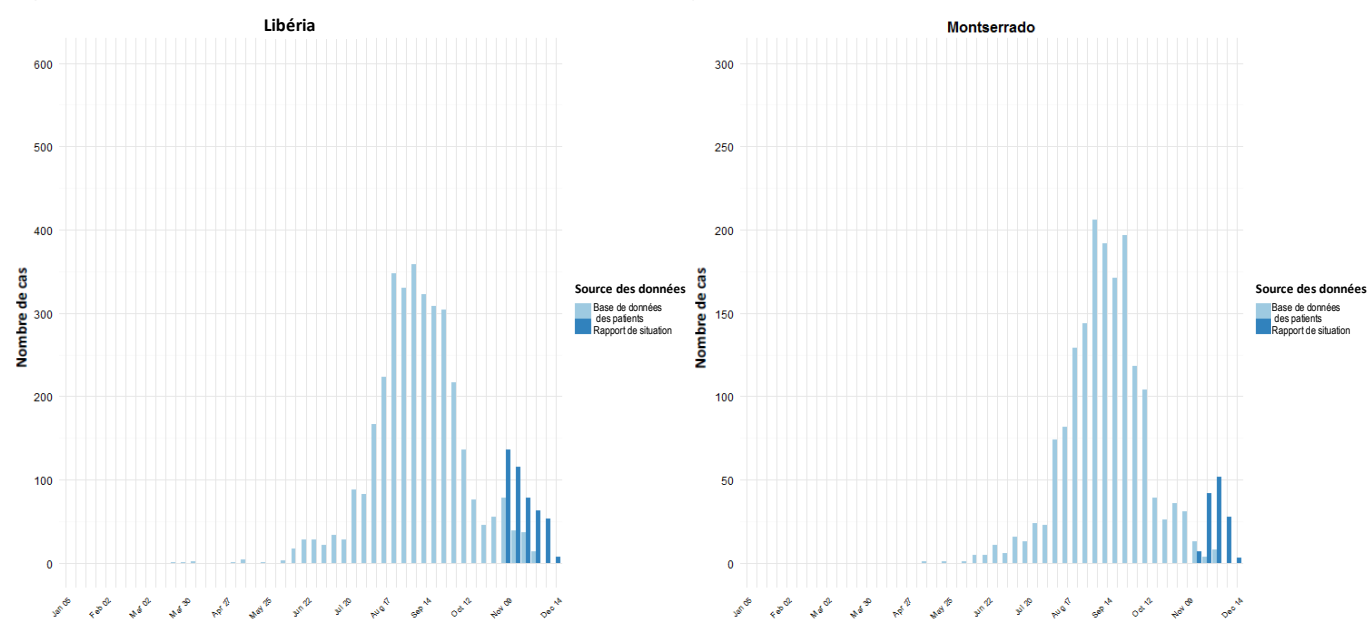
Télimélé a notifié 5 nouveaux cas confirmés, après avoir signalé la semaine dernière son premier cas depuis le mois de juin. Si les districts de Kindia et de Faranah n'ont notifié aucun nouveau cas confirmé, ils ont néanmoins signalés 21 et 12 cas probables, respectivement. Le district de Siguiri, dans le nord du pays, a notifié 4 cas probables : il s'agit d'une zone qui appelle à la vigilance, notamment en raison de sa proximité avec le Mali. Bien que 10 districts dans le pays n'aient notifié aucun cas de maladie à virus Ebola à ce jour, la transmission s'étend géographiquement : au 1^{er} octobre (semaine 40), 9 districts avaient signalé 1 cas confirmé ou probable au cours des 7 jours précédents, alors qu'ils étaient 17 au cours de la semaine 50.

LIBÉRIA

L'incidence des cas diminue au niveau national, avec 6 districts qui ont notifié des nouveaux cas confirmés ou probables au cours de la semaine précédant le 14 décembre. Au total, 8 cas confirmés ont été notifiés, mais ce chiffre ne porte que sur 2 jours. La transmission reste intense dans le comté de Montserrado qui inclut la capitale, Monrovia (Figure 2). Ce comté a notifié 3 cas confirmés et 9 cas probables. Grand Bassa a signalé 1 cas confirmé, contre 7 la semaine précédente. Parmi les autres comtés, seuls Bong (1 cas confirmé), Grand Cape Mount (2 cas

confirmés) et Margibi (1 cas confirmé) ont signalé des cas confirmés au cours de cette même période. Dans le nord du pays, Lofa n'a notifié aucun cas pour la 7^e semaine consécutive, soulignant l'efficacité des actions de riposte dans le comté.

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



Données manquantes pour la période du 10 au 14 décembre. 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 la maladie à virus Ebola reste intense en Sierra Leone, avec 327 nouveaux cas confirmés notifiés du 7 au 14 décembre. Malgré les signes révélés dans les rapports de situation du pays, indiquant que l'augmentation de l'incidence a ralenti et que l'incidence pourrait ne plus augmenter (Figure 3), le pays a notifié le plus grand nombre de cas confirmés au cours de la semaine 50. La transmission est la plus intense et persistante dans les districts de l'ouest et du nord du pays. La capitale, Freetown, compte 125 cas parmi tous les nouveaux cas confirmés. Les autres districts touchés sont Port Loko (56 cas), le district rural de la Zone de l'Ouest (52 cas), Bombali (23 cas) et Kambia (11 cas).

L'OMS, les partenaires des Nations Unies et le Gouvernement de la Sierra Leone ont mis en œuvre l'opération Western Area Surge visant à intensifier les efforts pour infléchir la propagation du virus dans les zones situées à l'ouest du pays. La riposte cible Freetown et les zones environnantes pour rompre les chaînes de transmission et augmenter le nombre de lits afin de pouvoir isoler et traiter correctement les patients présentant des symptômes cliniques de maladie à virus Ebola. L'opération a pour but d'éradiquer la maladie dans cette région dans un délai de 42 jours. L'OMS forme actuellement des agents de surveillance, épidémiologistes et équipes cliniques nationaux pour équiper en personnel de nouveaux centres de traitement. L'OMS évalue également les standards de prévention et de lutte contre l'infection dans les établissements de soins afin de maximiser la protection des agents de santé et des patients.

Dans l'est du pays, le district de Kono, confronté à une activité importante du virus Ebola depuis 5 semaines, a notifié 12 cas confirmés entre le 7 et le 14 décembre. Le district voisin de Koinadugu au nord-est a signalé 3 cas. La transmission est intense à Tonkolili depuis 13 semaines. Cependant, au cours de ces dernières semaines, le nombre de nouveaux cas notifiés chaque semaine a diminué, passant d'un pic de 56 cas il y a 4 semaines à 14 cas la semaine dernière.

Dans le sud du pays, le district de Bo continue de signaler un grand nombre de nouveaux cas (24 cas confirmés). En revanche, les districts de Kenema et Kailahun, au sud-est du pays, ont notifié 1 et 3 cas, respectivement. Seuls 2 districts dans le pays n'ont notifié aucun nouveau cas : Bonthe et Pujehun.

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

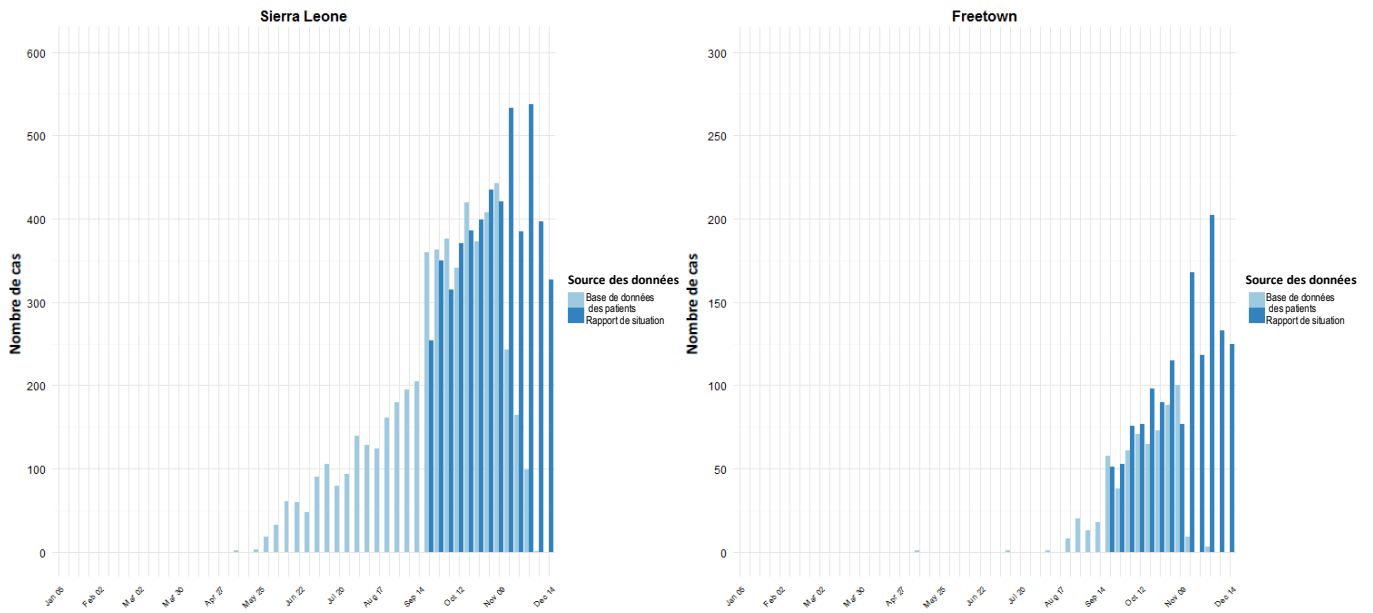
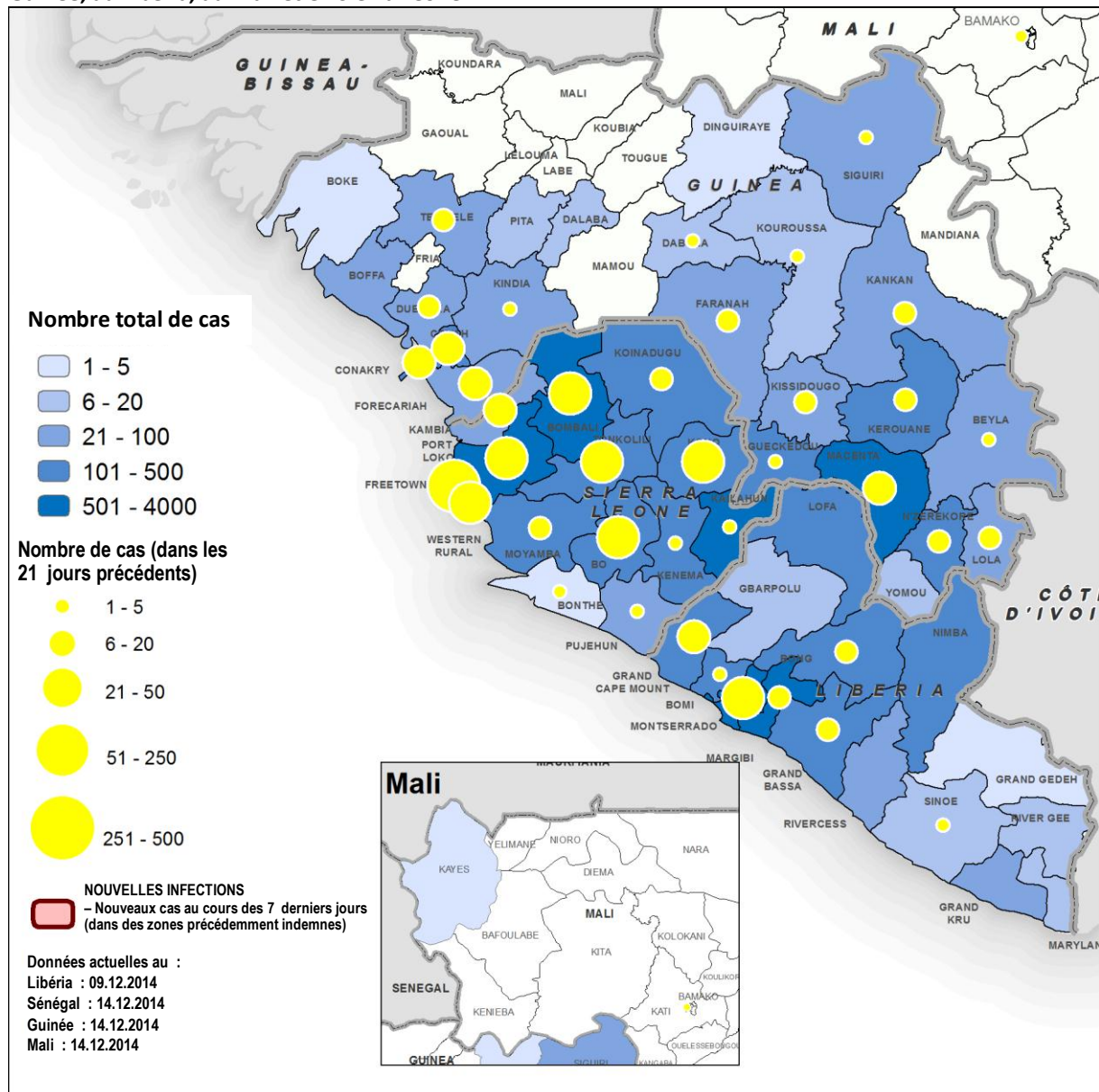


Figure 4 : Distribution géographique des nouveaux cas et total des cas confirmés ou probables* en Guinée, au Libéria, au Mali et en Sierra Leone



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 10 au 14 décembre sont manquantes pour le Libéria. *Les données des 21 derniers jours représentent les cas confirmés en Guinée, au Libéria, au Mali et en Sierra Leone.


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 risque 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 3, 4 et 5 présentent des informations sur les progrès réalisés dans 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 la mobilisation sociale et 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 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 celles 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.

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 14/12/14	100%	100%
% de lits opérationnels dans les centres de traitement Ebola	Au 15/12/14	37 % (230 lits)	695 lits
% de lits opérationnels dans les centres de soins communautaires	Au 15/12/14	0%	328 lits
Capacités d'isolement des patients (nombre de lits par patient notifié)	24/11/14 - 14/12/14	En moyenne 2,4 lits par patient notifié	
Taux de létalité (%) parmi les patients hospitalisés	Cumulé (jusqu'au 14/12/14)	60%	
% de contacts enregistrés à suivre qui ont reçu une visite quotidienne	08/12/14 - 14/12/14	96%	
Nombre d'agents de santé nationaux nouvellement infectés	08/12/14 - 13/12/14	 (N'zerekore – 3, Kerouané – 2)	60 équipes
% d'équipes chargées des inhumations formées et en place	Au 06/12/14	83 % (50 équipes)	
% de districts avec liste de chefs religieux ou groupes communautaires qui encouragent les inhumations sans risque et dans la dignité	Au 15/12/14	72%	

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 3), on compte 2,4 lits disponibles par cas confirmé ou probable de maladie à virus Ebola notifié ; au Libéria (Tableau 4), ce chiffre s'élève à 8,2 (mais il est moindre si l'on inclut les cas suspects) et en Sierra Leone à 2,4 (Tableau 5).

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 zones de la Sierra Leone, en particulier dans l'ouest du pays où la transmission reste intense, davantage de lits sont nécessaires pour isoler et traiter le grand nombre de

cas recensés. L'un des objectifs de l'opération Western Area Surge est d'augmenter le nombre de lits pour répondre à ce besoin. Dans les autres districts du pays, tels que Kenema et Kailahun dans le sud-est, le petit nombre de cas entraîne une sous-exploitation des capacités d'isolement et de traitement.

Au 15 décembre, 230 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 et Macenta 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. De plus, les populations de plusieurs zones de l'est de la Guinée sont davantage enclines à chercher des soins dans le nord du pays que dans les districts voisins de Guéckédou ou de Macenta. Un nouveau centre de traitement Ebola a ouvert à N'Zérékoré dans l'est du pays. 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. Il n'y a actuellement aucun centre de soins communautaires en Guinée. Le pays fonde sa stratégie communautaire sur des établissements de soins alternatifs et des comités de surveillance communautaires qui diffusent des informations et font le lien entre la population et les services disponibles.

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 14/12/14	100%	100%
% de lits opérationnels dans les centres de traitement Ebola	Au 14/12/14	53 % (650 lits)	1219 lits
% de lits opérationnels dans les centres de soins communautaires	Au 14/12/14	23 % (98 lits)	428 lits
Capacités d'isolement des patients (nombre de lits par patient notifié)	24/11/14 - 14/12/14	En moyenne 8,2 lits par patient notifié	
Taux de létalité (%) parmi les patients hospitalisés	Cumulé (jusqu'au 14/12/14)	58%	
% de contacts enregistrés à suivre qui ont reçu une visite quotidienne	08/12/14 - 09/12/14	91%	
Nombre d'agents de santé nationaux nouvellement infectés	08/12/14 - 09/12/14	(0)	
% d'équipes chargées des inhumations formées et en place	Au 23/11/14	77 % (77 équipes)	100 équipes
% de districts avec liste de chefs religieux ou groupes communautaires qui encouragent les inhumations sans risque et dans la dignité	Au 15/12/14	0%	

Au Libéria, 650 lits sont opérationnels dans 12 centres de traitement Ebola : la capitale Monrovia compte 6 centres, Margibi 3, et les comtés de Bomi, Bong 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. Le nombre de lits opérationnels dans le pays incluait précédemment les lits susceptibles de se libérer rapidement pour répondre aux besoins locaux. Désormais, ce nombre se rapporte aux lits disponibles dotés de

tout le personnel et l'équipement nécessaire. Le nombre de lits prévus indique maintenant les lits susceptibles d'être mobilisés rapidement pour répondre aux besoins locaux. Ces changements reflètent une volonté de se concentrer sur les besoins actuels plutôt que sur les besoins anticipés.

En Sierra Leone, 615 lits de traitement et d'isolement sont opérationnels. On compte 2 centres de traitement Ebola à Kerry Town et Port Loko, 4 à Freetown, 1 à Lakka, Kailahun, Kenema, Bo Town, Waterloo, Bombali et le district urbain de la Zone de l'Ouest. On dénombre 329 lits dans les centres de soins communautaires.

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 h	Au 14/12/14	100%	100%
% de lits opérationnels dans les centres de traitement Ebola	Au 16/12/14	30 % (615 lits)	2020 lits
% de lits opérationnels dans les centres de soins communautaires	Au 16/12/14	27 % (329 lits)	1208 lits
Capacités d'isolement des patients (nombre de lits par patient notifié)	24/11/14 - 14/12/14	En moyenne 2,4 lits par patient notifié	
Taux de létalité (%) parmi les patients hospitalisés	Cumulé (jusqu'au 14/12/14)	60%	
% de contacts enregistrés à suivre qui ont reçu une visite quotidienne	08/12/14 - 13/12/14	86%	
Nombre d'agents de santé nationaux nouvellement infectés	08/12/14 - 14/12/14	(0)	
% d'équipes chargées des inhumations formées et mises en place	Au 14/12/14	86 % (98 équipes)	114 équipes
% de districts avec liste de chefs religieux ou groupes communautaires qui encouragent les inhumations sans risque et dans la dignité	Au 15/12/14	100%	

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 70 %. Pour les patients enregistrés comme hospitalisés, le taux de létalité est de 60 % en Guinée et en Sierra Leone, et de 58 % au Libéria (Tableaux 3, 4 et 5).

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 15 décembre, 21 laboratoires étaient en mesure de confirmer les cas de maladie à virus Ebola : 4 en Guinée, 8 au Libéria et 9 en Sierra Leone. Actuellement, ces laboratoires sont au service de

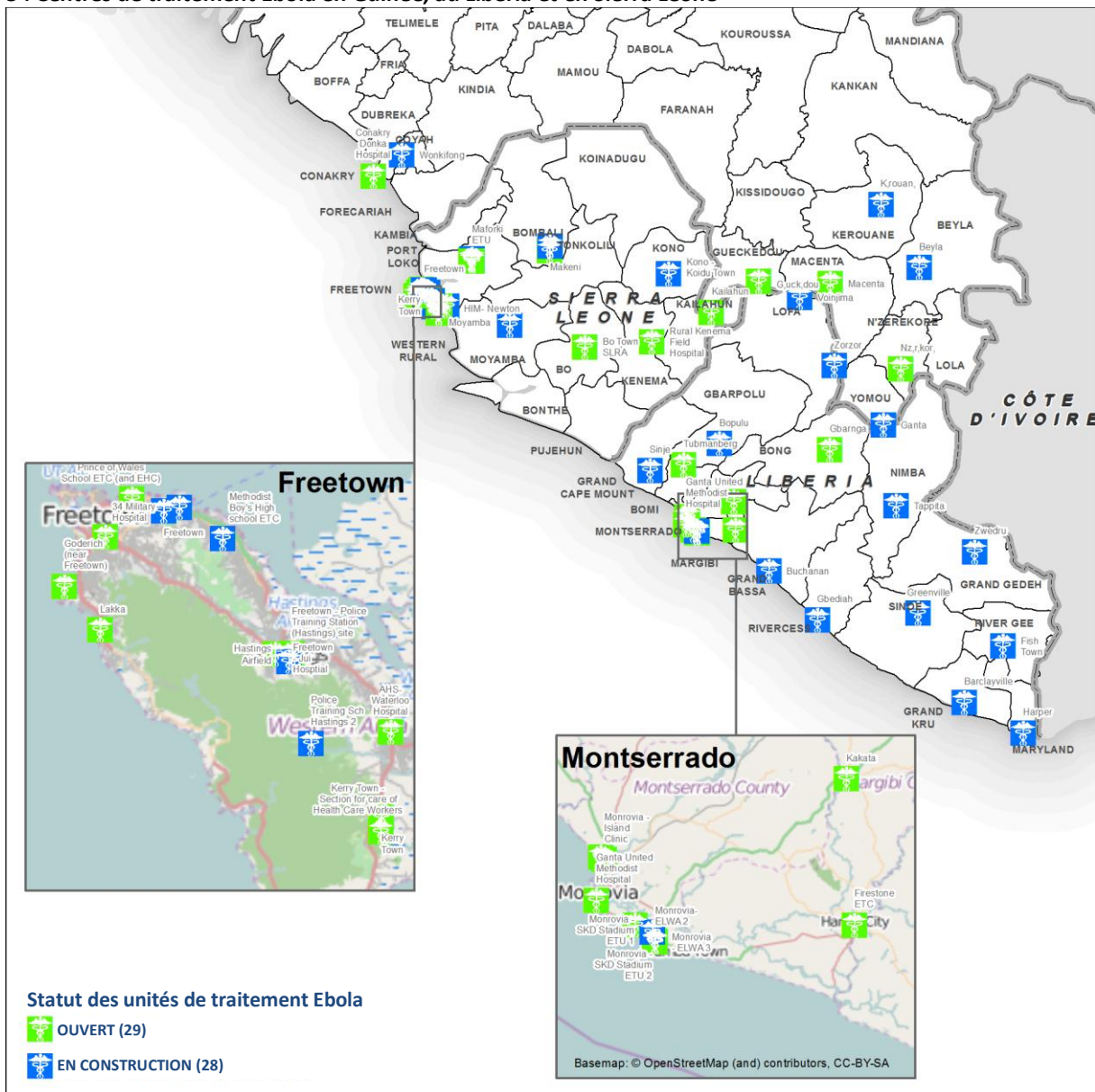
24 districts touchés en Guinée, 15 au Libéria et 14 en Sierra Leone. Deux laboratoires supplémentaires en Sierra Leone et un au Libéria sont prévus.

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 13 décembre, 96 % des contacts enregistrés ont reçu une visite quotidienne en Guinée, 91 % au Libéria et 86 % en Sierra Leone (une diminution régulière depuis la semaine 44 au cours de laquelle 94 % des contacts enregistrés avaient reçu une visite quotidienne). Néanmoins, la proportion de contacts vus était inférieure dans de nombreux districts (seulement 18 % 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.

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.

En moyenne, au cours des 21 derniers jours, 15 contacts étaient répertoriés pour chaque nouveau cas confirmé en Guinée, 20 au Libéria et 5 en Sierra Leone (ce dernier n'a fourni aucune donnée de recherche de contacts pour la semaine épidémiologique 50). Les équipes de recherche active de cas sont mobilisées dans le cadre d'une stratégie supplémentaire de détection des cas dans plusieurs régions.

Agents de santé

Au 14 décembre, en fin de journée, 649 agents de santé avaient été infectés par le virus Ebola, dont 365 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 et 11 au Nigéria. Cinq agents de santé nouvellement infectés ont été signalés du 7 au 14 décembre, tous en Guinée (3 à N'Zérékoré et 2 à Kérouané).

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.

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

Pays	Cas	Décès
Guinée	125	72
Libéria*	365	177
Sierra Leone	142	109
Total	632	358

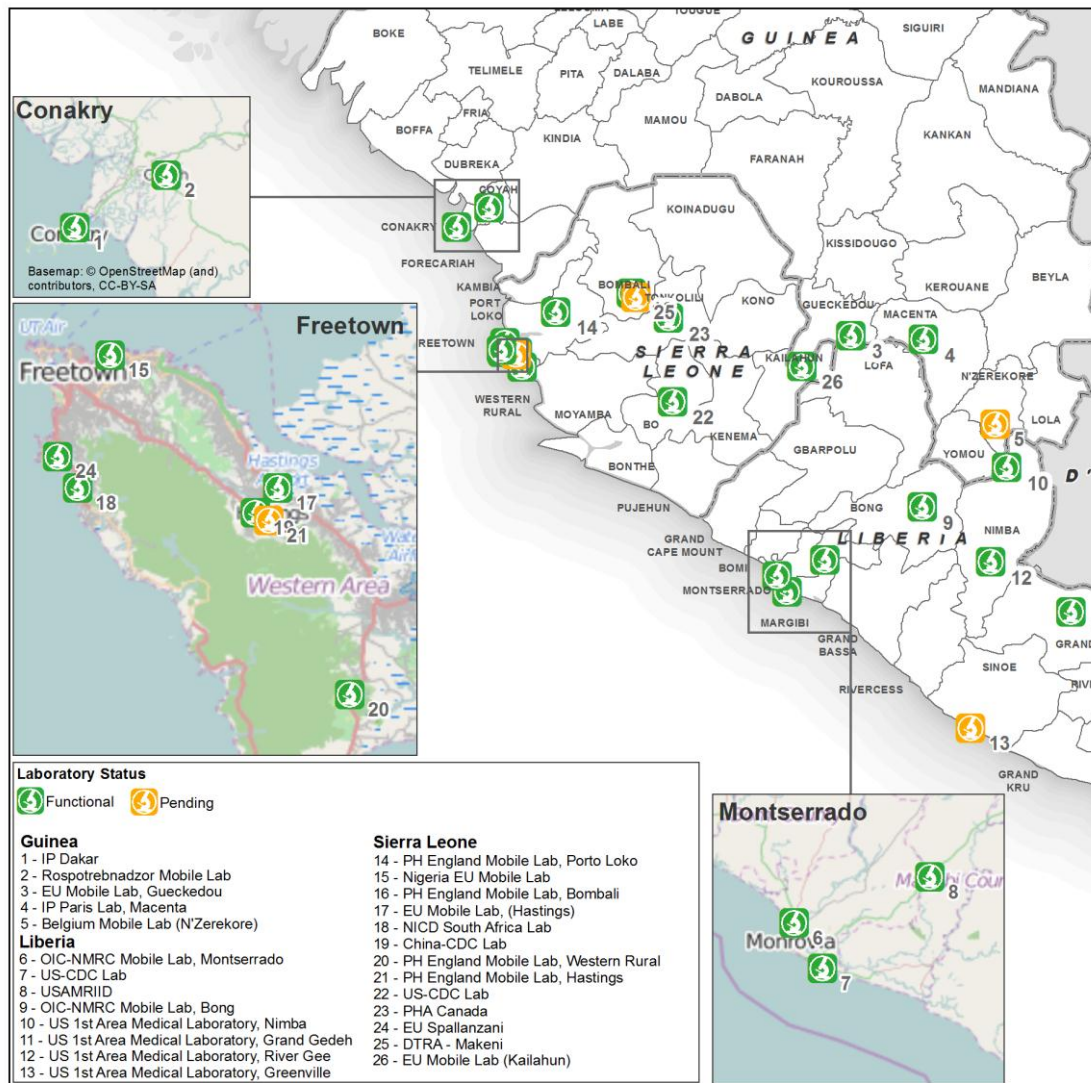
Les données se fondent sur les informations officielles communiquées par les Ministères de la santé. Ces chiffres peuvent être modifiés en fonction des reclassifications, des investigations rétrospectives et de la disponibilité des résultats de laboratoire.

**Données manquantes pour la période du 10 au 14 décembre.*

Inhumations sans risque et dans la dignité

Il y a 225 équipes chargées des inhumations sans risque formées et en place : 50 en Guinée, 77 au Libéria et 98 en Sierra Leone (données au 6 décembre pour la Guinée, au 23 novembre pour le Libéria et au 14 décembre pour la Sierra Leone). La Guinée et la Sierra Leone ont désormais mis en place plus de 80 % des équipes chargées des inhumations sans risque prévues, tandis que le Libéria a mis en place 77 % des équipes prévues. Les 3 pays disposent de capacités suffisantes pour inhumer sans risque toutes les personnes décédées de la maladie à virus Ebola notifiées, même si certains districts pourraient encore manquer de moyens.

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



De nombreuses inhumations réalisées concernent des personnes qui ne sont pas décédées de la maladie à virus Ebola, les symptômes d’Ebola étant similaires à ceux d’autres maladies. Les décès restent sous-notifiés dans cette flambée ; par conséquent, certaines inhumations le sont également.

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.

Participation des communautés et mobilisation sociale

La mobilisation sociale favorise l’adoption de stratégies préventives, 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 dans les 3 pays à transmission intense ; elle est soutenue par des partenaires et par l’OMS.

Faire participer les communautés des pays touchés par Ebola est essentiel pour réduire la propagation de la maladie. La peur peut inciter les personnes présentant des symptômes cliniques à éviter de se faire soigner, 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 rechercher des soins médicaux et, en cas de confirmation, à être isolées de manière adéquate.

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 encourageant la participation des communautés, notamment la promotion et la mise en œuvre de pratiques d'inhumation sans risque conformément aux lignes directrices standard. Au 13 décembre, chaque district en Sierra Leone détenait une liste des principaux chefs religieux ou groupes communautaires identifiés qui encourageaient ces pratiques d'inhumation. En Guinée, 72 % des districts détiennent cette liste. Cette information n'est pas disponible pour le Libéria.

La peur, la méconnaissance et/ou les idées fausses qui circulent au sein de la communauté sur Ebola, et le manque de sensibilité culturelle de certains travailleurs impliqués dans la riposte, peuvent entraîner des incidents qui exposent les agents de santé et d'autres travailleurs à des risques. Au cours de la semaine précédant le 13 décembre, au moins un incident de sécurité ou autre forme de refus de coopérer a été signalé dans 8 % des districts en Guinée, 13 % au Libéria et 14 % en Sierra Leone.

Les équipes œuvrant pour la mobilisation sociale ont été mises en place pour développer des activités visant à promouvoir des pratiques d'inhumation sans risque et culturellement acceptables, et à informer les communautés sur la nécessité d'isoler et de traiter correctement les personnes atteintes de la maladie à virus Ebola. Parmi les districts/comtés qui ont mis en place une telle équipe, chaque comté au Libéria surveille l'état et les progrès des activités de sensibilisation des communautés, 86 % des districts en Guinée et 50 % des districts en Sierra Leone.

En Guinée, les activités de mobilisation sociale comprennent la mise en place de 1150 comités de surveillance communautaires. Ces comités sont constitués de chefs et de membres des communautés qui diffusent les informations et font le lien entre la population et les services disponibles. Autre stratégie visant à faire participer les communautés mise en œuvre : le Gouvernement envoie des ministres dans les districts où des incidents de sécurité à l'encontre d'agents de santé ou d'autres intervenants se sont produits pour inciter les communautés à mieux travailler avec les acteurs de la lutte contre Ebola.

Au Libéria, après une flambée survenue dans la ville de Quewin, dans le comté de Grand Bassa, l'UNICEF et d'autres partenaires ont mis sur pied une équipe de mobilisation sociale pour éduquer les communautés mises en quarantaine et leurs voisins aux stratégies visant à prévenir une transmission ultérieure, notamment la notification et l'isolement sans délai des membres de la famille contaminés et la surveillance de la communauté pour rechercher les cas suspects. Nombre de ces communautés sont difficiles à atteindre. Au cours de la semaine précédant le 13 décembre, plus de 11 000 foyers ont reçu des informations sur la prévention contre le virus Ebola, dans le cadre d'une campagne de porte-à-porte menée dans 15 comtés. Par ailleurs, plus de 200 réunions et discussions en groupes ont permis d'atteindre presque 20 000 femmes, plus de 13 000 hommes et plus de 11 000 enfants.

En Sierra Leone, l'UNICEF continue de coordonner et de soutenir les activités de mobilisation sociale à travers le pays, en particulier les actions de riposte rapide qui ciblent les districts touchés par une transmission intense et les zones reculées. Les stratégies mises en place comprennent des annonces diffusées dans les rues, la mobilisation de vélocycleurs et des visites à domicile pour éduquer les communautés aux pratiques d'inhumation sans risque et dans la dignité, à la notification et à l'isolement rapide des cas et à la protection du foyer. Parmi les 3081 personnes formées à la mobilisation sociale, 39 % sont des femmes et 63 % sont âgées de 25 ans ou moins. La formation est centrée sur la prévention contre le virus Ebola, sur la protection des foyers, sur les pratiques

d'inhumation sans risque et sur la mise en quarantaine des foyers des cas confirmés ou probables de maladie à virus Ebola.

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 7). Au total, 8 cas (7 confirmés et 1 probable), dont 6 décès (5 confirmés et 1 probable), ont été notifiés au Mali. 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. Le dernier cas confirmé ayant obtenu des résultats négatifs pour la seconde fois remonte au 6 décembre et est sorti de l'hôpital le 11 décembre. Tous les contacts identifiés liés au premier cas d'Ebola et à la flambée à Bamako sont désormais parvenus au terme des 21 jours de suivi. 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 7 : 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 %	0	433	6 décembre 2014	11
États-Unis d'Amérique	4*	0	0	1	75 %	0	177	9 novembre 2014	38

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. *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.

3. ÉTAT DE PRÉPARATION DES PAYS POUR DÉTECTER ET RIPOSTER RAPIDEMENT 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 sont 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 garantir que tous les pays sont opérationnels pour assurer 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, dans le pays, d'équipes de renforcement de la préparation, une assistance technique directe fournie aux pays et l'apport 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 ont fourni 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 sa préparation opérationnelle à la riposte.

L'OMS et ses partenaires ont immédiatement déployé du personnel dans les 14 pays précités, qui ont reçu des visites pour mettre en œuvre ces plans de 90 jours et coordonner l'assistance technique à travers toutes les composantes essentielles de la préparation. 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 et entraînements sur le terrain 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 travaux 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 Méditerranée orientale, 52 pays ont été visités.

Outils et ressources pour la préparation

En s'appuyant sur les travaux 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. La Liste de contrôle pour se préparer à faire face à la maladie à virus Ebola, 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 des communautés, 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.³ 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

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

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

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 :

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

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

Indicateur	Numérateur	Source du numérateur	Dénominateur	Source du dénominateur
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, pays, 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, pays, etc. possédant une liste de chefs religieux ou de personnes influentes identifiés qui encouragent les pratiques d'inhumation sans risque	UNICEF	Nombre de districts possédant 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

Activité de riposte	Organisation principale
Personnel	MINUAUCE
Formation	OMS et Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique
Gestion de l'information	MINUAUCE