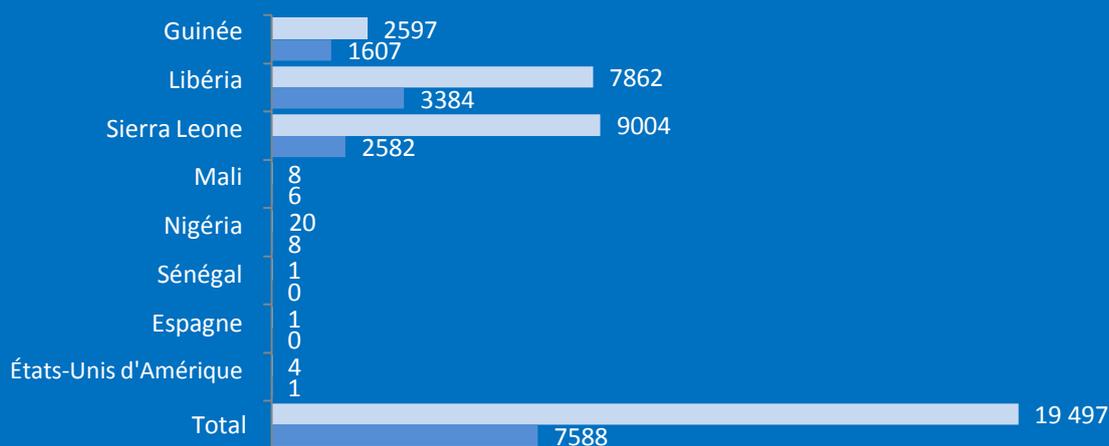


FAITS MARQUANTS

- On compte désormais 19 497 cas notifiés de maladie à virus Ebola, dont 7588 décès.
- L'incidence des cas notifiés fluctue en Guinée et diminue au Libéria.
- En Sierra Leone, des signes indiquent que l'augmentation de l'incidence a ralenti, bien que l'ouest du pays subit aujourd'hui la plus intense transmission parmi les pays touchés. Les actions de riposte ont été renforcées pour infléchir la propagation de la maladie dans cette région.

CAS/DECES



RESUME

Du 15 au 21 décembre (semaine 51), 19 497 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 7588 (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. L'ouest du pays subit aujourd'hui la plus intense transmission parmi les pays touchés et les actions de riposte ont été renforcées pour infléchir la propagation de la maladie dans cette région. 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 70 %.

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. Au niveau national, les capacités pour isoler et traiter les patients Ebola se sont améliorées dans les 3 pays depuis le début de l'action d'urgence. Cependant, si chaque pays dispose de capacités suffisantes pour isoler les patients, la répartition géographique inégale des lits et des cas indique un manque de moyens persistant dans certains districts. Chaque pays dispose de capacités suffisantes pour inhumer toutes les personnes décédées de la maladie à virus Ebola, même si certaines zones pourraient manquer de moyens. Le nombre d'équipes chargées des inhumations formées a substantiellement augmenté dans chacun des 3 pays au cours du dernier mois. Chaque district ayant notifié un cas d'Ebola dans ces 3 pays a accès à un laboratoire dans les 24 heures suivant le prélèvement d'échantillons. 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 l'on constate des écarts au niveau des districts. Le nombre de contacts suivis par cas d'Ebola reste faible dans de nombreux districts. La mobilisation sociale reste une composante importante de la riposte. 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 cliniques 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, 19 463 cas confirmés, probables ou suspects de maladie à virus Ebola et 7573 décès étaient recensés au 21 décembre 2014, en fin de journée, par les Ministères de la santé de la Guinée et de la Sierra Leone, et au 20 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 24 cas notifiés et 15 décès notifiés pour 100 000 personnes en Guinée, 199 cas et 85 décès pour 100 000 personnes au Libéria, et 157 cas et 45 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	2 284	328	1 344
	Probables	263	*	263
	Suspects	50	*	0
	Total	2 597	328	1 607
Libéria [§]	Confirmés	3 085	121	‡
	Probables	1 757	*	‡
	Suspects	3 020	*	‡
	Total	7 862	121	3 384
Sierra Leone	Confirmés	7 017	1 039	2 216
	Probables	287	*	208
	Suspects	1 700	*	158
	Total	9 004	1 039	2 582
Total		19 463	1 488	7 573

Les données se fondent sur les informations officielles communiquées par les Ministères de la santé par l'intermédiaire des bureaux de pays de l'OMS. Ces chiffres peuvent être modifiés en fonction des reclassifications, des investigations rétrospectives et de la disponibilité des résultats de laboratoire. *Données non présentées en raison de la proportion importante de cas probables ou suspects qui ont été reclassés. ‡Données non disponibles. §Données manquantes pour le 21 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 73 cas notifiés pour 100 000 hommes et 75 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 (95 cas notifiés pour 100 000 personnes âgées de 15 à 44 ans, contre 32 pour 100 000 enfants) ; pour les personnes âgées de 45 ans et plus, cette probabilité est presque 4 fois plus élevée que celle des enfants (120 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	3 843 (135)	4 101 (141)	1 635 (67)	4 520 (175)	1 777 (241)
Total	7 537 (73)	7 763 (75)	2 837 (32)	8 533 (95)	3 414 (120)

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

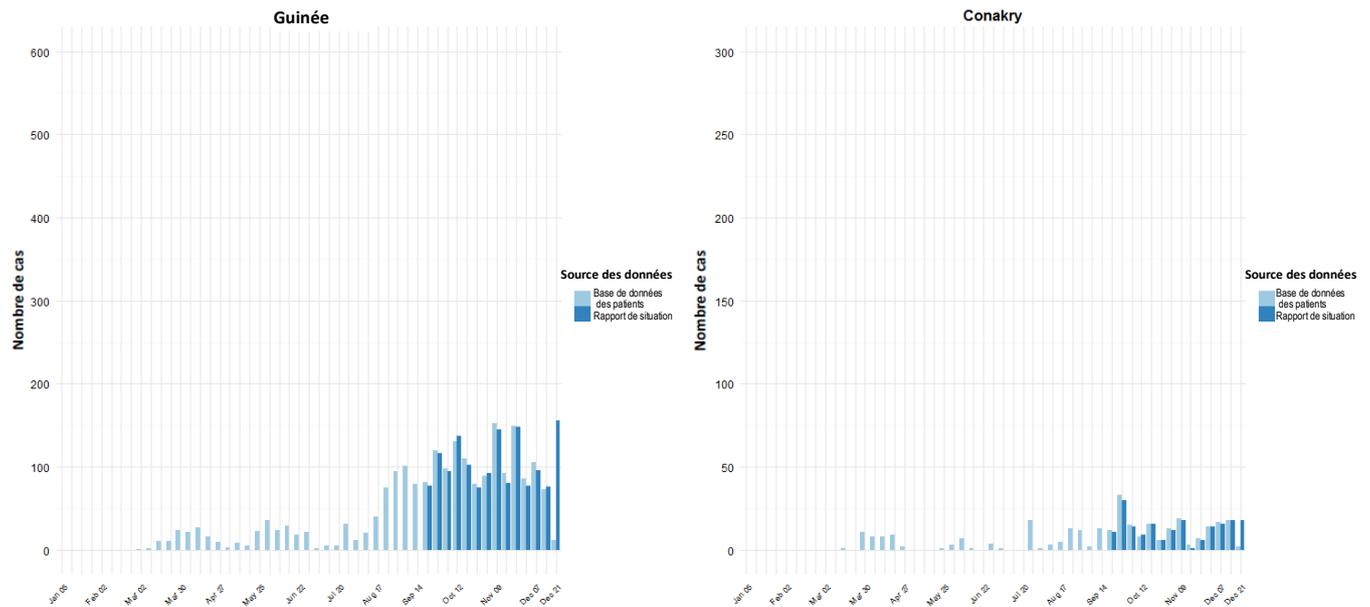
*Sont exclus les cas pour lesquels on ne dispose pas d'information sur le sexe. ‡Sont exclus les cas pour lesquels on ne dispose pas d'information sur l'âge.

GUINEE

Au total, 156 cas confirmés ont été notifiés en Guinée entre le 15 et le 21 décembre (Figure 1), la plus forte incidence de cas hebdomadaire notifiée par le pays depuis la début de cette flambée. Cela s'explique principalement par la hausse du nombre de cas dans le district de Kissidougou, situé dans le sud-est du pays, qui a notifié 58 cas confirmés, soit un tiers des cas notifiés dans l'ensemble du pays au cours de la semaine dernière. Auparavant, ce district n'avait pas notifié plus de 5 cas chaque semaine. Cette constatation souligne la nécessité de rester vigilant en matière de prise en charge des cas, de pratiques d'inhumation sans risque et de mobilisation sociale afin de prévenir les flambées dans les zones où la transmission était précédemment faible ou inexistante.

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.

Dans les districts environnants, la transmission persiste à Macenta (11 cas confirmés) et à Kérouané (6 cas confirmés), tandis que des cas continuent d'être notifiés à Guéckédou, épicentre de la flambée (3 cas confirmés).

La transmission reste intense dans la capitale, Conakry, qui a notifié 18 cas confirmés au cours de la semaine dernière. Le district voisin de Coyah continue de notifier de nombreux cas confirmés qui atteignent 19 au cours de cette même période. Au sud de Conakry, la transmission de la maladie à virus Ebola reste élevée à Forecariah qui a signalé 7 nouveaux cas confirmés.

Parmi les autres districts ayant notifiés de nouveaux cas figurent Kindia (10 cas confirmés), frontalier avec la Sierra Leone, N'Zérékoré (9 cas confirmés), Lola et Kérouané (6 cas confirmés chacun) et Dubréka et Téliélé (3 cas confirmés chacun).

La tendance nationale en Guinée 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. Neuf districts ayant précédemment notifiés des cas d'Ebola n'ont signalé aucun cas confirmé ou probable au cours de la semaine 51.

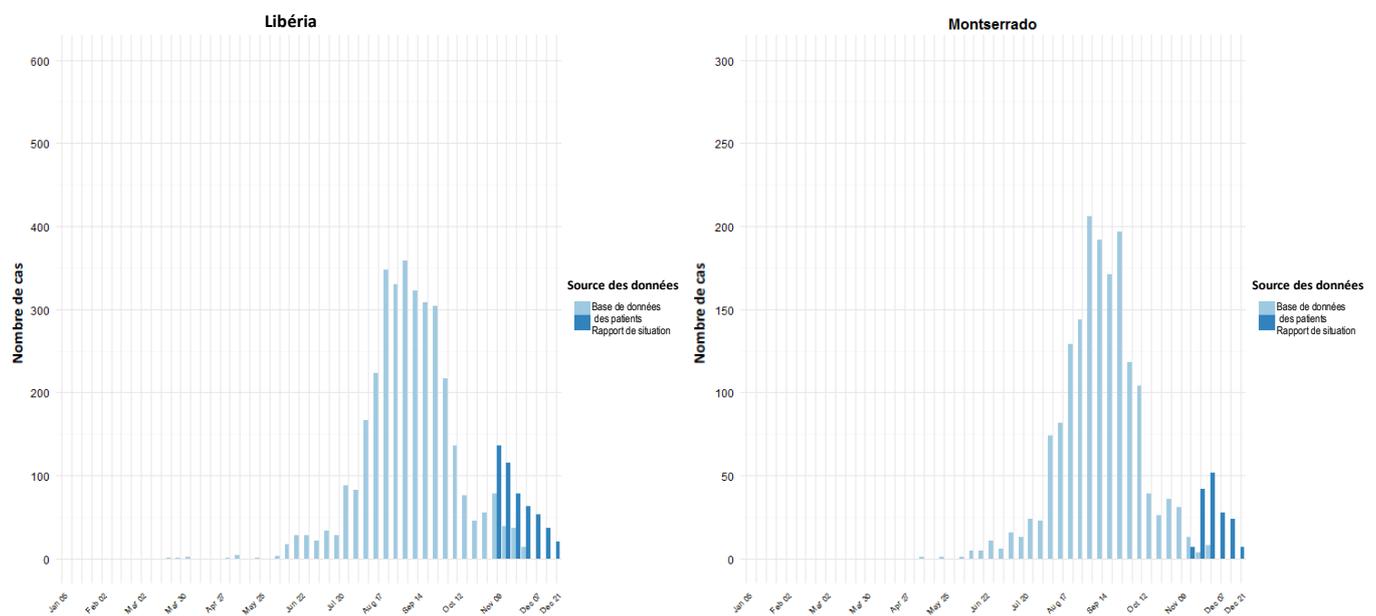
LIBERIA

L'incidence des cas diminue au niveau national depuis mi-novembre (Figure 2), bien que la transmission reste intense dans le pays. Au total, 21 cas confirmés ont été notifiés dans 5 comtés entre le 15 et le 21 décembre. Le comté de Montserrado, qui inclut la capitale Monrovia, reste confronté à la plus forte activité du virus Ebola enregistrée dans le pays, avec 7 cas confirmés et 16 cas probables notifiés la semaine dernière. Dans l'est du pays, le long de la frontière ivoirienne, Nimba a signalé 3 cas confirmés, les premiers depuis 9 semaines.

La transmission persiste dans le comté de Grand Cape Mount (6 cas confirmés), dans le nord, près de la frontière avec la Sierra Leone. Bong (4 cas confirmés) et Grand Bassa (1 cas confirmé) sont les seuls autres comtés à avoir notifié des cas au cours de la semaine 51.

Dans le nord du pays, Lofa n’a notifié aucun cas pour la 8^e semaine consécutive, soulignant l’efficacité des actions de riposte dans ce comté. Dix comtés au Libéria n’ont notifié aucun cas au cours de la semaine 51.

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



Données manquantes pour le 21 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 315 nouveaux cas confirmés notifiés entre le 15 et le 21 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), la transmission la plus intense de la maladie parmi les pays touchés sévit actuellement dans les districts de l’ouest et du nord de la Sierra Leone.

La semaine dernière, la capitale Freetown comptait un tiers des nouveaux cas confirmés dans le pays, soit 115 personnes malades. Le district voisin de Port Loko a accusé une hausse des nouveaux cas, avec 92 cas confirmés contre 56 la semaine précédente. Parmi les autres districts de la région qui ont notifié de nouveaux cas figurent Bombali (33 cas), le district rural de la Zone de l’Ouest (31 cas) et Kambia (7 cas).

Le Gouvernement de la Sierra Leone, l’OMS et des partenaires des Nations Unies ont lancé une opération la semaine dernière pour intensifier les efforts afin d’infléchir la propagation de la maladie dans les régions occidentales du pays. Intitulée The Western Area Surge, cette opération vise à rompre les chaînes de transmission à Freetown et dans les zones alentours. Les actions de riposte sont appuyées par la mobilisation sociale qui diffuse des messages sur les pratiques d’inhumation sans risque, la prévention de l’infection par le virus Ebola et la nécessité d’isoler rapidement et de traiter les personnes qui présentent des symptômes.

Dans l’est du pays, le district de Kono, confronté à une activité importante du virus Ebola depuis 6 semaines, a notifié 13 cas confirmés entre le 15 et le 21 décembre. Dans le district central voisin de Tonkolili, la transmission est également intense depuis 14 semaines. Mais l’incidence dans le district a diminué, passant d’un pic de 56 cas confirmés il y a 6 semaines à 14 cas confirmés au cours de chacune des 2 dernières semaines.

Dans le sud du pays, le nombre de cas confirmés notifiés est passé de 24 à 2 dans le district de Bo, après une activité intense et soutenue du virus Ebola pendant 12 semaines. Cependant, il est trop tôt pour affirmer que cette diminution de l’incidence se poursuivra.

Seuls 2 districts dans le pays n'ont notifié aucun nouveau cas : Kailahun et Pujehun. Ce dernier n'a signalé aucun cas depuis 21 jours.

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

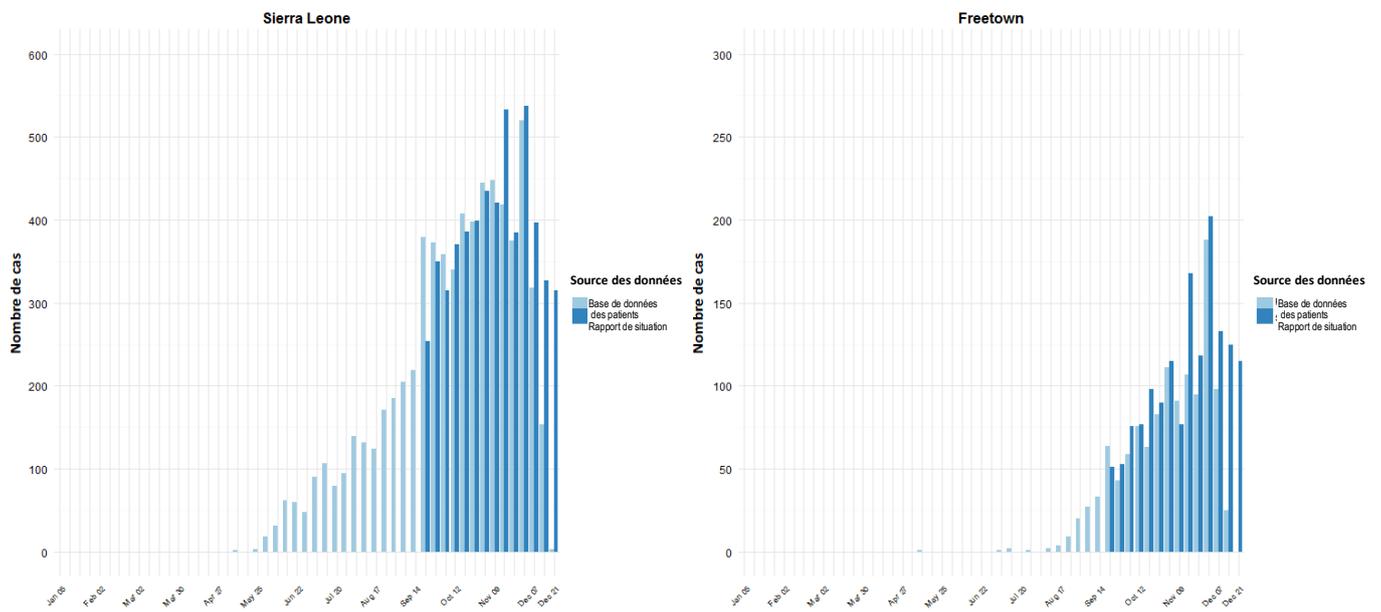
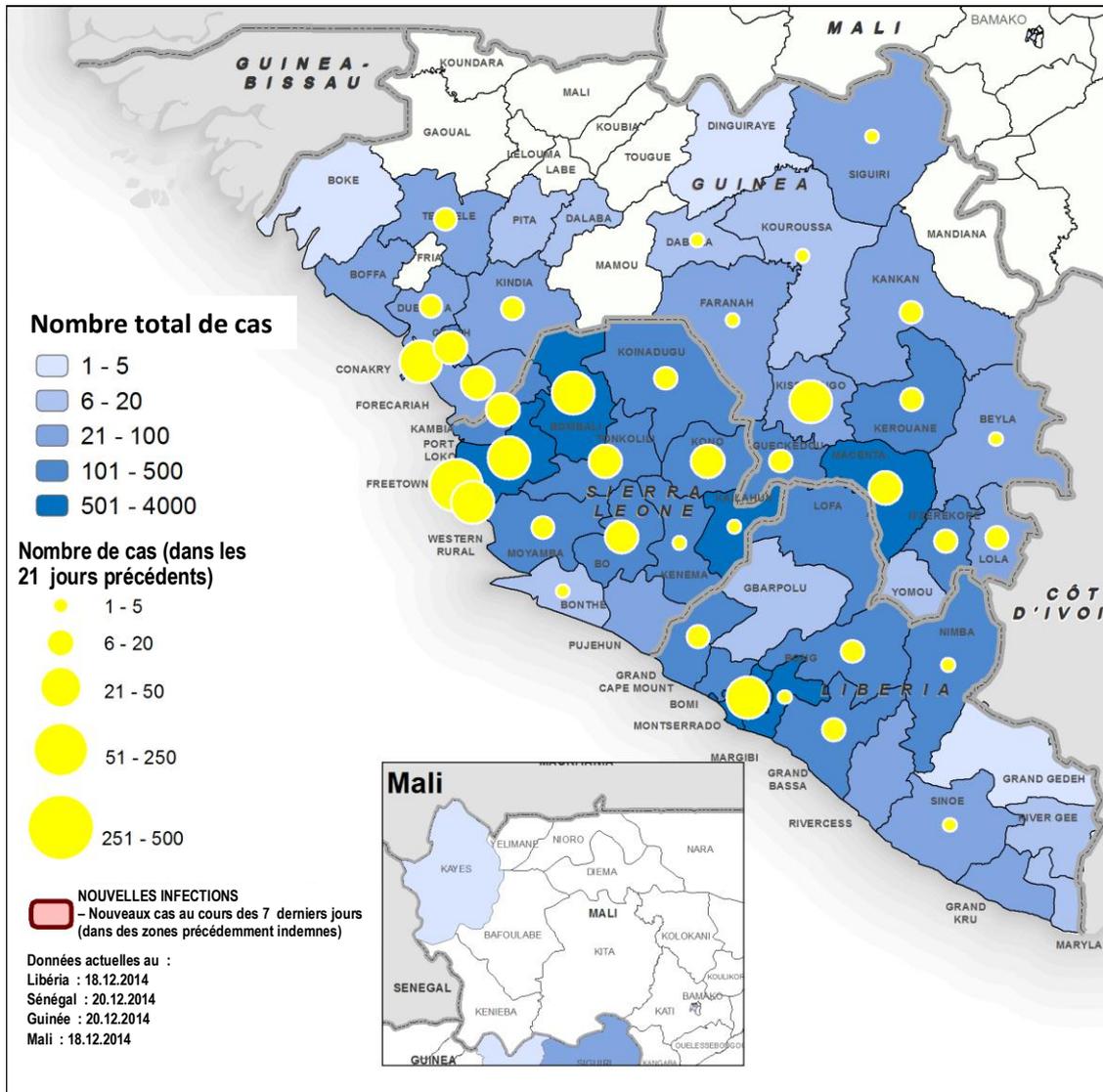


Figure 4 : Distribution géographique des nouveaux cas et total des cas confirmés ou probables* en Guinée, au Libéria, au Mali et en Sierra Leone



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 21 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 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 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 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.

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 21/12/14	100%	100%
% de lits opérationnels dans les centres de traitement Ebola	Au 21/12/14	36 % (250 lits)	695 lits
% de lits opérationnels dans les centres de soins communautaires	Au 21/12/14	0%	328 lits
Capacités d'isolement des patients (nombre de lits par patient notifié)	30/11/14 - 21/12/14	Moyenne : 2,0 lits par patient notifié Plage : de 0 à 42,8 lits par patient notifié	
Taux de létalité (%) parmi les patients hospitalisés	Cumulé (jusqu'au 21/12/14)	58%	
% de contacts enregistrés à suivre qui ont reçu une visite quotidienne	15/12/14 - 21/12/14	96%	
Nombre d'agents de santé nationaux nouvellement infectés	15/12/14 - 21/12/14	 (Coyah – 5, Kankan – 1)	
% d'équipes chargées des inhumations formées et en place	Au 06/12/14	83 % (50 équipes)	60 équipes
% de districts avec liste de chefs religieux ou groupes communautaires qui encouragent les inhumations sans risque et dans la dignité	Au 21/12/14	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 2,0 lits disponibles par cas confirmé ou probable de maladie à virus Ebola notifié ; au Libéria (Tableau 4), ce chiffre s'élève à 9,4 et en Sierra Leone à 3,2 (Tableau 5).

Cependant, ces chiffres masquent une situation plus complexe au niveau des districts. Les capacités pour isoler les patients prennent en compte l'existence des lits dans les centres de traitement Ebola et dans les centres de soins communautaires. Certains districts ne disposent pas de tels centres ; ils n'ont donc aucun moyen d'isoler les patients dans ces structures. Les patients doivent donc se rendre dans d'autres districts pour être isolés et traités. Par exemple, dans le district de Kindia, en Guinée, où 10 nouveaux cas confirmés ont été notifiés la semaine

dernière, il n'existe aucun centre de traitement Ebola ni centre de soins communautaires. Les patients sont susceptibles d'être isolés et traités dans un centre de traitement Ebola situé à Conakry. Inversement, certaines zones dans lesquelles l'incidence des cas est faible disposent de capacités en excès pour isoler les patients. Par exemple, le district guinéen de Guéckédou et le district de Kailahun en Sierra Leone disposent de 42,8 lits et 72 lits par cas notifié, respectivement. Les lits disponibles dans ces districts peuvent être utilisés pour isoler et traiter des patients provenant d'autres districts. Ce constat met en évidence la mauvaise répartition géographique des lits et des cas. Des mesures sont prises dans chaque district pour résoudre ce problème, en fonction de l'évolution de l'épidémiologie ; par exemple, l'ouverture de nouveaux centres de traitement Ebola dans le district rural de la Zone de l'Ouest en Sierra Leone et à Coyah en Guinée.

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, bien que le nombre de lits ait augmenté, le nombre de lits par cas notifié apparaît inférieur à celui de la semaine précédente (2,4). Cela peut être dû à l'augmentation du nombre de cas confirmés ou probables dans le pays. Au Libéria, l'augmentation du nombre de lits par cas notifié peut s'expliquer par la diminution du nombre de cas confirmés ou probables notifiés en moyenne au cours des 21 derniers jours. 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.

Au 21 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. 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. 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.

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 21/12/14	100%	100%
% de lits opérationnels dans les centres de traitement Ebola	Au 15/12/14	53 % (650 lits)	1219 lits
% de lits opérationnels dans les centres de soins communautaires	Au 15/12/14	23 % (98 lits)	428 lits
Capacités d'isolement des patients (nombre de lits par patient notifié)	30/11/14 - 21/12/14	Moyenne : 9,4 lits par patient notifié Plage : non disponible	
Taux de létalité (%) parmi les patients hospitalisés	Cumulé (jusqu'au 21/12/14)	58%	
% de contacts enregistrés à suivre qui ont reçu une visite quotidienne	15/12/14 - 21/12/14	99%	
Nombre d'agents de santé nationaux nouvellement infectés	15/12/14 - 21/12/14	 (Montserrat - 1)	
% 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 21/12/14	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. Au total, 98 lits installés dans les centres de soins communautaires sont opérationnels dans le pays.

En Sierra Leone, 833 lits installés dans les centres de traitement Ebola sont opérationnels. 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 9 dans la province de l'ouest. Ces chiffres reflètent une augmentation des capacités par rapport aux 615 lits recensés la semaine dernière. On compte 291 lits opérationnels installés dans les centres de soins communautaires dans le pays.

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 21/12/14	100%	100%
% de lits opérationnels dans les centres de traitement Ebola	Au 21/12/14	41 % (833 lits)	2020 lits
% de lits opérationnels dans les centres de soins communautaires	Au 19/12/14	24 % (291 lits)	1208 lits
Capacités d'isolement des patients (nombre de lits par patient notifié)	30/11/14 - 21/12/14	Moyenne : 3,2 lits par patient notifié Plage : de 0 à 72 lits par patient notifié	
Taux de létalité (%) parmi les patients hospitalisés	Cumulé (jusqu'au 21/12/14)	60%	
% de contacts enregistrés à suivre qui ont reçu une visite quotidienne	15/12/14 - 21/12/14	96%	
Nombre d'agents de santé nationaux nouvellement infectés	15/12/14 - 21/12/14	(0)	114 équipes
% d'équipes chargées des inhumations formées et mises en place	Au 21/12/14	89 % (102 équipes)	
% de districts avec liste de chefs religieux ou groupes communautaires qui encouragent les inhumations sans risque et dans la dignité	Au 21/12/14	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 58 % en Guinée et au Libéria, et de 60 % en Sierra Leone (Tableaux 3, 4 et 5).

Laboratoires

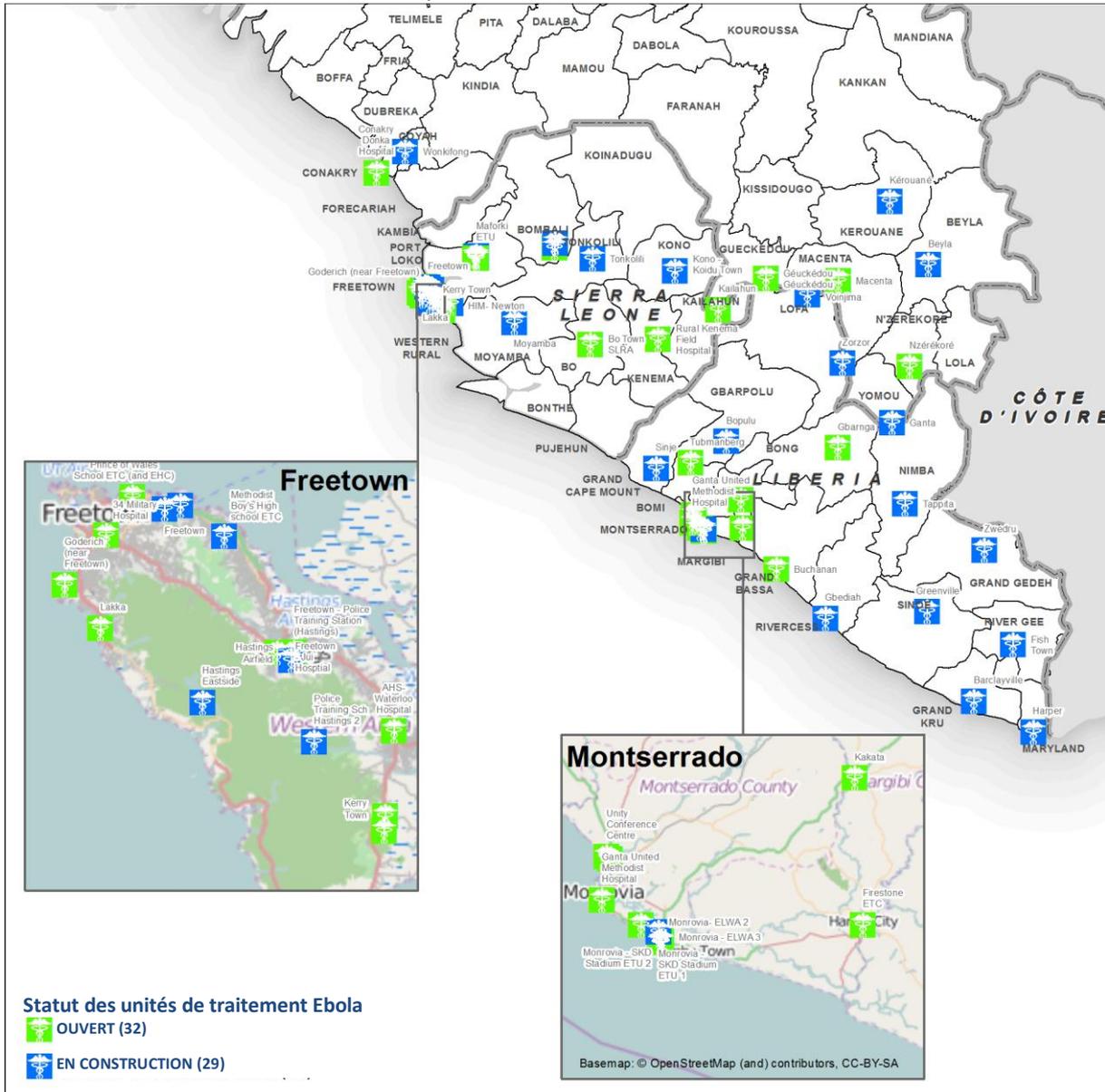
Fournir les moyens pour diagnostiquer rapidement et avec précision les cas de maladie à virus Ebola fait partie intégrante de la riposte à la flambée de maladie. Les 53 districts touchés (ceux qui ont notifié au moins un cas probable ou confirmé) ont tous accès à l'appui des laboratoires (Figure 6). 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 22 décembre, 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. Selon les prévisions, dans les semaines à venir, des laboratoires supplémentaires seront en mesure de confirmer les cas d'Ebola, dont 1 en Guinée, 1 au Libéria et 2 en Sierra Leone.

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 15 au 21 décembre, 96 % des contacts enregistrés ont reçu une visite quotidienne en Guinée, 99 % au Libéria et 96 % en Sierra Leone. Néanmoins, la proportion de contacts vus était moindre dans de nombreux districts (seulement 36 % à Kenema en Sierra Leone), alors qu'elle atteignait 100 % dans d'autres 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, 26 au Libéria et 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.

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.

Agents de santé

Au 21 décembre, en fin de journée, 666 agents de santé avaient été infectés par le virus Ebola, dont 366 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. Sept agents de santé nouvellement infectés ont été signalés du 15 au 21 décembre, 6 en Guinée (dont 5 à Coyah et 1 à Kankan) et 1 à Montserrado au Libéria.

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	139	72
Libéria*	367	177
Sierra Leone	143	110
Total	649	359

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 le 21 décembre.

Inhumations sans risque et dans la dignité

Le nombre d'équipes chargées des inhumations sans risque formées et en place a substantiellement augmenté depuis le début de l'action d'urgence. Il y a 229 équipes chargées des inhumations sans risque formées et en place, dont 50 en Guinée, 77 au Libéria et 102 en Sierra Leone (données au 6 décembre pour la Guinée, au 23 novembre pour le Libéria et au 21 décembre en Sierra Leone). Soixante jours après le début de l'action d'urgence, on comptait 34 équipes en place en Guinée, 56 au Libéria et 50 en 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.

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. 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, même si 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, 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 portent que sur les inhumations réalisées par la FICR et Global Communities.

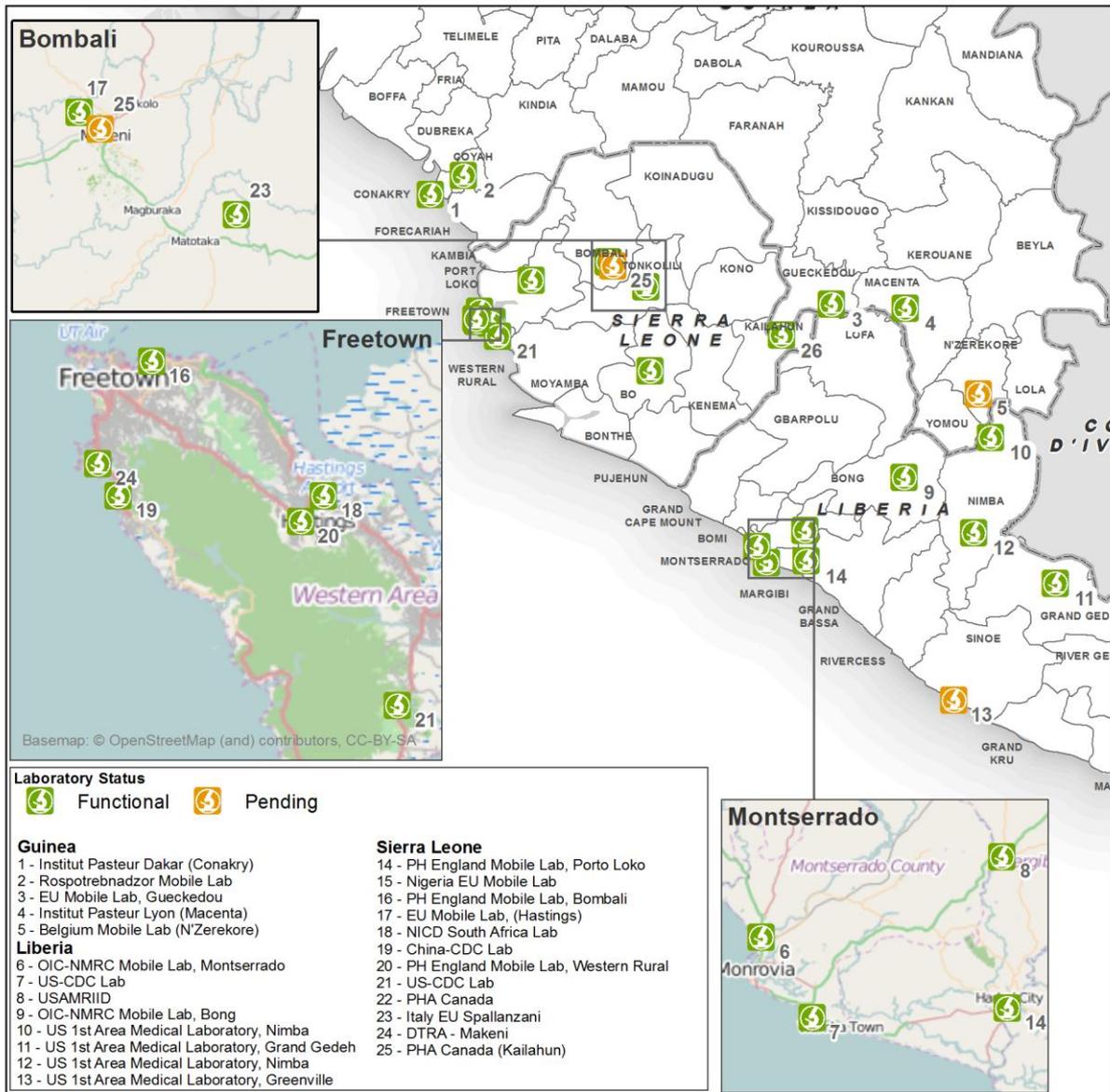
Participation des communautés et mobilisation sociale

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 solliciter rapidement 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, ce qui appuie et contribue à l'efficacité des activités de riposte.

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



La peur, la méconnaissance et les idées fausses qui circulent au sein des communautés 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. Entre le 10 et le 17 décembre, au moins un incident de sécurité ou autre forme de refus de coopérer a été signalé dans 4 % des chefs-lieux, villages ou préfectures en Guinée, 13 % au Libéria et 29 % en Sierra Leone.

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 17 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, 72 % (27 sur 38) des districts détiennent cette liste. Les données ne sont pas disponibles pour le Libéria.

Les équipes œuvrant pour la mobilisation sociale ont été mises en place pour mener 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 17 décembre, les 15 comtés du Libéria surveillaient l'état et la progression des activités de sensibilisation des communautés, 86 % (33 sur 38) des districts en Guinée et 64 % (9 sur 14) des districts en Sierra Leone.

En Guinée, les activités de mobilisation sociale 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 appuyé la mise en place de 1257 comités de surveillance communautaires, dont 107 travaillent activement au sein des communautés. Au total, 2560 comités sont prévus par l'UNICEF et ses partenaires. La résistance des communautés continue à faire obstacle aux actions de riposte dans certaines parties du pays. L'UNICEF et ses partenaires ont réussi à vaincre la résistance dans 47 localités et communautés grâce à une stratégie de mobilisation sociale impliquant des chefs communautaires et religieux, les autorités locales et les leaders d'opinion. Cette stratégie prévoit une communication à travers la radio rurale, la formation et la sensibilisation des chefs religieux aux pratiques d'inhumation sans risque, ainsi que la formation des chauffeurs de minibus et de taxis à la réduction des risques de transmission dans les transports publics. Les efforts se poursuivent pour vaincre la résistance dans les communautés à travers le pays.

Au Libéria, à la suite d'une flambée de 4 cas survenue dans la ville de Polay, dans le comté de Sinoe, l'UNICEF et ses partenaires ont effectué des visites de porte-à-porte, organisé des réunions en mairie et des discussions collectives ciblées dans les villages mis en quarantaine et alentours. La participation communautaire a servi à mettre en lumière l'importance des pratiques de prévention, de la notification rapide et de l'isolement des personnes malades au sein des familles, de l'identification des personnes présentant des symptômes de maladie à virus Ebola, et l'atténuation de la stigmatisation. Nombre de ces villages étaient difficiles à atteindre et ont fait savoir que les équipes de l'UNICEF étaient les premières à venir au village et à fournir des informations sur Ebola. Du 10 au 17 décembre, plus de 8000 foyers ont reçu des informations sur la prévention contre le virus Ebola, dans le cadre d'une campagne de porte-à-porte menée à travers le pays. En outre, plus de 160 réunions et discussions collectives ont permis d'atteindre presque 13 000 femmes, plus de 11 000 hommes et plus de 9000 enfants. Les acteurs de la mobilisation sociale continuent de rencontrer des difficultés pour accéder à certaines communautés en raison des pluies abondantes et du mauvais état des routes. Bien que des poches de résistance persistent dans certains comtés, 675 chefs communautaires et anciens ont pu être atteints entre le 10 et le 17 décembre.

En Sierra Leone, plus de 5000 foyers ont reçu des informations sur la prévention contre le virus Ebola et le traitement des patients au cours de cette même période. Au total, 370 chefs religieux et 65 chefs influents ont participé aux activités de mobilisation sociale dans 8 districts. Dix discussions collectives ciblées ont été menées dans les districts à forte transmission de Bombali et Tonkolili pour favoriser l'adhésion des communautés et leur compréhension des centres de soins communautaires soutenus par l'UNICEF. Si les communautés semblent comprendre la nécessité des centres de soins communautaires, la peur et le déni d'Ebola persistent. Les actions de participation communautaire visaient essentiellement à mieux faire comprendre aux communautés que les centres de soins communautaires sont les lieux les plus sûrs dans lesquels envoyer les membres de la famille présentant des symptômes évoquant Ebola. Health for All Coalition, le partenaire de l'UNICEF dans le pays, a dispensé une formation dans le cadre d'un projet « hotspot busters » dans les districts rural et urbain de la Zone de l'Ouest où la transmission de la maladie à virus Ebola est la plus intense du pays. Au total, 40 personnes dans le district rural de la Zone de l'Ouest et 98 dans le district urbain de la Zone de l'Ouest ont été formées aux activités de mobilisation sociale. Elles ont été déployées dans 35 zones de transmission intense pour sensibiliser les communautés aux inhumations sans risque et à l'isolement précoce des personnes présentant des symptômes.

Budget

Au 22 décembre, l'OMS avait reçu US \$212,3 millions ; US \$17,9 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. 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 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 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	18

Les données se fondent sur les informations officielles communiquées par le Ministère 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 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 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 techniques de groupes de travail, 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. 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.

Lorsque le Mali a notifié son premier cas d'Ebola en octobre dernier, une équipe de préparation se trouvait dans le pays ; celle-ci a ensuite été adaptée pour devenir une équipe d'intervention rapide. Depuis lors, le pays a mis en place un coordonnateur national pour Ebola et un système de gestion des incidents, a amélioré sa coordination transfrontalière avec la Guinée pour réduire le risque d'importation de cas, a installé un centre de traitement Ebola à Bamako, et a accéléré la mise en œuvre de la surveillance et du suivi des contacts, de la prévention et de la lutte contre l'infection, de la logistique et de la mobilisation communautaire dans 4 régions prioritaires.

Depuis la visite d'une équipe de préparation au Bénin, le pays a créé un centre de traitement Ebola à Cotonou avec le soutien de l'Allemagne. Le pays a également utilisé ses actions de riposte à une flambée à Lassa, dans le Tanguiéta, pour renforcer ses capacités de riposte nationales et régionales contre Ebola. Ces capacités comprennent le déploiement d'équipes d'intervention rapide nationales et régionales, la décision de créer un autre centre de traitement Ebola pour la région d'Atacora, l'établissement de modes opératoires normalisés pour la détection des cas, la recherche des contacts et l'isolement des cas, la formation à la prévention et à la lutte contre l'infection, la gestion des données et la recherche des contacts, et enfin des activités de mobilisation sociale à travers le Bénin.

Au Burkina Faso, 2 équipes nationales et 13 équipes régionales d'intervention rapide ont été formées. Au total, 240 volontaires de la Croix-Rouge ont été formés et un centre de traitement Ebola a été finalisé à Ouagadougou. Un autre centre est en construction à Bobo-Dioulasso.

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 Ebola³, 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

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 fixée comme priorités stratégiques d'enrayer la propagation de la flambée, de traiter les patients infectés, d'assurer les services essentiels, de préserver la stabilité et d'éviter la propagation de la maladie aux pays actuellement indemnes de maladie à virus Ebola. Les indicateurs utilisés pour suivre la riposte sont calculés sur la base des numérateurs et des dénominateurs suivants :

Indicateur	Numérateur	Source du numérateur	Dénominateur	Source du dénominateur
% de districts avec services de laboratoire accessibles dans les 24 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

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

Indicateur	Numérateur	Source du numérateur	Dénominateur	Source du dénominateur
% 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. 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