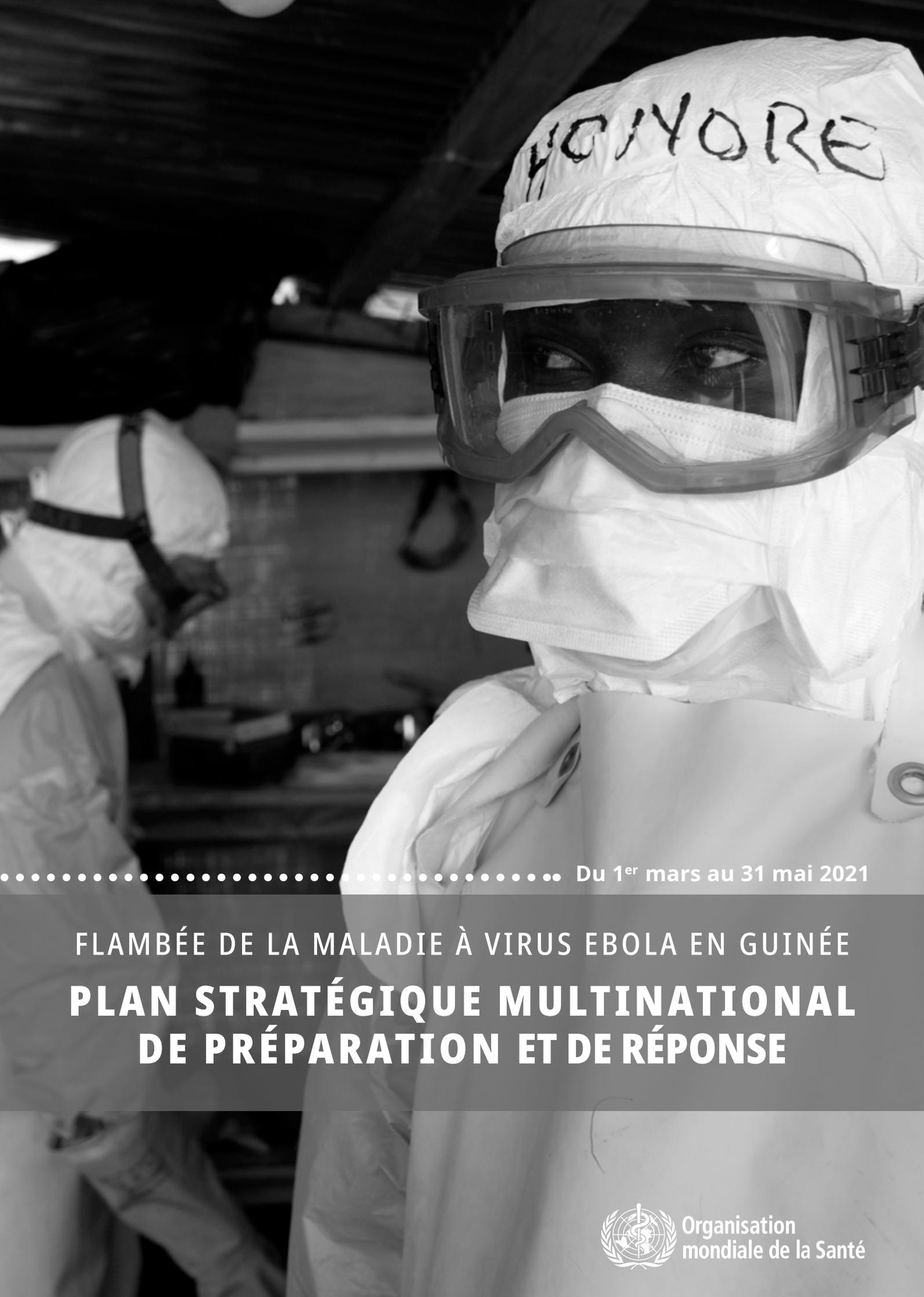


..... Du 1^{er} mars au 31 mai 2021

FLAMBÉE DE LA MALADIE À VIRUS EBOLA EN GUINÉE
**PLAN STRATÉGIQUE MULTINATIONAL
DE PRÉPARATION ET DE RÉPONSE**



Organisation
mondiale de la Santé



..... Du 1^{er} mars au 31 mai 2021

FLAMBÉE DE LA MALADIE À VIRUS EBOLA EN GUINÉE
**PLAN STRATÉGIQUE MULTINATIONAL
DE PRÉPARATION ET DE RÉPONSE**



Organisation
mondiale de la Santé



*Flambée de la maladie à virus Ebola en Guinée, 2021 :
Plan stratégique multinational de préparation et de réponse*

WHO/WHE/2021.04

© **Organisation mondiale de la Santé 2021**

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Citation suggérée. *Flambée de la maladie à virus Ebola en Guinée, 2021 : Plan stratégique multinational de préparation et de réponse*. [Ebola virus disease outbreak Guinea, 2021: multi-country strategic readiness and response plan.] Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS 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.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.



SOMMAIRE

À PROPOS DU PRÉSENT DOCUMENT vi

PARTIE I

APERÇU DE LA SITUATION 2

Alerte en cas de flambée	2
Contexte	3
Évaluation des risques : très grand risque de propagation au niveau national ; grand risque de propagation au niveau régional	4
Réponse initiale	4

PARTIE II

PLAN STRATÉGIQUE DE PRÉPARATION ET DE RÉPONSE 6

Objectifs stratégiques	6
Stratégie de préparation et de réponse	7
Pilier 1 : Coordination, planification, financement et suivi	7
Pilier 2 : Communication sur les risques et participation communautaire	8
Pilier 3 : Surveillance, enquête épidémiologique et recherche des cas contacts	9
Pilier 4 : Points d'entrée, voyages et transports internationaux, rassemblements de masse et déplacements de populations	9
Pilier 5 : Laboratoires et diagnostics	10
Pilier 6 : Prévention et contrôle des infections, et eau, assainissement et hygiène	10
Pilier 7 : Gestion des cas et soins des survivants de la MVE	11
Pilier 8 : Soutien opérationnel et logistique	11
Pilier 9 : Assurer le fonctionnement des services et des systèmes de santé essentiels	12
Pilier 10 : Vaccination	12
Pilier 11 : Santé mentale et soutien psychosocial	13
Pilier 12 : Rites funéraires dignes et sécurisés	13
Prochaines étapes : concept de fonctionnement	14
Planification et budget	14
Secteurs de coûts par niveau administratif 2 seuil opérationnel	15
Préparation active	15
Réponse active	15
Réponse intégrale	15
Soutien au niveau national pour la préparation active et la réponse	15
Soutien national en réponse à la transmission active	15



..... À PROPOS DU PRÉSENT DOCUMENT.....

La flambée d’Ebola en Afrique occidentale en 2013-2016 demeure la flambée la plus importante de la maladie à virus Ebola (MVE) depuis que le virus a été identifié pour la première fois en 1976, fauchant 11 000 vies, principalement en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone. Cette flambée s’est déclenchée dans le sud-est de la Guinée, dans une région rurale à la frontière du Libéria et de la Sierra Leone. Aujourd’hui, la Guinée fait face à une nouvelle flambée, une nouvelle fois près de sa frontière avec la Côte d’Ivoire, le Libéria et la Sierra Leone. La communauté internationale doit intervenir rapidement pour aider les autorités nationales en Guinée et les pays voisins et pour assurer cette fois un dénouement très différent de celui de 2013.

À la différence de 2013-2016, il existe désormais un vaccin sûr et efficace qui a été homologué pour être utilisé dans le cadre de réponses aux flambées, ainsi que des traitements efficaces et homologués pour les patients atteints de la MVE. Collectivement, nous connaissons plus que jamais les défis psychosociaux et physiques auxquels font face les survivants de la MVE, et nous avons tiré les enseignements des flambées passées : la clé pour lutter contre les foyers de flambée se trouve entre les mains des collectivités. Mais cette nouvelle flambée pose aussi de nouveaux problèmes. Le système de santé guinéen déjà fragile l’est devenu encore davantage, non seulement à cause de la COVID-19, mais aussi en raison d’autres épidémies simultanées, notamment les flambées de rougeole, de fièvre jaune et de choléra.

Ce document fait office de guide pour contribuer à la réponse internationale et multipartite en santé publique à l’épidémie de la MVE qui sévit en Guinée et dans les pays avoisinants de la Côte d’Ivoire, de la Guinée-Bissau, du Libéria, du Mali, du Sénégal et de la Sierra Leone. Il a également pour objet de favoriser une réponse basée sur des données probantes qui soit équitable, sexospécifique et fondée sur le respect des droits de l’homme. Ce document est rédigé par l’OMS et ses partenaires avec les autorités nationales guinéennes et des pays avoisinants, et se fonde sur les contributions de partenaires qui participeront à la réponse.

- **La partie I** de ce document offre un aperçu sur les connaissances actuelles concernant l’origine de la flambée, le contexte dans lequel elle a été découverte et une évaluation du risque de la voir se propager davantage aux niveaux national et régional.
- **La partie II** établit les objectifs stratégiques de préparation et de réponse multinationales et présente les piliers clés de l’état de préparation et des réponses dans le domaine de la santé publique qui permettront d’atteindre ces objectifs.

De plus, ce document est complété par des *Directives de planification opérationnelle* exhaustives qui présentent :

- les actions et les mesures clés à prendre dans les zones touchées et à risque en Guinée et dans les pays avoisinants, sous la direction des autorités nationales et avec le soutien de l’OMS et des partenaires internationaux, afin d’intervenir et être préparé pour répondre aux cas de MVE ;
- les indicateurs clés de performance à utiliser lors du suivi et de l’évaluation des opérations de réponse et de préparation.

PARTIE I



APERÇU DE LA SITUATION

Alerte en cas de flambée

Le 14 février 2021, le ministère de la Santé guinéen a informé l'OMS d'un foyer de 7 cas (quatre probables, trois confirmés) de la maladie à virus Ebola (MVE ; encadré 1) dans la sous-préfecture de Gouécké de la préfecture de N'Zérékoré, dans le sud-est de la Guinée (figure 1).

Le cas index du foyer de cas était une femme employée dans le secteur de la santé qui s'est présentée dans un centre de soins de santé à Gouécké le 18 janvier 2021 avec des maux de tête, une faiblesse physique, des nausées, des vomissements, une perte de l'appétit, des douleurs abdominales et de la fièvre. Suite à un diagnostic initial de fièvre typhoïde, elle a demandé un second avis à un établissement de santé de N'Zérékoré le 23 janvier 2021, dans lequel on lui a diagnostiqué le paludisme. Le 24 janvier, elle a consulté un praticien de médecine traditionnelle à N'Zérékoré. Elle est décédée le 28 janvier 2021, et a été enterrée selon les rites traditionnels le 1^{er} février 2021 à Gouécké. Les six autres cas sont cinq membres de la famille du cas index et le praticien de médecine traditionnelle qu'elle a consulté.

Parmi les sept cas du foyer, cinq sont décédés. Les deux cas restants, qui ont tous les deux reçu une confirmation de la MVE par des résultats en laboratoire, se sont maintenant rétablis et sont sortis des établissements de santé situés respectivement à Conakry, la capitale de la Guinée, et à Gouécké dans la préfecture de N'Zérékoré. Des analyses RT-PCR semi-automatisées effectuées à l'aide de la plateforme GeneXpert Ebola au laboratoire CERFIGE de Conakry ont permis de confirmer que l'agent pathogène était l'ebolavirus Zaïre (EBOV).

En date du 15 février, 192 cas contacts avaient été recensés, dont 164 cas contacts dans le district sanitaire de N'Zérékoré et 28 dans le district sanitaire de Ratoma, Conakry. Jusqu'à présent, aucun cas contact n'a signalé s'être déplacé dans des pays voisins. Des enquêtes épidémiologiques sont en cours pour établir l'origine et l'étendue de la flambée.

Figure 1 Cas confirmés et probables de la maladie à virus Ebola signalés au cours des 21 derniers jours en Guinée* (données au 21 février 2021)





Contexte

La région de N'Zérékoré est située dans le sud-est de la Guinée à proximité de la frontière avec la Sierra Leone, le Libéria et la Côte d'Ivoire. La sous-préfecture de Gouécké de la préfecture de N'Zérékoré est principalement rurale et située à 45 km de la communauté urbaine de N'Zérékoré, la deuxième ville de Guinée. La ville de N'Zérékoré est située au carrefour des routes de Ganta (au Libéria), de Danané (Côte d'Ivoire) et de routes vers d'autres grandes villes de Guinée, notamment Kankan, Macenta et la capitale, Conakry.

Le foyer de cas actuel comprend les premiers cas signalés en Guinée depuis la flambée de la MVE en Afrique occidentale en 2013-2016, qui s'était également déclenchée dans le sud-est de la Guinée, en zone rurale à la frontière du Libéria et de la Sierra Leone. La Guinée était parmi les trois pays les plus touchés par la flambée en Afrique occidentale en 2013-2016, ayant recensé plus de 3 800 cas et 2 500 décès.

Lors de la flambée survenue en Afrique occidentale, l'OMS et ses partenaires ont aidé la Guinée à renforcer ses capacités de réponse à la MVE, le pays ayant développé une expertise cruciale en la matière. Le personnel de santé guinéen a joué un rôle clé en soutenant les réponses lors de récentes flambées en République démocratique du Congo, grâce à des équipes de vaccinateurs qui participaient à la formation du personnel de santé dans les régions touchées et à risque. Il n'en reste pas moins que le système de santé guinéen reste fragile. L'arrivée de la COVID-19 a provoqué une diminution du taux de couverture vaccinale des maladies évitables par vaccination, notamment une diminution de 19 % de la couverture par le vaccin pentavalent 3 qui protège contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche (toux coquelucheuse), l'hépatite B et l'*Haemophilus influenzae de type b* (DTP-hepB-Hib). Dans tout le pays, le système de santé est mis à rude épreuve en raison de la flambée d'épidémies parallèles de COVID-19, de fièvre jaune et de rougeole. Dans ce contexte, une flambée de MVE présente un risque systémique.

Encadré 1

Maladie à virus Ebola et traitement : faits marquants

- La MVE est une maladie grave, souvent mortelle, qui touche l'homme et d'autres primates. La MVE est causée par un virus appartenant au genre Ebolavirus issu d'une famille de virus portant le nom de filovirus. Des quatre espèces d'Ebolavirus connues pour avoir déclenché des flambées chez l'homme, la plupart des flambées et des décès ont été causés par la souche de l'Ebolavirus Zaïre.
- Le virus est transmis à l'homme par les animaux sauvages (notamment la roussette, le porc-épic et les primates non humains) et se propage ensuite dans la population humaine par contact direct avec le sang, les sécrétions, les liquides provenant des organes ou d'autres fluides corporels des personnes infectées, et au contact avec des surfaces et matériaux contaminés par ces fluides.
- Le taux de létalité moyen des cas de MVE est d'environ 50 %. Ce taux est passé de 25 % à 90 % au cours des dernières flambées. Les soins symptomatiques – administration de solutions de réhydratation orale ou intraveineuse – et le traitement des symptômes spécifiques permettent d'améliorer la survie. Pendant l'épidémie d'Ebola en République démocratique du Congo en 2018-2020, un essai clinique randomisé multimédicamenteux a été effectué pour évaluer l'efficacité et l'innocuité des médicaments utilisés pour traiter les patients atteints de la MVE - une première mondiale. À la suite de l'essai clinique, la Food and Drug Administration américaine a approuvé, fin 2020, deux anticorps monoclonaux (Inmazeb et Ebanga) pour le traitement de l'infection à l'Ebolavirus Zaïre chez les adultes et les enfants.
- Il a été démontré que le vaccin Ervebo (rVSV-ZEBOV) protège les gens de l'Ebolavirus Zaïre et le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination de l'OMS recommande de l'utiliser conjointement à une série plus vaste d'outils de lutte contre l'épidémie d'Ebola. Le vaccin a été mis à l'essai pour la première fois en Guinée au cours de la flambée d'Ebola d'Afrique occidentale en 2013-2016. Aucun des cas signalés lors de la flambée actuelle en Guinée n'avait été vacciné pendant la flambée de 2013-2016. Le vaccin a été approuvé par la Food and Drug Administration américaine en décembre 2019 et préqualifié par l'OMS pour une utilisation sur des personnes âgées d'au moins 18 ans (à l'exclusion des femmes enceintes et qui allaitent) dans le but de les protéger contre la MVE causée par l'Ebolavirus Zaïre. En mai 2020, un deuxième vaccin appelé Zabdeno-et-Mvabea a aussi été approuvé par l'Agence européenne des médicaments ; il ne convient cependant pas en réponse à une flambée qui nécessite une protection immédiate. En janvier 2021, le Groupe international de coordination (GIC) pour l'approvisionnement en vaccin (MSF, FISCR, OMS et UNICEF), avec le soutien financier de Gavi, l'Alliance du Vaccin, a fait des réserves du vaccin Ervebo pour veiller à ce que les populations à risque puissent y avoir rapidement accès lors de flambées.



Évaluation des risques : très grand risque de propagation au niveau national ; grand risque de propagation au niveau régional

Une évaluation rapide des risques a été complétée par l'OMS le 17 février 2021. L'OMS a évalué le risque de poursuite de la propagation au niveau national comme très élevé en se basant sur les éléments suivants :

- 1 ampleur et durée inconnues de la flambée
- 2 nombre de cas contacts inconnu
- 3 déplacements intérieurs à destination de Conakry de personnes infectées et propagation potentielle à d'autres régions de la Guinée
- 4 capacité de réponse actuelle limitée dans les régions touchées et à risque. La Guinée et les pays voisins répondent déjà à des flambées de maladies simultanées, notamment la fièvre jaune dans le nord-ouest du pays et la COVID-19. Les capacités de réponse de la santé publique sont donc déjà mises à l'épreuve.

Le risque de voir la flambée se propager au niveau régional est évalué comme élevé en raison de la forte probabilité que des personnes issues des communautés touchées puissent avoir été en contact avec des personnes originaires des pays avoisinants.

La Guinée et les pays voisins répondent déjà à des flambées de maladies simultanées, notamment la fièvre jaune dans le nord-ouest du pays et la COVID-19. Les capacités de réponse de la santé publique sont donc déjà mises à l'épreuve.

Réponse initiale

Le ministère de la Santé guinéen, appuyé par l'OMS, le réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) et leurs partenaires, ont pris des mesures pour contrôler la flambée et empêcher la poursuite de la propagation. Pour coordonner la réponse, le ministère a mis sur pieds des comités nationaux et de district de gestion des urgences. Des équipes multidisciplinaires et multipartites ont été déployées sur le terrain pour rechercher activement les cas et les soigner, retrouver les cas contact et assurer leur suivi et mobiliser les communautés touchées. Des enquêtes supplémentaires rapides sont en cours pour déterminer l'origine et l'étendue de la flambée.

Des partenaires sont déjà sur le terrain dans la région touchée pour aider le gouvernement guinéen dans sa réponse alors que pour leur part, dans le même temps, l'OMS et ses partenaires travaillent avec les autorités sanitaires de Côte d'Ivoire, de la Guinée-Bissau, du Libéria, du Mali, du Sénégal et de la Sierra Leone afin d'augmenter la surveillance communautaire des cas dans les régions limitrophes de la Guinée, et de développer leur capacité de test des cas possibles et suspectés tout en assurant la surveillance des établissements de santé.

Le 22 février 2021, 11 000 doses du vaccin Ervebo (rVSV-ZEBOV) fournies par l'OMS sont arrivées à Conakry. Les doses de vaccin sont arrivées dans la région touchée de Gouéké 24 heures après dans le cadre de la préparation d'une campagne de vaccination ciblée autour du foyer de contamination. Cette campagne a été lancée le 24 février 2021 à Conakry, Dubréka et N'Zérékoré. L'intervention d'urgence initiale de l'OMS a été financée en partie par un déblocage de 1,25 million USD du Fonds de réserve OMS pour les situations d'urgence. Cette allocation sera aussi utilisée pour soutenir l'intervention en Guinée

et renforcer l'état de préparation contre l'Ebola dans les pays voisins de la Côte d'Ivoire, de la Guinée-Bissau, du Libéria, du Mali, du Sénégal et de la Sierra Leone. Le Fonds central d'intervention d'urgence des Nations Unies a également déblocqué 15 millions USD pour soutenir l'intervention en Guinée, une flambée simultanée, mais non liée, dans la République démocratique du Congo et la préparation dans les pays voisins de ces deux flambées.

PARTIE II



..... PLAN STRATÉGIQUE DE PRÉPARATION ET DE RÉPONSE

Objectif : Freiner la transmission de personne à personne de la MVE et réduire la mortalité et la morbidité des patients atteints de la MVE.

Objectifs stratégiques



- **Mobiliser, autoriser et donner les moyens aux communautés**, en fonction des données probantes, de façonner et de participer à la réponse, de se protéger contre la MVE et de continuer à utiliser les services de santé essentiels. La mesure dans laquelle la confiance dans la réponse est favorisée auprès des communautés touchées et à risque ainsi que leur habilitation à la façonner et y participer déterminera ultimement la vitesse à laquelle il sera possible de contrôler la flambée et d'y mettre fin.



- **Briser la chaîne de transmission** grâce aux mesures suivantes : détection et dépistage rapides des cas suspects, enquête épidémiologique rapide des cas, recherche et suivi des cas contacts, isolement avec soutien des cas confirmés, probables et suspects, vaccination des groupes à risque élevé, notamment tous les cas contacts, les cas contacts des cas contacts et le personnel de santé et les intervenants de première ligne et l'incitation et l'appui aux enterrements dignes et sécurisés, pour le moins de toute personne dont le décès est confirmé ou suspecté comme étant dû à la MVE.



- **Diminuer l'exposition** en donnant aux communautés et au personnel de santé la capacité de pratiquer des comportements appropriés en matière de prévention et de contrôle des infections dans les établissements de santé et les milieux communautaires, en améliorant les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans tous les milieux, en privilégiant les pratiques funéraires dignes et sécurisées et en les rendant possibles, et en s'assurant que les établissements de santé et le personnel de santé sont équipés en vue du triage, de l'isolement et du traitement des patients atteints de la MVE.



- **Réduire la mortalité et la morbidité, toutes causes confondues**, en veillant à ce que les patients suspects d'être atteints de la MVE fassent l'objet de diagnostics précoces et de soins de qualité, que les survivants de la MVE bénéficient de soutien pendant leur rétablissement et que des services de santé mentale et de soutien psychosocial d'excellente qualité leur soient accessibles ainsi qu'aux autres membres des communautés touchées, et que le système de santé puisse fournir tous les services de santé essentiels accessibles par la communauté en toute sécurité.



Stratégie de préparation et de réponse

Pour atteindre nos objectifs stratégiques collectifs, nous, y compris les communautés touchées, devons briser les chaînes de transmission du virus Ebola en utilisant chaque outil à notre disposition. Les interventions clés énumérées ci-dessus sont familières depuis les autres flambées d’Ebola, avec les récents ajouts de vaccination et de produits thérapeutiques efficaces. Toutes ces interventions doivent être mises en œuvre et simplifiées de manière coordonnée à l’aide d’une structure de réponse multidisciplinaire nationale et infranationale, dirigée par les autorités nationales, en faisant participer les communautés et en tirant profit des ressources et des capacités locales pour les mettre en œuvre dans la mesure du possible et avec le soutien de l’OMS et de ses partenaires. Globalement, cette structure de réponse comprend 12 piliers opérationnels et techniques étroitement liés et interdépendants. Vous trouverez ci-dessous un bref résumé de l’objectif et de la portée de chacun de ces piliers. Une liste de contrôle exhaustive des mesures clés à prendre en vertu de chaque pilier dans les pays touchés et à risque (Côte d’Ivoire, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Sénégal et Sierra Leone) figure dans le document *Directives de planification opérationnelle* qui accompagne ce PSPR.

Pilier 1 : Coordination, planification, financement et suivi

Pilier 2 : Communication sur les risques et participation communautaire

Pilier 3 : Surveillance, enquête épidémiologique et recherche des cas contacts

Pilier 4 : Points d’entrée, voyages et transports internationaux, rassemblements de masse et déplacements de populations

Pilier 5 : Laboratoires et diagnostics

Pilier 6 : Prévention et contrôle des infections, et eau, assainissement et hygiène

Pilier 7 : Gestion des cas et soins des survivants de la MVE

Pilier 8 : Soutien opérationnel et logistique

Pilier 9 : Assurer le fonctionnement des services et des systèmes de santé essentiels

Pilier 10 : Vaccination

Pilier 11 : Santé mentale et soutien psychosocial

Pilier 12 : Rites funéraires dignes et sécurisés

Pilier 1 : Coordination, planification, financement et suivi

Pour être efficace, la réponse à une flambée de la MVE nécessite un leadership, une planification et une coordination efficaces.

Les piliers opérationnels et techniques de la réponse dépendent chacun les uns des autres, il est donc essentiel de s’assurer que l’information est partagée librement, rapidement et efficacement entre les piliers et entre les niveaux et les partenaires nationaux et infranationaux, que les priorités opérationnelles sont harmonisées et que la duplication des efforts est réduite au minimum. Il est aussi essentiel de s’assurer qu’il est possible d’apporter des ajustements stratégiques et tactiques rapides en réponse à l’information reçue des communautés, à l’évolution de la situation épidémiologique et à d’autres renseignements de santé publique.

Un mécanisme multisectoriel et multipartite aux niveaux national, infranational et local, basé sur des principes établis en matière de gestion d’incidents, sera rapidement mis en place en Guinée et dans les pays voisins. Ce mécanisme exploitera les systèmes de coordination existants, y compris les centres d’intervention d’urgence (CIU). La coordination sera assurée par les autorités nationales, avec du soutien des trois niveaux de l’OMS et des partenaires multisectoriels, notamment des partenaires humanitaires à l’aide de mécanismes d’intervention d’urgence existants (par ex. secteurs/groupes pertinents, équipes humanitaires dans les pays concernés et UNOCHA).

Les réseaux de partenariat clés, notamment GOARN, les groupes sectoriels, le secrétariat des équipes médicales d’urgence, le service collectif CRPC et d’autres partenaires de mise en œuvre, notamment des organisations non gouvernementales et de la société civile, sont ou seront mobilisés tôt pour guider la planification.

Le leadership, la coordination et la planification jouent aussi un rôle essentiel pour ce qui est de s’assurer que chaque aspect de la réponse est mis en œuvre conformément aux principes d’équité, de respect des droits de l’homme et de tolérance zéro en matière d’exploitation et d’abus sexuels. La structure de coordination de la réponse contre l’Ebola dans tous les pays doit garantir que des actions concrètes empêchant l’exploitation et les abus sexuels par tout intervenant, y compris le personnel humanitaire et des Nations Unies, sont intégrées dans tous les aspects de la réponse. Chaque organisation qui participe à l’intervention d’urgence a pris ses propres mesures pour protéger les populations touchées d’exploitation et d’abus sexuels, mais ces actions doivent être coordonnées. Un recensement de tous les services et circuits d’orientation disponibles en matière de violence de genre sera mis à la disposition de tous les participants à la réponse contre l’Ebola.

Dans le cadre du présent PSPR et du document *Directives de planification opérationnelle* qui l’accompagne, l’OMS recommande que tous les pays entreprennent une analyse de fond sur le genre, l’équité et l’inclusion qui soit cohérente avec les cadres existants en matière de droits de l’homme, pour guider la coordination et la planification de la réponse.



Conformément à l'engagement de l'OMS en matière de droits de l'homme, d'équité en matière de santé et d'égalité des genres, ces dimensions doivent être intégrées dans toutes les opérations dès le début de la réponse, y compris l'évaluation de base, la conception, la planification et la mise en œuvre des mesures de réponse afin de veiller à ce que les interventions, le suivi, l'évaluation de l'impact et la génération de rapports soient sexospécifiques et orientés sur l'équité. La réussite de la mise en œuvre du PSPR dépend de la participation, de la collaboration et de la consultation significatives de toutes les sous-populations vivant dans la pauvreté et subissant l'exclusion sociale, la vulnérabilité, la discrimination et qui font face à des obstacles supplémentaires sur le plan de l'accès aux services.

L'adaptation des opérations de préparation et de réponse dans tous les pays touchés et à risque doit être guidée par les indicateurs clés de performance, notamment des indicateurs épidémiologiques et des indicateurs de la capacité et de la performance d'un système de santé dynamique. La combinaison de ces indicateurs intégrés à des analyses sociales, scientifiques et anthropologiques des comportements de recherche de soins, de l'utilisation des services de santé, des commentaires et des perceptions de la communauté devrait guider l'évolution des opérations de réponse et servir de base aux adaptations des interventions afin d'en améliorer l'acceptation de la part des communautés. Une cellule d'analyse commune peut être mise sur pied afin de surveiller et d'analyser les tendances des flambées et l'ampleur de leurs répercussions afin de guider une réponse plus large. Une telle cellule rassemble des données épidémiologiques, relevant des sciences sociales et des services de santé, des données clés sur la performance de la réponse (comme des indicateurs de la prévention et du contrôle des infections) et d'autres sources de données comme celles sur les mouvements de populations afin d'éclairer la prise de décision stratégique et opérationnelle.

Les indicateurs clés de performance sont présentés dans le document *Cadre de suivi et d'évaluation* qui complète ce PSPR et le document *Directives de planification opérationnelle*. Les pays sont encouragés à utiliser le suivi, la collecte de données standardisée et les indicateurs clés de performance pour les aider à mieux soutenir les plans de mise en œuvre et guider la prise de décision en temps réel. Dans la mesure du possible, les données devraient être stratifiées par sexe, âge, état de grossesse et d'autres facteurs importants critiques pour la détermination des tendances, des écarts et des disparités afin d'adapter les mesures sociales et de santé publique et les systèmes de santé dans le but de régler les disparités. La collecte et l'analyse de données désagrégées sont essentielles à une approche de gestion des données fondée sur les droits de l'homme.

L'OMS soutiendra la publication des indicateurs clés de performance et d'autres informations essentielles de caractère opérationnel, notamment l'état de préparation des pays à risque, sur une base périodique afin de faciliter le partage et la coordination de l'information aux niveaux infranational, national et régional.

Pilier 2 : Communication sur les risques et participation communautaire

La collaboration avec les communautés et la facilitation des communications bidirectionnelles entre les équipes de réponse de la MVE et les membres de la communauté sont essentielles pour empêcher ou arrêter la propagation d'une flambée de la MVE. De par leur nature, les interventions qui constituent le fondement d'une réponse efficace contre la MVE touchent le cœur même de la vie des communautés et nécessitent l'engagement et le consentement explicites des personnes et des communautés touchées. Les interventions au centre de la réponse sont intrusives dans le sens où elles touchent un grand nombre d'aspects de la vie quotidienne des communautés touchées et à risque, dont certains, comme les rites funéraires, ont une signification personnelle et culturelle profonde pour les personnes, les familles et les communautés. La mesure dans laquelle les communautés touchées accepteront ces interventions peut varier grandement, tant à l'intérieur d'une même communauté qu'entre différentes communautés. Pour être efficace, la réponse doit d'une part être capable de révéler les points de vue et les préoccupations des communautés touchées et doit d'autre part utiliser cette information, exploiter les analyses en sciences sociales et anthropologiques pour adapter les interventions et l'état de préparation afin de les rendre inclusifs et appropriés à chaque communauté touchée.

Il est critique de comprendre les obstacles pour mettre en œuvre des comportements protecteurs dans le contexte des normes sociales, encourager des comportements de recherche de soins, et pour régler les préoccupations des communautés. Il faut établir une communication bilatérale continue avec les communautés et les dirigeants et les influenceurs locaux d'une part et le personnel de santé et de réponse d'autre part, afin de développer et de maintenir un lien de confiance envers l'état de préparation et la réponse. Les outils clés comprennent des mécanismes de responsabilisation et des systèmes d'information des communautés qui garantissent que les préoccupations des communautés sont rapidement réglées et que les réussites sont documentées, reproduites et exploitées.

Le pilier de communication sur les risques et participation communautaire (CRPC) est essentiel au succès de toutes les interventions requises pour briser les chaînes de transmission, et les observations et l'information générées par le pilier 2 devraient servir de base aux opérations de tous les autres piliers. L'objectif de ce pilier est d'éviter et de diminuer les répercussions négatives de la MVE sur les personnes et les communautés en utilisant des approches basées sur des données probantes afin de comprendre les perceptions et les comportements, en communiquant les risques à l'aide d'information rapide et crédible, en partageant de l'information concernant les services préventifs et curatifs et en mettant en œuvre des mécanismes de rétroaction et de plainte afin de répondre aux préoccupations des communautés, aux rumeurs et aux plaintes, et pour guider la réponse.



Pilier 3 : Surveillance, enquête épidémiologique et recherche des cas contacts

La signalisation, la détection et l'isolement rapides de nouveaux cas de la MVE sont essentiels pour empêcher le virus Ebola de continuer à se propager. Cela nécessite le déploiement coordonné d'équipes d'épidémiologistes et de personnes qui recherchent des cas contacts sur le terrain, équipes soutenues par un service de laboratoire capable d'offrir l'analyse rapide, sécurisée et précise des échantillons.

La détection des cas de MVE à un stade précoce est fondée sur des liens forts entre les systèmes de surveillance de la santé publique, les communautés et les établissements de santé locaux, le renforcement des systèmes et les processus de surveillance intégrée des maladies et de riposte (SIMR) et les équipes locales d'intervention rapide multidisciplinaire et multipartite. Les équipes d'intervention rapide doivent pouvoir répondre à n'importe quelle alerte et mettre en œuvre des actions de suivi appropriées, notamment des enquêtes sur les cas et leur orientation vers des établissements de santé, la collecte et le transport des échantillons, la recherche des contacts, la mobilisation sociale et la participation communautaire, et organiser la coordination avec les équipes formées dans le traitement digne et sécurisé des individus décédés des suites de la MVE, en préparation aux rites funéraires également dignes et sécurisés.

Dès qu'un cas est confirmé, le processus d'identification de toutes les personnes avec qui le cas a pu entrer en contact (y compris hors des frontières du pays) doit commencer rapidement, de manière à pouvoir localiser tous les cas contacts, surveiller leur état de santé et les isoler et les traiter rapidement s'ils développent des symptômes de la MVE. Leur traitement et leur isolement à un stade précoce améliorent les chances d'une issue heureuse pour le patient et minimisent les risques de poursuite de la propagation du virus Ebola. Le fait d'identifier et de répertorier rapidement les cas contacts est aussi essentiel à la réussite de la stratégie de vaccination autour du foyer de contamination, au cours de laquelle les cas contacts et les cas contacts des cas contacts sont vaccinés « en anneau » autour des cas confirmés pour empêcher la poursuite de la propagation. La réussite de la surveillance, de l'enquête épidémiologique et de la recherche des cas contacts est en grande partie tributaire de la confiance, de l'engagement et de l'inclusion des communautés touchées.

Pilier 4 : Points d'entrée, voyages et transports internationaux, rassemblements de masse et déplacements de populations

Les points d'entrée (PoE) et le contrôle constituent la première ligne de défense contre une propagation internationale de la maladie et sont des éléments importants de la détection de la maladie et de la communication des risques aux voyageurs transfrontaliers. Il est crucial de renforcer les capacités de base aux PoE conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005).

Les efforts et les ressources dans le domaine des voyages et des transport internationaux doivent être axés sur la mise en œuvre de mesures d'atténuation des risques adéquates. Ces mesures doivent être précédées et guidées par une évaluation des risques approfondie et régulière qui doit tenir compte des points suivants : l'épidémiologie locale dans les pays de départ, de transit et de destination les volumes des déplacements et la connectivité entre les pays la capacité des services de santé et de la santé publique, et la capacité de détecter et prendre soin des cas et de leurs cas contacts, y compris parmi les voyageurs. Toutes les mesures doivent être basées sur des données probantes et en ligne avec les exigences du RSI (2005). Les voyages essentiels doivent être priorités et facilités afin d'empêcher l'interruption des chaînes d'approvisionnement et des mécanismes de soutien (p. ex. les situations d'urgence et les actions humanitaires, le personnel essentiel, les rapatriements, les évacuations médicales et le transport de marchandises pour les fournitures essentielles comme la nourriture, les médicaments et les combustibles).

Les décisions concernant l'organisation de rassemblements de masse dans le contexte de la MVE doivent être basées sur une approche rigoureuse basée sur les risques en trois étapes : évaluation des risques, atténuation des risques et communication des risques. L'adoption de cette approche aboutira à des décisions éclairées pour décider si l'événement en question peut avoir lieu et, le cas échéant, déterminer les meilleures façons de réduire au maximum tout risque connexe pour ce qui est de la propagation de la MVE.

Pilier 5 : Laboratoires et diagnostics

Le diagnostic définitif de MVE peut être uniquement effectué en analysant les échantillons provenant de patients suspectés d'être atteints de la MVE pour y dépister la présence du virus Ebola. Il est crucial d'avoir un accès rapide aux tests en laboratoire pour écarter d'autres maladies qui présentent des signes et des symptômes similaires à la MVE dans les stades précoces de la maladie, et pour s'assurer que les cas confirmés peuvent être rapidement isolés et traités. Les résultats de laboratoire doivent être communiqués rapidement aux patients et aux autres piliers de la réponse pour s'assurer que des mesures adéquates sont mises en œuvre rapidement.



Pour les lieux éloignés avec peu d'accès à des laboratoires fixes, il peut être nécessaire de soutenir le déploiement de laboratoires mobiles ou des capacités de RT-PCR semi-automatisées et d'améliorer l'infrastructure d'expédition des échantillons afin de s'assurer que les échantillons provenant de patients qui sont des cas suspectés de la MVE sont testés rapidement.

Les tests de laboratoire sont également critiques pour la gestion clinique continue des patients atteints de la MVE et d'autres maladies. Il est donc essentiel qu'une capacité de laboratoire nationale et infranationale adéquate soit en place, notamment des stocks résilients et durables de consommables et de réactifs, en sus de l'infrastructure logistique permettant de collecter, d'entreposer et de transporter les échantillons de manière sécurisée pour les analyser.

Les laboratoires de référence régionaux et les membres du Réseau de laboratoires des agents pathogènes émergents et dangereux (EDPLN) peuvent offrir un soutien supplémentaire pour le diagnostic. Tous les pays touchés et à risque obtiendront aussi un soutien visant à les aider à renforcer leur capacité de réalisation de tests de confirmation sur les échantillons provenant de patients chez lesquels une MVE est suspectée. Ce soutien comprendra la formation du personnel de laboratoire, le renforcement des capacités d'expédition (à l'intérieur et à l'extérieur du pays) et l'obtention d'équipement et de fournitures adéquats.

Pilier 6 : Prévention et contrôle des infections, et eau, assainissement et hygiène

Les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) visent à arrêter la propagation des maladies infectieuses comme la MVE dans les établissements de santé (formels et informels), dans les milieux communautaires et pendant le transport de patients chez lesquels une MVE est suspectée ou confirmée. Les mesures PCI dans les établissements de santé et les milieux communautaires sont fondées sur et favorisées par la qualité des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH), notamment la gestion sécurisée des déchets des soins de santé, qui non seulement contribue à prévenir la transmission de la MVE, mais aussi à prévenir la transmission de la maladie par la voie oro-fécale et la transmission liée aux soins de santé d'autres maladies infectieuses.

Les mesures PCI étayées par les services WASH dans les établissements de santé comprennent l'isolement rapide des cas suspectés et confirmés, la création de zones d'isolement qui assurent un flux de patients approprié regroupant les patients chez lesquels la MVE est suspectée et en les éloignant des autres patients, la diminution des risques liés aux procédures invasives non sécurisées et à la réutilisation d'équipement comme des aiguilles et des seringues, la disponibilité d'installations pour le lavage des mains, les installations et les protocoles appropriés de gestion des déchets et l'approvisionnement adéquat et durable d'équipement de protection individuelle (EPI) au personnel de santé et aux autres intervenants, avec une formation adéquate sur son utilisation et son élimination sécurisées.

Les rôles clés du pilier PCI et Eau, assainissement et hygiène dans les structures de réponse et de préparation nationales comprennent les suivants : s'assurer que des recommandations et des mesures PCI normalisées basées sur des données probantes sont offertes et qu'elles sont respectées par tous les partenaires de mise en œuvre, déterminer à une étape précoce quel est l'EPI suffisant et approprié pour le personnel de santé et les intervenants, améliorer l'accès aux installations WASH dans les milieux des soins de santé et des communautés et surveiller et améliorer les pratiques des professionnels de la santé en matière de PCI dans les installations. Les pratiques en matière de PCI dans les établissements de santé doivent être évaluées à l'aide d'outils normalisés pour l'évaluation des composants de base et/ou d'exigences minimales en matière de PCI en utilisant une fiche d'évaluation pour la MVE.

Les mesures mentionnées ci-dessus doivent être coordonnées à l'aide d'une stratégie de PCI et d'une cartographie initiale des établissements de santé dans les régions touchées, dont un grand nombre combinent les pratiques médicales traditionnelles et modernes. Le personnel de santé de ces établissements doit être ciblé pour une formation rapide sur les mesures de PCI et approvisionné et réapprovisionné en équipement nécessaire. Alors que ce travail se poursuit, un « cercle » d'interventions de PCI doit être mis en place pour chaque cas identifié au niveau d'un établissement de santé. Un cercle de PCI comprend un ensemble d'interventions comprenant la décontamination de l'établissement de santé, une séance d'information pour le personnel de santé local et communautaire sur les PCI dans le contexte de la MVE, une évaluation rapide des mesures de PCI dans l'établissement, le don de trousse de PCI et une évaluation des risques d'exposition à la MVE du personnel de santé.

Pilier 7 : Gestion des cas et soins des survivants de la MVE

Tous les patients doivent avoir accès à des soins de santé d'excellente qualité, non seulement pour améliorer la survie, mais aussi pour offrir le soulagement des symptômes et les soins palliatifs, le cas échéant. Dans le contexte de la MVE, les soins du patient doivent être assurés en prenant des précautions rigoureuses afin de diminuer au minimum le risque de transmission ultérieure, y compris au personnel de santé. Un triage efficace et la prise de mesures de prévention et contrôle des infections permettront de s'assurer que l'accès sécurisé aux autres services de santé peut être maintenu en dépit de la flambée.

Les soins aux patients dont la MVE est confirmée sont de préférence administrés dans des centres de traitement de l'Ebola (CTE), ce qui dans bien des cas nécessitera un important soutien opérationnel de la part de l'OMS et ses partenaires dans la construction ou la reconversion, l'entretien (y compris l'approvisionnement durable de médicaments et d'équipement essentiel) et la coordination avec les piliers de surveillance, de laboratoire et de PCI/WASH.



Jusqu'à récemment, les soins cliniques des patients atteints de la maladie à virus Ebola étaient basés uniquement sur des soins symptomatiques (encadré 1) – consistant à maintenir l'hydratation et le confort maximal des patients pendant que leur système immunitaire essaie de combattre le virus. Pour les patients diagnostiqués rapidement et qui reçoivent des soins symptomatiques dans un établissement de traitement aménagé pour la MVE, le taux de survie est d'environ 50 %. Toutefois, de nouveaux traitements par anticorps monoclonaux peuvent augmenter de manière significative les chances de survie.

De plus, forts des meilleures pratiques et des innovations documentées pour la première fois pendant la flambée d'Afrique occidentale en 2013-2016, les CTE sont aujourd'hui souvent capables d'intégrer des innovations de conception qui assurent non seulement une meilleure qualité de soins, mais aussi une meilleure dignité et qualité de vie des patients et du personnel de santé, et qui favorisent l'acceptation par les communautés. Ensemble, à condition de les communiquer adéquatement aux communautés touchées et à risque, ces développements importants depuis la dernière flambée en Guinée devraient se traduire par une perception plus positive des centres de traitement de l'Ebola, un comportement positif de recherche de soins de santé de la part des patients atteints de tous types de maladie et une diminution du délai entre l'apparition des symptômes, l'isolement et le traitement des patients atteints de MVE, avec un impact positif sur la survie des patients et le contrôle de la flambée.

Les patients qui se rétablissent de la MVE doivent continuer à être suivis dans le cadre d'un programme de soins qui leur est destiné et qui met l'accent sur le soutien psychosocial pour les survivants et leurs familles. Un grand nombre de survivants de la MVE souffrent de séquelles post-MVE et le virus Ebola est connu pour persister dans certains liquides corporels des survivants de la MVE. Il est recommandé de mettre sur pied dans tous les pays touchés un programme de soins national exhaustif pour les survivants de la MVE visant à leur offrir des soins psychologiques et médicaux appropriés, ainsi que des analyses biologiques et des conseils pour diminuer les risques de transmission secondaire. Il est aussi important que le programme destiné aux survivants de la MVE travaille en étroite collaboration avec le pilier de CRPC, pour diminuer la stigmatisation que les survivants de la MVE pourraient avoir à affronter et pour améliorer les perceptions de la communauté en matière de traitement et de soins de cette maladie. Le soutien psychosocial est également important pour les familles des survivants de la MVE, et en particulier pour les orphelins.

Pilier 8 : Soutien opérationnel et logistique

Le soutien opérationnel et logistique est critique si l'on veut rapidement évaluer l'étendue, adapter et soutenir les activités sur le terrain au niveau de tous les piliers d'intervention et de préparation.

Le soutien opérationnel est un élément clé pour pouvoir assurer un transport sécurisé au personnel d'intervention et offrir des établissements de travail de l'hébergement et de l'équipement sécurisés, appropriés, efficaces et conformes aux normes et aux règles de sécurité.

Une stratégie d'approvisionnement exhaustive pour garantir une chaîne d'approvisionnement résiliente de bout en bout rend possible la mise en œuvre de tous les aspects de la réponse, depuis les vaccins et l'EPI jusqu'aux produits thérapeutiques et aux fournitures de diagnostic. Dans certains cas, notamment pour les vaccins, des parties de la chaîne d'approvisionnement devront peut-être assurer un niveau de températures ultra-basses de la chaîne du froid.

La construction et/ou la réhabilitation et l'exploitation sécurisée de l'infrastructure des CTE et d'autres infrastructures de santé essentielles, y compris les laboratoires, dépendent du soutien opérationnel et logistique.

Sous la direction du ministère de la Santé, un pilier national de soutien opérationnel et logistique appuyé par l'OMS et ses partenaires doit être mis sur pied afin de prévoir les besoins et les exigences en matière de ressources, d'évaluer les capacités existantes et de prendre des mesures urgentes pour combler les lacunes de capacités essentielles à la réponse et à la préparation.

Pilier 9 : Assurer le fonctionnement des services et des systèmes de santé essentiels

Les systèmes de santé de Guinée et des pays voisins sont déjà fragiles et de plus en plus mis à rude épreuve en raison d'épidémies de maladies infectieuses parallèles. Les mesures indirectes de la prestation et de l'utilisation des services de santé, comme les taux d'immunisation, ont chuté depuis le début de la COVID-19. Dans ce contexte, une flambée de la MVE géographiquement étendue présente un risque systémique pour le système de santé.

Quand les systèmes de santé sont submergés par une flambée de maladie infectieuse, la morbidité et la mortalité directement attribuables à la flambée sont souvent multipliées plusieurs fois en raison de l'augmentation significative de la morbidité et de la mortalité indirectes causées par l'effondrement des services de santé essentiels, y compris les services de santé sexuelle et reproductive, la gestion intégrée des maladies infantiles et l'immunisation systématique. La surveillance de la mortalité et de la morbidité attribuables à d'autres maladies (comme le paludisme) est critique pour éviter que des flambées parallèles ne passent inaperçues, et n'entraînent une augmentation de la surmortalité et des risques pour la sécurité et la continuité du système de santé.



Dans certains cas, l'augmentation de la morbidité et de la mortalité indirectes peut perdurer quelque temps après la fin de la flambée, puisqu'un certain temps est nécessaire pour surmonter les perceptions modifiées des établissements de santé, les changements des comportements de recherche de soins de santé et d'autres obstacles du côté de la demande pour ce qui est de l'accès aux services de santé et de leur utilisation.

La stratégie globale d'intervention doit être mise en contexte et basée sur la volonté de diminuer la morbidité et la mortalité, quelle qu'en soit la cause. Les priorités de la réponse doivent être établies à l'aide du contrôle régulier de la disponibilité des services, des obstacles à l'accès, de l'état de préparation des établissements de santé et de l'utilisation des services de santé essentiels à tous les niveaux de soins, ainsi que des différences des résultats cliniques dans les communautés.

Les plans assurant la continuité de l'offre des services de soins de santé et des services sociaux essentiels dans le contexte de la MVE doivent être revus et adaptés selon les besoins. Il faut tenir compte tout particulièrement des groupes suivants : les populations vulnérables, notamment les patients âgés, les patients atteints de maladies chroniques ou immunosuppressives, les femmes enceintes et qui allaitent, les enfants, les personnes handicapées, les populations déplacées (migrants et PDIP) et les personnes d'autres contextes humanitaires.

Il est également primordial de tenir compte de la continuité de l'offre de services essentiels, y compris les services sociaux et l'éducation, mais ce point dépasse le champ d'application du présent plan stratégique pour l'état de préparation et les réponses dans le domaine de la santé publique.

Pilier 10 : Vaccination

La réussite des essais cliniques menés pour déterminer l'innocuité et l'efficacité du vaccin rVSV ZEBOV contre l'Ebola (maintenant distribué sous le nom de marque Ervebo, voir l'encadré 1) en Guinée était l'une des victoires majeures de la réponse lors de la flambée en Afrique occidentale. La technologie de distribution par chaîne de froid et une grande partie des équipes guinéennes qui avaient reçu une formation pendant l'essai clinique initial ont été réutilisées dans les campagnes de vaccination pour contrôler plusieurs flambées de MVE dans la République démocratique du Congo depuis 2016.

Lors de la flambée actuelle, la vaccination a commencé dans les 24 heures suivant la réception par la Guinée de plus de 11 000 doses du vaccin rVSV-ZEBOV contre l'Ebola expédiées du siège de l'OMS à Genève le 23 février 2021. De plus, l'OMS organise le déploiement de plus de 8 500 doses provenant de Merck, le producteur du vaccin aux États-Unis. Ces doses supplémentaires porteront le nombre total de doses attendues dans la phase initiale d'immunisation à environ 30 000.

La vaccination comme mesure de réponse se concentre dans un premier temps sur le personnel de santé, les autres travailleurs à risque et les « anneaux » de cas contacts des cas confirmés et les cas contacts de ces cas contacts. En plus de la Guinée, tous les pays à risque doivent être prêts à déployer le vaccin rVSV-ZEBOV en réponse à la détection d'un cas. Il s'agit d'un processus complexe, comprenant entre autres considérations la planification, la réglementation, les communications, la formation et la logistique. L'utilisation du vaccin doit être déterminée par les lignes directrices émises par le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) et le Groupe international de coordination (GIC) pour l'approvisionnement en vaccin de l'OMS.



Pilier 11 : Santé mentale et soutien psychosocial

L'expression composite « santé mentale et soutien psychosocial » (SMSPS) est utilisée dans le document Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence pour décrire « tous les types de soutien local ou extérieur ayant pour but la protection ou la promotion du bien-être psychosocial et/ou la prévention ou le traitement des troubles mentaux ». Le dispositif mondial d'aide humanitaire utilise le terme SMSPS pour unir une grande gamme d'acteurs, y compris ceux travaillant avec des approches biologiques et socioculturelles, ainsi que pour « souligner le besoin d'approches différentes et complémentaires pour offrir le soutien approprié ».

Dans les situations d'urgence de santé publique, l'OMS considère la santé mentale et le soutien psychosocial comme une composante intégrale et transversale de la préparation et de la réponse de la santé publique aux situations d'urgence, composante dont la mise en œuvre nécessite la présence de coordination et la collaboration sur les différents piliers. Comprendre les besoins en santé mentale et soutien psychosocial, et y répondre, sera un élément clé pour améliorer la qualité des réponses humanitaires et ainsi contribuer à sauver des vies. Une expertise technique spécifique et des ressources dédiées seront requises pour mieux intégrer les SMSPS dans les évaluations de santé publique au niveau des établissements et des communautés et dans les plans de préparation, de réponse et de rétablissement conformément aux directives en matière de SMSPS de l'OMS et du CPI. Cela comprend l'intégration des approches et des activités SMSPS dans la sensibilisation des communautés, l'identification des cas et la recherche des cas contacts, ainsi que dans les activités des CTE et des établissements de santé. Il convient d'attribuer des ressources adéquates à la mise en œuvre des SMSPS : l'expertise technique doit être mobilisée à partir des ressources existantes à l'intérieur du pays, et du personnel compétent doit être déployé pour soutenir la réponse SMSPS sur le terrain et à distance. Dans l'architecture humanitaire, au niveau du pays, la SMSPS se positionne comme un groupe de travail technique transversal. À l'intérieur de la structure de la réponse contre l'Ebola, les activités SMSPS doivent traverser tous les piliers d'intervention de manière similaire. Pour ce faire de façon efficace, il faut se mettre d'accord sur les mécanismes de coordination intersectoriels et les points d'entrée de l'expertise technique en matière de SMSPS. Cette entente doit être prise aux niveaux international, national et local. Comme les communautés représentent l'élément central, il doit exister une collaboration particulièrement étroite entre les piliers suivants : CRPC, Rites funéraires dignes et sécurisés, Gestion des cas et Maintien des services de santé essentiels. Il faut offrir de l'assistance pour intégrer la santé mentale et le soutien psychosocial dans leur travail. Le pilier SMSPS servira aussi de plateforme pour assurer le lien (aux niveaux international, régional et national) entre les acteurs qui travaillent sur des activités SMSPS à l'extérieur du secteur de la santé.

Dans chaque pays, il est important de répertorier les structures et l'expertise SMSPS locales existantes, puisqu'un certain nombre de programmes ONG gouvernementaux et du secteur privé sont déjà en déploiement, et avec un apport de formation supplémentaire et une attribution de ressources aux services existants, il serait possible d'offrir davantage de soins en santé mentale et soutien psychosocial dans le contexte de la MVE.

Pilier 12 : Rites funéraires dignes et sécurisés

La MVE peut être transmise en touchant les corps des personnes décédées de la MVE. Ce fait présente un défi dans toutes les cultures, et il est particulièrement difficile pour les cultures intégrant des pratiques funéraires traditionnelles qui comprennent la toilette rituelle de la personne décédée ou le contact avec celle-ci. Pour prévenir la propagation de la MVE, il faut réduire autant que possible la manipulation des cadavres, celle-ci devant être effectuée seulement par des équipes formées et bien équipées qui sont soutenues pour transporter et manipuler les corps en toute sécurité pendant les rites funéraires.

Du point de vue opérationnel, il est extrêmement complexe d'assurer le transport et les rites funéraires dignes et sécurisés des personnes décédées. Des équipes spécialement formées, équipées et soutenues sur le plan psychologique doivent travailler en étroite collaboration avec le pilier de surveillance afin de répondre rapidement aux alertes et alerter d'autres piliers d'intervention quand un enterrement potentiellement non sécurisé a lieu, avec le pilier de laboratoires et diagnostics pour s'assurer que des écouvillons à analyser sont prélevés sur toute personne suspectée d'être atteinte de la MVE, et en parallèle avec le pilier de communication sur les risques et participation communautaire pour négocier l'accès, obtenir le consentement et instaurer la confiance et la compréhension auprès des familles et des communautés touchées.

Comme pour bon nombre d'interventions cruciales pour briser la chaîne de transmission, la réussite des équipes chargées du transport et de la manipulation sécurisés des cadavres dans le contexte de la MVE dépend en grande partie de la réussite de l'intégration de la réponse dans les communautés à l'aide de dialogues, de négociations et de mesures d'adaptation. Autant dans les régions touchées que dans les régions à risque, ce processus de dialogue avec les communautés touchées doit être la première étape de la réponse.



Prochaines étapes : concept de fonctionnement

L'expérience acquise lors de flambées antérieures nous a appris un certain nombre d'enseignements précieux : agir vite, agir avec intelligence pour maîtriser rapidement la flambée et utiliser l'expertise nationale et infranationale dans la mesure du possible. De ce fait, il est urgent d'établir rapidement un concept de fonctionnement à trois volets en Guinée et dans les pays avoisinants de Côte d'Ivoire, de Guinée-Bissau, du Libéria, du Mali, du Sénégal et de Sierra Leone. Les volets de l'opération sont les suivants :

- 1 **Réponse intégrale** : capacité de réponse opérationnelle dédiée et entièrement équipée dans les régions infranationales touchées par la transmission de la MVE.
- 2 **Réponse active** : dans les districts présentant un risque élevé ou vulnérabilité à la transmission, y compris les districts qui se trouvent à proximité géographique étroite d'une région touchée par la transmission, ceux avec lesquels il existe des liens socio-économiques forts et/ou présentant un mouvement de population important vers une région de transmission, et ceux ayant une forte densité de population, des systèmes de santé fragiles ou des problèmes de sécurité.
- 3 **Préparation active** : dans tous les autres districts de santé et régions présentant un risque en Côte d'Ivoire, en Guinée, en Guinée-Bissau, au Libéria, au Mali, au Sénégal et en Sierra Leone. La préparation active sera soutenue par des équipes de soutien technique à distance.

Un mécanisme de suivi et d'examen effectuera une réévaluation régulière pour vérifier que les volets d'opération appropriés sont attribués aux régions. Un ensemble détaillé des principales mesures et capacités à déployer sous chaque volet d'opération et pour chaque pilier est fourni dans le document *Directives de planification opérationnelle* qui accompagne le présent document. Il est désormais essentiel que tous les partenaires de la réponse prennent des actions immédiates pour s'assurer que ces mesures sont rapidement et pleinement mises en œuvre, et que les partenaires disposent des ressources nécessaires pour offrir un soutien exhaustif et durable aux autorités nationales et infranationales, ainsi qu'aux communautés touchées, partout où le besoin se fait sentir.

Planification et budget

En collaboration avec les autorités sanitaires nationales, les risques et les besoins des régions du niveau administratif 2 (districts) ont été initialement répertoriés et un volet d'opération de réponse intégrale, de réponse active ou de préparation active a été attribué aux régions. Les activités et les capacités nécessaires ont été établies pour chaque volet d'opération et chiffrées pour une période initiale de mise en œuvre de 3 mois. Elles sont présentées ci-dessous. De plus, des structures de coûts des capacités clés au niveau national sont indiquées pour les pays touchés et ceux en état de préparation, et présentées ci-dessous. Les coûts réels estimés par pays et partenaire, alignés sur le PSPR sont ou seront disponibles sur une plateforme dédiée aux partenaires internationaux contre la MVE.

Un ensemble détaillé des principales mesures et capacités à déployer sous chaque volet d'opération et pour chaque pilier est fourni dans le document *Directives de planification opérationnelle* qui accompagne le présent document. Il est désormais essentiel que tous les partenaires de la réponse prennent des actions immédiates pour s'assurer que ces mesures sont rapidement et pleinement mises en œuvre, et que les partenaires disposent des ressources nécessaires pour offrir un soutien exhaustif et durable aux autorités nationales et infranationales, ainsi qu'aux communautés touchées, partout où le besoin se fait sentir.



Secteurs de coûts par niveau administratif 2 seuil opérationnel

Préparation active

- exercices de simulation,
- équipe de surveillance,
- GenXpert – capacité de laboratoire,
- gestion des échantillons et capacité de transport,
- espace adapté pour une unité initiale de CTE ou d'isolation ou UTE dans la boîte,
- coordination de la communication des risques,
- état de préparation PCI.

Réponse active

Tous les éléments de la préparation, plus :

- OSL pour la vaccination et OSL pour, gestion et transport des échantillons,
- centre de coordination/CIU et équipe,
- équipe de surveillance, y compris la surveillance communautaire,
- équipe d'intervention rapide,
- CTE fonctionnel (personnel, EPI, etc.),
- renforcement des PCI,
- équipe au PoE et fournitures connexes,
- formation du personnel mentionné ci-dessus, plus formation de 10 personnes pour effectuer la recherche des cas contacts et une équipe d'EDS,
- continuité des services, y compris une évaluation de la continuité.

Réponse intégrale

Tous les éléments de la préparation et de la réponse active, plus :

- cellule administrative, ressources humaines, finances, sécurité FP,
- cellule de soutien opérationnel et logistique – comprend l'entreposage, le transport, 30 trousse de fournitures essentielles par district (médicaments, EPI, PCI),
- système de communication,
- cellule analytique (outre la surveillance, comprend l'anthropologie et d'autres sources de données),
- laboratoire entièrement équipé pour la MVE et soutien de laboratoire pour les soins cliniques,
- équipe de vaccination et fournitures connexes et chaîne du froid,
- équipe PCI, tous les matériaux PCI,
- équipe d'enterrement digne et sécurisé (EDS) (comprend les moyens de transport, EPI),
- capacité de coordination des partenaires,
- capacité de formation pour tous les points précédents.

Soutien au niveau national pour la préparation active et la réponse

Tous les éléments de la préparation active, plus :

- CIU de la santé publique nationale,
- capacité de laboratoire pour la MVE,
- équipe nationale de soutien PCI,
- plateforme transfrontalière (active au niveau de la frontière).

Soutien national à la réponse à la transmission actuelle

- une équipe nationale de soutien à la gestion des cas (comprend les produits thérapeutiques expérimentaux).



**Organisation
mondiale de la Santé**

**Organisation mondiale de la Santé
Avenue Appia 20
1211 Genève 27
Suisse**

**OMS lors de situations d'urgence :
www.who.int/emergencies/fr**