Organisation mondiale de la Santé

CONSEIL EXÉCUTIF **EBSS/3/INF./5**
Session extraordinaire sur Ebola
Point 3 de l'ordre du jour provisoire

CONSEIL EXÉCUTIF **EB136/INF./8**
Cent trente-sixième session **20 janvier 2015**
Point 9.4 de l'ordre du jour provisoire

Situation de la maladie à virus Ebola fin 2014 : « Objectif zéro »

Session extraordinaire du Conseil exécutif sur l'épidémie d'Ebola

Définition : cette flambée de maladie à virus Ebola sera considérée comme terminée 42 jours après le deuxième test négatif pour le dernier cas.

Contexte : compte tenu du caractère inédit de cette flambée, avec plus de 20 000 cas et une transmission notifiée par 9 pays sur 3 continents, les Nations Unies ont lancé le plan STEPP[1] et créé le 18 septembre 2014 la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE). La stratégie[2] du plan STEPP prévoyait de procéder par étapes[3] dans les zones de transmission plus intense, en commençant par renforcer rapidement les établissements de traitement, les capacités d'inhumation et l'action en faveur du changement de comportements, le but étant d'endiguer rapidement l'augmentation exponentielle des nouveaux cas, et en constituant parallèlement des moyens plus rigoureux de dépistage des cas et de recherche des contacts en vue d'interrompre les chaînes de transmission résiduelles.

Progrès accomplis : sous la direction des gouvernements nationaux, un plan opérationnel global a été élaboré, des centres opérationnels d'urgence ont été créés, un pont aérien a été mis en place et les efforts de communication ont été massivement renforcés. Le nombre de lits pour le traitement d'Ebola et d'équipes de fossoyeurs a plus que doublé. Fin 2014, la croissance exponentielle du nombre de cas a été interrompue, même si les progrès ont été très inégaux. Dans les pays connaissant des importations, les mesures de lutte anti-Ebola d'urgence ont permis d'interrompre les flambées, mais la préparation est restée insuffisante dans certains pays.

---

[1] Ebola Virus Disease Outbreak: overview of needs and requirements, Nations Unies, septembre 2014.

[2] Feuille de route pour la riposte au virus Ebola, Organisation mondiale de la Santé, 28 août 2014.

[3] La phase 1 consistait à renforcer rapidement les capacités et les infrastructures dans le but de ralentir la transmission ; la phase 2 met l'accent sur la pleine utilisation de ces capacités pour interrompre la transmission restante.

Prochaines étapes : sur la base des progrès accomplis et des leçons tirées, en particulier concernant le rôle central des communautés, et compte tenu de la promesse offerte par les nouveaux vaccins et produits de diagnostic, les aspects opérationnels de la riposte sont actuellement revus sous la direction des gouvernements nationaux. Les principales modifications sont présentées ci-dessous.

Principaux nouveaux domaines prioritaires

i) *Des plans d'action d'urgence et une présence intégrés et adaptés aux districts :* les plans sont en train d'être adaptés au contexte local, à l'intensité de la transmission (nulle, modérée/faible, forte) et aux capacités de mise en œuvre des quatre ensembles d'interventions.[1] Il faut pour cela que des centres opérationnels d'urgence fonctionnent dans tous les districts, comtés et préfectures, que les équipes sanitaires locales jouent un rôle de chef de file, que suffisamment de personnel soit disponible et que l'on renforce les moyens logistiques (transports, communication, connectivité) dans toutes les zones touchées.

ii) *Surveillance active et capacités épidémiologiques sur le terrain :* il faut fortement renforcer les déploiements de personnel national et d'experts techniques internationaux pour la supervision, l'épidémiologie analytique et les enquêtes sur les cas. Les systèmes d'information permettant de gérer et de mettre en rapport l'ensemble des données épidémiologiques et de laboratoire seront renforcés, la performance globale étant évaluée par la proportion de nouveaux cas confirmés pouvant être mise en relation avec une liste de contacts.

iii) *Anthropologie et prise en main par la communauté :* les personnes les plus influentes au niveau local – responsables politiques, tribaux et religieux, femmes, jeunes – devront être recensées et pleinement associées aux efforts afin que les communautés prennent réellement les choses en main et modifient leurs comportements, en vue d'optimiser l'utilisation des nouvelles capacités de riposte. À cette fin, on recourra plus fréquemment aux services des anthropologues. Des aspects essentiels tels que la « résistance » des communautés et les incidents de sécurité feront l'objet d'un suivi hebdomadaire.

iv) *Capacité d'action rapide :* dans les zones récemment infectées, il faudra rapidement mobiliser les chefs de communauté et mener les activités d'isolement des cas, d'inhumation et de recherche des contacts. Des protocoles spécifiques sont mis en place à cette fin, et des ressources humaines et matérielles sont prépositionnées aux niveaux national et infranational.

v) *Vaccins anti-Ebola :* deux vaccins font l'objet d'essais cliniques dont les résultats préliminaires pour l'innocuité et l'immunogénicité seront connus d'ici fin janvier 2015. Les essais menés au premier trimestre 2015 auront pour but de confirmer les dosages, l'immunogénicité et l'innocuité (dans plusieurs pays africains) et d'évaluer l'efficacité (en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone). En fonction de ces résultats et des quantités disponibles, les vaccins seront introduits en plusieurs phases pour les intervenants, les agents de santé, les contacts à haut risque et les campagnes d'endiguement et/ou de masse. Les vaccins ont vocation à compléter l'approche existante et non à la remplacer.

[1] Mobilisation de la communauté, dépistage des cas et recherche des contacts, prise en charge des cas, inhumation des défunts en toute sécurité et dans la dignité.

vi) *Nouveaux produits de diagnostic :* les tests candidats (des tests rapides de PCR en temps réel automatisés) pourraient permettre de simplifier le dépistage dans les laboratoires existants et de décentraliser davantage cette activité, qui pourrait notamment être menée dans des établissements de santé ordinaires. De nouveaux immunoessais sont en cours d'évaluation et pourraient servir de mécanismes rapides pour les tests pratiqués sur les corps, l'identification et la prise en charge des patients les plus contagieux dans les centres de transit et les centres de soins communautaires, et le triage des patients dans les établissements de santé ordinaires.

vii) *Relance en toute sécurité des services de santé et des autres services essentiels :* on redoublera d'efforts pour élargir l'accès aux services de santé essentiels, en toute sécurité, moyennant le triage des patients, les protocoles de prise en charge des cas d'Ebola suspects, la diffusion d'orientations appropriées sur la lutte contre l'infection et la prévention (en particulier pour les procédures invasives), des mécanismes d'orientation fiables, et une bonne rémunération du personnel. On veillera également à ce que les écoles et les autres services puissent rouvrir en toute sécurité.

Principaux domaines demeurant prioritaires :

i) *Gestion, analyse et utilisation de l'information :* on s'attachera à combler les lacunes dans la collecte, l'analyse et le partage des informations fondamentales sur les cas, les résultats de laboratoire, les contacts et le suivi de la riposte pour renforcer la compréhension des moteurs de la transmission dans chaque zone et pour orienter la riposte locale. Chaque organisation chef de file[1] sera habilitée à réunir les informations pertinentes et à diriger les efforts visant à mettre en œuvre les outils standardisés pour son processus de collecte et de partage des données.

ii) *Optimisation des capacités de prise en charge des cas, de laboratoire et d'inhumation :* les 64 centres de traitement d'Ebola (CTE) planifiés[2] doivent être achevés et leur taille doit être ajustée pour garantir la couverture géographique, assurer une utilisation optimale et améliorer la surveillance. Les centres de soins communautaires continueront d'être des auxiliaires importants. L'évaluation des protocoles de triage et de traitement se poursuivra à mesure que de nouvelles informations seront disponibles. La rapidité d'obtention des résultats de laboratoire sera surveillée attentivement et améliorée. Les capacités d'inhumation sans risque seront davantage alignées sur la charge de morbidité.

iii) *Coordination et communications transfrontalières :* afin de réduire le nombre de cas importés et d'y riposter, les initiatives prises récemment seront renforcées pour développer les échanges d'informations transfrontaliers et les activités de riposte dans les 3 principaux pays touchés, ainsi qu'au Mali, au Sénégal, en Côte d'Ivoire et en Guinée-Bissau. L'amélioration de la recherche des contacts est également l'occasion de renforcer l'efficacité des contrôles à la sortie des pays pour réduire davantage l'exportation de nouveaux cas.

[1] Les organisations chefs de file pour chaque domaine d'action sont l'OMS pour la prise en charge des cas, le dépistage des cas et la recherche des contacts, l'UNICEF pour la mobilisation sociale et la FICR pour l'inhumation des défunts en toute sécurité et dans la dignité. Dans chaque pays, d'autres partenaires jouent des rôles essentiels de coordination.

[2] Au 31 décembre 2014. Ce chiffre continuera d'être ajusté en fonction de l'évolution des plans et des besoins nationaux.

iv) *Infections du personnel soignant :* les agents de santé ont une probabilité 25 fois plus élevée de contracter l'infection que le reste de la population. Les efforts pour former, équiper et approvisionner les agents de santé en matière de lutte contre l'infection et de prévention vont augmenter sensiblement, en particulier au niveau des établissements privés, des pharmacies et des tradipraticiens, où le risque de transmission semble le plus élevé.

v) *Préparation dans les zones frontalières :* avec le nombre croissant de préfectures infectées en Guinée, le risque d'exportations augmente. Bien que les missions d'évaluation de la préparation aient observé des lacunes dans la plupart des pays, les zones adjacentes aux frontières terrestres courent un risque particulier et seront ciblées en priorité par l'aide internationale. La mise en place d'une surveillance active dans les zones frontalières du Mali, du Sénégal, de la Guinée-Bissau et de la Côte d'Ivoire est à cet égard particulièrement prioritaire.

Répercussions au niveau des ressources : les effectifs du personnel ayant des compétences en surveillance, épidémiologie, lutte contre l'infection, prévention et engagement communautaire vont être sensiblement renforcés, en particulier au niveau infranational. Des processus sont développés pour trouver, former et déployer ces personnels et garantir que les agents nationaux touchent leurs rémunérations en temps voulu. L'extension de la présence au niveau infranational, des opérations dans les zones frontalières, des centres d'opérations au niveau infranational, ainsi que des nouveaux vaccins et tests diagnostiques aura des implications budgétaires. Ces coûts s'ajouteront au budget existant et les estimations seront affinées d'ici fin janvier 2015.

Lien avec le redressement précoce : ces nouveaux investissements s'appuient sur ceux qui existent déjà pour contribuer au programme de redressement précoce. L'accent mis sur les capacités infranationales, la surveillance, l'autonomisation des communautés, l'épidémiologie sur le terrain, les services de santé essentiels, la lutte contre l'infection et la prévention ainsi que sur la gestion de l'information établira des capacités nationales susceptibles de s'appliquer directement à l'ensemble des services de santé et à la gestion de futures situations d'urgence sanitaire, y compris au moyen d'un système intégré et opérationnel de surveillance des maladies. Lorsque la transmission sera interrompue, d'autres moyens humains et capacités matérielles de riposte seront redéployés pour le redressement des pays.

= = =