Organisation mondiale de la Santé

CONSEIL EXÉCUTIF **EBSS/3/2**
Session extraordinaire sur Ebola
Point 3 de l'ordre du jour provisoire

CONSEIL EXÉCUTIF **EB136/26**
Cent trente-sixième session **9 janvier 2015**
Point 9.4 de l'ordre du jour provisoire

Situation et difficultés actuelles – comment enrayer l'épidémie – préparation dans les pays et les Régions non touchés

Rapport du Secrétariat

1. La flambée de maladie à virus Ebola survenue en 2014 est la plus importante et la plus complexe de l'histoire. En effet, un nombre sans précédent de pays a été touché et on a enregistré des milliers de cas et de décès.[1] L'étendue et l'intensité de la transmission ont des conséquences désastreuses pour les familles et les communautés, elles compromettent le fonctionnement des services publics et de santé essentiels, affaiblissent l'économie et isolent les populations touchées. L'épidémie, qui a eu un fort impact sur la stabilité socio-économique de la Région, constitue une menace pour la sécurité sanitaire mondiale en raison de la facilité de voyager à l'étranger et de la fluidité des mouvements de population. En outre, la flambée a mis à rude épreuve les capacités nationales et internationales de riposte, y compris les structures, les systèmes et les capacités dont dispose l'OMS pour faire face aux flambées et aux situations d'urgence.

2. Ce document replace la flambée dans son contexte et fait le bilan de la propagation du virus, de la riposte aux niveaux national et mondial, des travaux de la préparation, de la recherche-développement et de la mise en place de systèmes de santé résilients dans les pays touchés. En conclusion, il présente une vue d'ensemble de la stratégie tendant à mettre un terme à la flambée.

CONTEXTE DE L'ÉPIDÉMIE DE MALADIE À VIRUS EBOLA EN AFRIQUE DE L'OUEST

3. Les premiers cas de la maladie à virus Ebola, qui devait prendre les proportions d'une flambée en Afrique de l'Ouest, ont été diagnostiqués fin mars 2014 en Guinée. Le virus circulait alors depuis trois mois au moins sans avoir été détecté et s'était propagé à deux pays voisins, le Libéria et la Sierra Leone. On pense que le cas indicateur s'est déclaré en décembre 2013 dans la préfecture de Guéckédou. Ces trois pays étaient dans une situation économique difficile après plusieurs années de

[1] Rapports de situation : http://www.who.int/csr/disease/ebola/situation-reports/fr/.

guerre civile et de troubles et, malgré des efforts acharnés, leur système de santé restait fragile, notamment en ce qui concerne les moyens de surveillance et de laboratoire. Plusieurs familles et communautés entretenant des liens étroits et habitant près de frontières poreuses se déplaçaient facilement et régulièrement entre les pays. L'exploitation forestière et minière au cours des décennies passées avait modifié l'écologie de zones densément boisées. Les chauves-souris frugivores, dont on pense qu'elles sont le réservoir naturel du virus, se sont rapprochées des lieux habités par l'homme. Dans l'ensemble, cette situation était favorable à la propagation du virus Ebola.

4. Comme la Guinée, le Libéria[1] ou la Sierra Leone n'avaient jamais encore été touchés par une flambée de maladie à virus Ebola, les agents de santé ont initialement pensé que les patients étaient atteints de maladies mieux connues ou plus prévalentes, comme le choléra ou la fièvre de Lassa. Lorsque la maladie à virus Ebola a été diagnostiquée et la communauté internationale a été informée, le virus s'était largement propagé dans les zones rurales isolées comme dans les villes, dont Conakry, par le biais de plusieurs chaînes de transmission. L'étendue de la propagation à travers les pays a rendu les mesures de lutte classiques moins efficaces. Les pratiques culturelles et les comportements habituels, y compris les coutumes funéraires, ont également contribué à la persistance et à l'intensité de la transmission du virus.

5. En juillet, le virus Ebola a été importé au Nigéria pour la première fois par avion. Les cas importés par la suite en Espagne, aux États-Unis d'Amérique, au Mali, au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et au Sénégal[2] ont renforcé le caractère mondial de cette flambée, devenue une menace pour la sécurité sanitaire mondiale.

RIPOSTE

Extension des efforts de riposte

6. Dès la mi-juin 2014, l'évolution de la transmission de la maladie montrait clairement que cette flambée serait plus difficile à combattre que les précédentes. Grâce à la participation et au leadership des Présidents de la Guinée, du Libéria et de la Sierra Leone et après une réunion d'urgence des ministres de la santé de 11 pays africains, un centre sous-régional de coordination de la riposte a été ouvert à Conakry (Guinée) en juillet. Fin août 2014, malgré les efforts déployés par les gouvernements nationaux et les partenaires internationaux, le nombre de cas dans les pays les plus touchés augmentait à un rythme qui dépassait de loin les moyens prévus dans le cadre des mesures de lutte habituelles, à savoir : i) le recensement des cas et la recherche des contacts ; ii) la prise en main de la situation par les communautés ; iii) la prise en charge des cas ; et iv) l'inhumation des défunts en toute sécurité et dans la dignité. Cependant, compte tenu de l'ampleur, de l'étendue géographique et de la complexité de la flambée, les possibilités d'étendre ces interventions étaient limitées. De nombreuses difficultés étaient liées à des facteurs essentiels tels que les moyens logistiques ; les transports aériens ; la rémunération et la formation du personnel national ; la mobilisation de compétences au niveau international ; la prise en charge médicale et la sécurité des agents de santé ; la disponibilité

[1] Un cas isolé de maladie à virus Ebola, sans transmission secondaire, a été décrit à Plibo (Libéria) en décembre 1995.

[2] Le 24 août 2014, la République démocratique du Congo a notifié à l'OMS une flambée de maladie à virus Ebola dans le comté de Jeera (province de l'Équateur). Cette flambée n'avait pas de lien avec celle qui touche l'Afrique de l'Ouest. La fin de la flambée a été déclarée le 20 novembre 2014, 42 jours après le deuxième test négatif pour le dernier cas.

d'établissements pour isoler, soigner et traiter les patients et de fournitures essentielles ; et l'application d'approches communautaires pour freiner la propagation de la maladie à virus Ebola.

7. Pour aider les gouvernements et les partenaires à réviser, financer et mettre en œuvre des plans opérationnels de riposte pour chaque pays, l'OMS a publié le 28 août 2014 une « feuille de route pour la riposte au virus Ebola ». Afin d'organiser le soutien international aux efforts plus larges, nécessaires pour lutter contre la maladie à virus Ebola au niveau national et assurer la continuité des services essentiels, l'Organisation des Nations Unies a présenté le plan STEPP,[1] qui intègre la feuille de route de l'OMS, et, le 18 septembre 2014, la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE)[2] a été créée pour faciliter la mise en œuvre de ce plan. En raison de l'ampleur et de l'étendue sans précédent de la flambée, ce plan est basé sur l'hypothèse d'une application progressive, la première phase étant principalement destinée à ralentir le plus vite possible l'augmentation exponentielle du nombre de cas, en mettant l'accent sur la construction en urgence d'établissements de traitement, l'organisation d'inhumations en toute sécurité et dans la dignité et la promotion de changements de comportement afin de réduire rapidement l'intensité de la transmission. Dès sa création, la MINUAUCE s'est fixé comme objectifs pour le 1er décembre 2014 que 70 % des cas soient isolés et 70 % des inhumations aient lieu en toute sécurité et dans la dignité.

8. Les États Membres jouent un rôle crucial pour le soutien de la riposte dans les pays touchés. Ils fournissent un appui financier essentiel, des équipements de protection individuelle, des moyens de laboratoire, des centres de traitement et, ce qui est peut-être plus important, du personnel. Les agents de santé locaux et internationaux se consacrent sans relâche aux patients atteints de la maladie à virus Ebola et les communautés locales s'organisent pour changer les comportements en vue de ralentir la progression de la maladie et de gérer les conséquences. Le soutien international de la riposte a également eu un grand impact. Les travaux de mise en œuvre sont menés à bien par des institutions spécialisées, des fonds et des programmes des Nations Unies, dont le Programme alimentaire mondial, l'UNICEF et le Fonds des Nations Unies pour la population. Des organismes nationaux, dont les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique, ont fourni des moyens techniques énormes, et la mise à disposition d'importants moyens militaires par le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et par les États-Unis d'Amérique a profondément modifié le cours et la logistique des opérations. L'Union africaine et la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest se sont immédiatement engagées à envoyer des cliniciens et des experts de la santé publique dans les pays touchés. Les partenaires membres du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie ont dépêché rapidement des experts pour soutenir la riposte sur le terrain. Des organisations non gouvernementales (ONG) et des organisations humanitaires nationales et internationales gèrent les centres de traitement et luttent contre la maladie à virus Ebola en première ligne. La Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge a formé et envoyé des centaines d'équipes pour procéder à des inhumations en toute sécurité et dans la dignité. Médecins sans frontières assure le fonctionnement de centres de traitement dans les trois pays. De nombreuses autres ONG apportent un soutien dans des domaines essentiels (systèmes de communication, cartographie, construction ...). L'Organisation internationale pour les migrations gère des centres de traitement et participe à d'importants efforts de lutte transfrontières dans la Région.

---

[1] Stop the outbreak; Treat the infected; Ensure essential services; Preserve stability; and Prevent outbreaks in countries currently unaffected. Voir *Ebola Virus Disease Outbreak: Overview of needs and requirement*, disponible à l'adresse https://docs.unocha.org/sites/dms/cap/ebola_outbreak_sep_2014.pdf.

[2] Statement by the Secretary-General on the establishment of the United Nations Mission for Ebola Emergency Response (UNMEER), disponible à l'adresse http://www.un.org/sg/statements/index.asp?nid=8006.

9. Fin décembre 2014, grâce aux efforts concertés des gouvernements nationaux et de leurs partenaires, un plan opérationnel global de riposte a été mis au point, les centres opérationnels nationaux d'urgence ont permis de renforcer la coordination dans chaque pays, un pont aérien fiable a été mis en place entre les pays touchés et à l'intérieur de chacun de ces pays, d'importants efforts de communication publique ont été déployés et le nombre de lits de traitement et d'équipes de fossoyeurs disponibles dans la Région a plus que doublé. Le nombre de cas a cessé d'augmenter de façon exponentielle et, dans certaines zones, la transmission a également cessé lorsque les conditions suivantes étaient réunies : grand nombre de personnes traitées et d'inhumations réalisées en toute sécurité et recherche intensive des cas et des contacts. Dans la plupart des régions des trois pays, les mesures de lutte contre la maladie à virus Ebola étaient bien connues. Cependant, cela ne se traduit pas toujours par un changement de comportement. En outre, bien que la Région dispose maintenant d'assez de moyens pour traiter les malades et inhumer en toute sécurité les personnes décédées, ces moyens seront pleinement utilisés seulement si, au-delà de la prise de conscience par les communautés, les populations prennent en main le programme. Il est également évident que pour éliminer la maladie à virus Ebola dans les trois pays d'Afrique de l'Ouest les plus touchés, il faudra associer les activités et les capacités de la première phase avec le recensement des cas, le suivi des contacts et la prise en main de la situation par les communautés, en adaptant la riposte à l'épidémiologie dans chaque zone géographique.

Activités de préparation[1]

10. Il est urgent que les pays non touchés par la maladie à virus Ebola soient opérationnellement prêts à une introduction éventuelle du virus afin de pouvoir prendre rapidement des mesures décisives et sûres pour empêcher la propagation de la maladie. Toutes les Régions ont créé des groupes spéciaux régionaux, ont élaboré des plans de riposte régionaux et ont informé régulièrement les ministères de la santé concernés. D'importants efforts ont été déployés dans toutes les Régions de l'OMS pour renforcer la préparation face à la maladie à virus Ebola et ont conduit des enquêtes en ligne pour évaluer les capacités des pays à faire face à la maladie. Les bureaux régionaux de l'OMS disposent également de plans de riposte et ont mis, ou vont mettre, en place des centres opérationnels d'urgence et des équipes d'intervention rapide. Des stocks d'équipements de protection individuelle sont prépositionnés pour répondre aux besoins immédiats des pays qui détectent des cas de maladie à virus Ebola.

11. Des équipes internationales de soutien au renforcement de la préparation face à la maladie à virus Ebola, composées d'experts de la MINUAUCE, de l'OMS et de partenaires internationaux, ont mené à bien des missions d'évaluations dans 14 pays d'Afrique prioritaires. Dans tous les cas, on a observé que ces pays avaient besoin d'un soutien considérable pour atteindre des niveaux suffisants de préparation pour la plupart, sinon l'ensemble, des 11 composantes mesurées. Dans 71 autres pays, un soutien pour améliorer la préparation a été fourni.

[1] Voir le document EBSS/3/INF./3 (EB136/INF./6) pour plus d'informations sur les activités de préparation face à la maladie à virus Ebola, ainsi que les progrès accomplis et les difficultés rencontrées dans le renforcement des capacités d'alerte et d'action des États Membres.

Règlement sanitaire international[1]

12. Le 8 août 2014, le Directeur général a déclaré que la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest constituait une urgence de santé publique de portée internationale. Conformément aux dispositions prévues par le RSI en matière de notification, et par d'autres moyens, les États Membres ont depuis signalé des centaines de rumeurs de cas éventuels de maladie à virus Ebola. Chacune de ces rumeurs a dû être vérifiée pour être confirmée ou écartée, ce qui a demandé beaucoup de ressources financières, techniques et humaines alors que celles-ci étaient déjà limitées.

13. Le Comité d'urgence sur la flambée de maladie à virus Ebola s'est réuni trois fois, en août, septembre et octobre, et, à chaque occasion, le Directeur général a approuvé et publié des recommandations temporaires, qui prévoient notamment le dépistage à la sortie pour les voyageurs quittant les pays touchés, sans modification des procédures de voyage dans les pays non touchés. Les recommandations temporaires indiquent, en particulier, que les voyages internationaux ou le commerce international ne devraient pas être interdits, sauf pour les personnes atteintes de la maladie à virus Ebola et leurs contacts. Cependant, certains États Membres qui ne sont pas touchés par la maladie à virus Ebola ont pris des mesures sanitaires supplémentaires, y compris une restriction des voyages.

14. Afin de favoriser l'application des recommandations, l'OMS a été régulièrement en contact avec les États Membres et a collaboré étroitement avec les partenaires concernés. En particulier, les dirigeants de l'OMS, de l'Organisation de l'aviation civile internationale (OACI), de l'Organisation mondiale du tourisme (OMT), du Conseil international des aéroports (ACI), de l'Association du transport aérien international (IATA) et du World Travel and Tourism Council (WTTC) ont décidé de créer un groupe spécial sur les voyages et les transports chargé de suivre la situation et fournir en temps utile des informations au secteur des voyages et du tourisme ainsi qu'aux voyageurs. D'autres organismes, dont l'Organisation maritime internationale (OMI), se sont ensuite ralliés à cette initiative, étendant ainsi le champ d'action du groupe spécial au transport maritime et au commerce.

Recherche-développement[2]

15. Face à l'aggravation de la flambée et sur la base d'avis d'experts indépendants, des dernières données disponibles et d'un contrôle éthique, les spécialistes de la recherche-développement ont appliqué des programmes de travail d'urgence pour accélérer la mise au point de vaccins, de thérapies et d'outils diagnostiques potentiels visant à combattre la maladie à virus Ebola. Grâce à cela, plusieurs produits, dont deux vaccins candidats, deux antiviraux et du sang total et du plasma de personnes ayant guéri de la maladie ont été étudiés en priorité. En outre, les États Membres, les partenaires et l'OMS travaillent sur des procédures d'urgence en vue d'évaluer des outils de diagnostic adaptés et d'en accélérer la mise au point, et procèdent à des examens conjoints des protocoles d'essai clinique.

---

[1] Voir le document EBSS/3/INF./4 (EB136/INF./7) pour plus d'informations sur l'application du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest.

[2] Voir le document EBSS/3/INF./1 (EB136/INF./4) pour plus d'informations sur la situation concernant certains vaccins, médicaments et autres traitements et outils, et sur les progrès accomplis et les difficultés rencontrées s'agissant de la disponibilité des fournitures, du financement et de la responsabilité.

16. Les essais cliniques de phase 3 destinés à évaluer l'efficacité des principaux vaccins candidats doivent débuter en janvier et février dans les trois pays les plus touchés. En outre, les essais cliniques de phase 2 du vaccin ChAd3-ZEBOV doivent débuter au Cameroun, au Ghana, au Mali, au Nigéria et au Sénégal fin janvier 2015. Des essais cliniques doivent débuter en janvier 2015 pour deux autres vaccins candidats, et l'évaluation clinique d'autres vaccins est prévue plus tard dans l'année. Pour tenter de régler les questions relatives à l'accès, Gavi, l'Alliance du vaccin, s'est engagée à hauteur de US $300 millions pour l'achat de vaccins contre la maladie à virus Ebola et la vaccination des populations à risque dans les pays touchés. US $90 millions supplémentaires pourraient être utilisés pour aider les pays à introduire les vaccins, reconstruire les systèmes de santé ravagés et remettre sur pied les services de vaccination dans les pays touchés.

Mise en place de systèmes résilients dans les pays touchés par la maladie à virus Ebola[1]

17. Au début de la flambée, les capacités des systèmes de santé dans les pays touchés, même si elles s'amélioraient pour certaines fonctions, étaient encore limitées. Plusieurs fonctions du système de santé, considérées comme essentielles, exigeaient des investissements considérables, y compris pour les infrastructures, la logistique, l'information sanitaire et la gouvernance. Les agents de santé qualifiés étaient peu nombreux et les conditions de travail étaient mauvaises. Les dépenses de santé des pouvoirs publics, bien qu'en augmentation, restaient faibles alors que les dépenses privées – principalement sous la forme de paiement direct des services de santé – étaient relativement élevées. En particulier, les capacités de surveillance et de riposte étaient insuffisantes, ce qui a empêché l'échange d'informations et la définition d'une riposte adaptée et rapide à la flambée.

18. Il est maintenant admis que le relèvement des systèmes de santé doit commencer immédiatement, moyennant la mise en place de systèmes de santé résilients basés sur la prise en main et le leadership des pays, ce qui exigera l'engagement à long terme de tous les acteurs concernés. Il est absolument essentiel d'intégrer l'ensemble des services de santé et d'accroître les capacités de prévention, de détection et de riposte. Les enseignements tirés pendant la riposte actuelle seront utilisés et la surveillance sera mieux intégrée dans les systèmes de santé à tous les niveaux. La redevabilité des gouvernements et des partenaires et la coordination des donateurs pour assurer un relèvement pérenne sont essentielles pour que ces pays s'acheminent vers la couverture sanitaire universelle.

ACTION À LONG TERME[2,3]

19. Bien que l'on ait enregistré quelques succès remarquables depuis la création de la MINUAUCE il y a quatre mois, les chiffres donnent à réfléchir : plus de 20 000 cas confirmés, probables ou suspects de maladie à virus Ebola, dont plus de 7000 mortels, ont été notifiés. La flambée en Afrique de l'Ouest sera considérée comme terminée seulement 42 jours après le deuxième test négatif pour le dernier cas.

---

[1] Voir le document EBSS/3/INF./2 (EB136/INF./5) pour plus d'informations sur les travaux futurs destinés à renforcer les systèmes de santé dans les pays touchés.

[2] Voir le document EBSS/3/3 (EB136/49) pour plus d'informations sur la stratégie mise en œuvre par l'OMS afin de mettre un terme à la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest.

[3] Voir le document AFR/RC64//9 « Épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest : le point sur la situation et leçons apprises – Rapport du Secrétariat » (1er août 2014) pour plus d'informations sur les leçons apprises et les mesures proposées dans la Région africaine.

20. Cela signifie nécessairement qu'il faut ajuster les priorités stratégiques dans les pays les plus touchés. La deuxième phase de la riposte s'appuie sur les investissements initiaux dans la logistique, les infrastructures et les changements de comportement, et sur le recensement des cas et la recherche des contacts de manière rigoureuse, essentiels pour interrompre les chaînes de transmission du virus Ebola. Même si elle est étendue et intense, la transmission peut être atténuée moyennant l'application constante de ces trois interventions dans les 63 comtés, districts ou préfectures touchés. Les priorités doivent être définies en fonction de la géographie, et les plans et cibles doivent être adaptés à la situation dans chaque district, comté et préfecture, régulièrement actualisés et orientés selon l'intensité de la transmission, la prise en main de la situation par les communautés et les capacités à mettre en œuvre les principales mesures de lutte contre la maladie à virus Ebola. Ceci est particulièrement vrai en Guinée, où le nombre total de cas continue à augmenter lentement et où le nombre de préfectures infectées a plus que doublé entre début octobre et fin décembre.

21. Les avancées prometteuses dans le domaine des vaccins, thérapies et produits diagnostiques potentiels contre la maladie à virus Ebola laissent espérer que ces outils permettront de renforcer la riposte, étant entendu que la préparation au niveau des pays doit continuer pour éviter la poursuite de la propagation. Si certains pays sont bien préparés à l'apparition de cas isolés de maladie à virus Ebola, des lacunes persistent dans beaucoup d'autres pays, par exemple en ce qui concerne les stratégies de communication sur les risques, les modes opératoires normalisés pour les équipes d'intervention rapide, la formation à la lutte standard contre les infections et à la prise en charge des cas, les capacités de dépistage de la maladie dans les pays et d'envoi des échantillons à des laboratoires à l'étranger, si nécessaire, ainsi que les capacités aux points d'entrée.

22. Bien que la prévalence globale baisse, un risque important de poursuite des flambées demeure. Un certain laisser-aller dans les communautés touchées par la maladie à virus Ebola, ou qui pourraient l'être, risque de remettre en cause les progrès réalisés pour modifier les comportements à risque, ce qui permettrait au virus de se propager davantage. La lassitude des donateurs et des communautés est l'un des plus grands dangers alors que la transmission persiste. Si le monde finit par se désintéresser de cette flambée et soutient moins la riposte, la maladie à virus Ebola risque fort de devenir épidémique dans cette sous-région, d'autant plus que les communautés s'habituent à sa présence et quelle n'est plus que l'une des nombreuses maladies qui touchent les familles. Les principales personnes influentes – responsables politiques, tribaux et religieux, femmes, jeunes – devront être recensées et participer afin que les communautés, qui ont désormais bien conscience de la situation, prennent les choses en main et amènent les changements de comportement nécessaires pour éliminer la maladie à virus Ebola d'Afrique de l'Ouest.

23. Le leadership des gouvernements nationaux et locaux est et restera fondamental pour la riposte. Au fur et à mesure que la riposte est décentralisée au niveau infranational, des centres opérationnels d'urgence pleinement fonctionnels doivent être ouverts dans chaque comté, district et préfecture des trois pays les plus touchés, et des équipes sanitaires dépendant des autorités locales doivent y être intégrées et y jouer un rôle essentiel. Ces centres dirigeront cette transition concernant les moyens épidémiologiques sur le terrain pour parvenir à une surveillance active de qualité, à un recensement des cas rapide et à la recherche de l'ensemble des contacts, essentielle pour mettre un terme à la flambée.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

24. Le Conseil exécutif est invité à prendre note du rapport.

= = =