

Situation de l'épidémie de maladie à virus Ébola (MVE) en Guinée

Professeur René Migliani – Bilan des données disponibles le 16 août 2015

La situation de l'épidémie doit être appréciée en tenant compte de la probable sous-déclaration qui n'a pas été à ma connaissance évaluée. Les données sont issues des rapports de situation quotidiens de la coordination nationale de lutte contre Ebola selon la date de déclaration. Les données analysées dans ce document sont celles du 16 août 2015. Certaines informations peuvent être postérieures à cette date.

Depuis le début de l'épidémie jusqu'à la date du 16 août 2015, le total des cas déclarés (suspects-probables-confirmés) en Guinée est de 3786 cas dont 2524 décès (67%) ainsi répartis : 3332 cas confirmés dont 2072 décès (62%), 452 cas probables dont 452 décès (décès communautaires non sécurisés avec lien épidémiologique) et 2 cas suspects (en attente de résultat biologique).

Au total 1224 cas confirmés sont sortis guéris des centres de traitement Ébola (CTE) depuis le début de l'épidémie.

Le tableau 1 donne la répartition, le 16 août 2015, du nombre cumulé de cas et de décès (suspects-probables-confirmés) de maladie à virus Ebola selon la date de déclaration, ainsi que l'incidence pour 100000, la létalité globale, la date de confirmation du dernier cas selon la préfecture de résidence.

Tableau 1

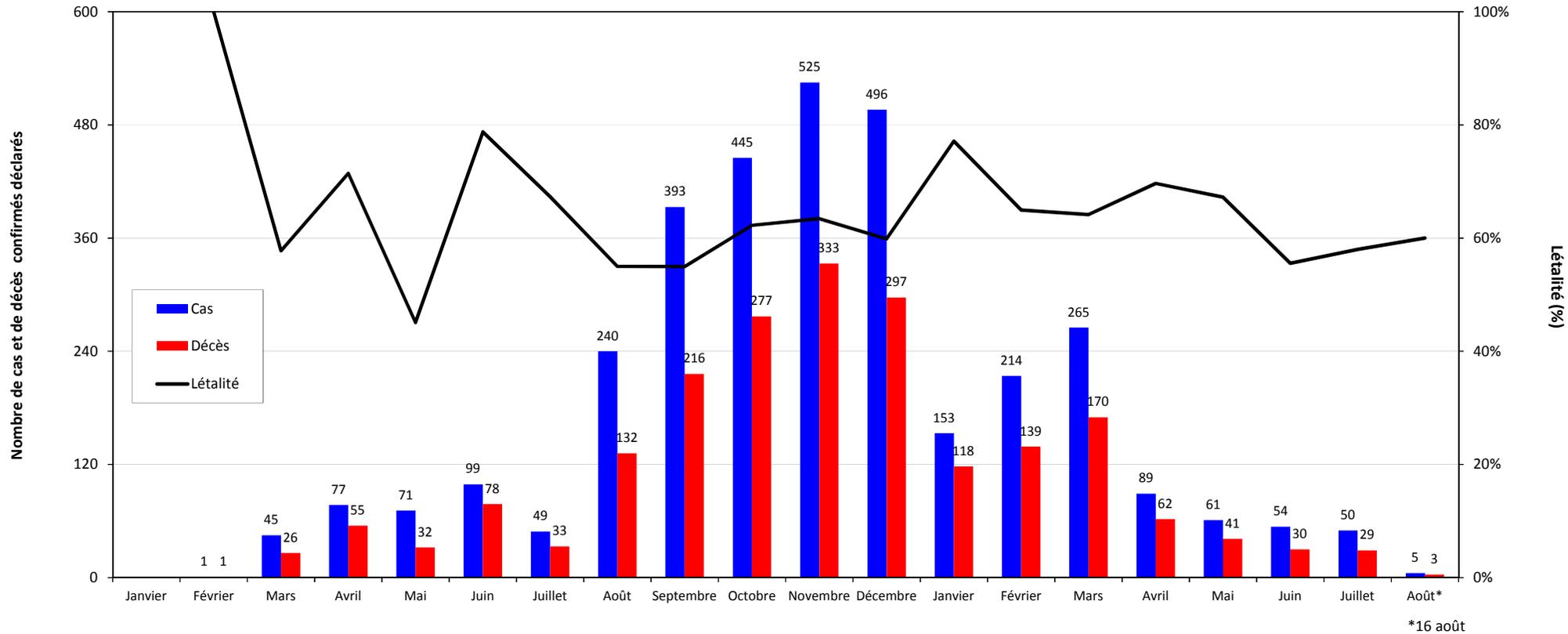
Préfecture	Cas cumulés	Décès cumulés	incidence cas p. 100000	Létalité*	Date confirmation dernier cas	Date confirmation dernier cas + 42 jours	Alerte pour suivi contacts
Beyla	47	28	14,44	59,6%	08/01/2015	19/02/2015	
Boffa	53	43	25,11	81,1%	21/04/2015	01/06/2015	
Boké	36	22	8,01	61,1%	01/07/2015	12/08/2015	
Conakry	602	315	36,09	52,3%	13/08/2015	24/09/2015	Oui
Coyah	244	139	92,37	57,0%	21/07/2015	01/09/2015	Oui
Dabola	13	13	7,11	100,0%	24/12/2014	04/02/2015	
Dalaba	9	2	6,60	22,2%	09/10/2014	21/11/2014	
Dinguiraye	1	1	0,51	100,0%	< Août 2014	~Septembre 2014	
Dubréka	159	100	48,41	62,9%	19/06/2015	31/07/2015	
Faranah	70	55	24,95	78,6%	28/01/2015	11/03/2015	
Forékariah	477	333	194,97	69,8%	14/08/2015	25/09/2015	Oui
Fria	17	10	17,61	58,8%	11/07/2015	22/08/2015	
Gaoual	0		0,00				
Guéckédou	382	316	130,90	82,7%	20/12/2014	31/01/2015	
Kankan	32	21	6,78	65,6%	11/01/2015	22/02/2015	
Kérouané	161	98	76,30	60,9%	18/12/2014	29/01/2015	
Kindia	113	85	25,78	75,2%	20/04/2015	31/05/2015	
Kissidougou	136	107	47,95	78,7%	07/02/2015	21/03/2015	
Koubia	0		0,00				
Koundara	0		0,00				
Kouroussa	20	13	7,46	65,0%	29/12/2014	09/02/2015	
Labé	0		0,00				
Lélouma	0		0,00				
Lola	111	84	63,35	75,7%	23/02/2015	06/04/2015	
Macenta	744	501	249,43	67,3%	26/02/2015	09/04/2015	
Mali	5	3	1,72	60,0%	19/02/2015	02/04/2015	
Mamou	0	0	0,00				
Mandiana	0		0,00				
N'Zérékoré	256	181	64,63	70,7%	23/01/2015	06/03/2015	
Pita	8	4	2,89	50,0%	05/10/2014	17/11/2014	
Siguiiri	34	24	4,89	70,6%	26/03/2015	07/05/2015	
Télimélé	43	20	15,16	46,5%	30/12/2014	10/02/2015	
Tougué	2	1	1,63	50,0%	01/02/2015	15/03/2015	
Yomou	11	5	6,23	45,5%	07/09/2014	19/10/2014	
Guinée	3786	2524	35,62	66,7%	14/08/2015	25/09/2015	3 préfectures

* La létalité globale est légèrement sous-évaluée dans les préfectures actives compte-tenu de quelques cas suspects en attente de résultat et de quelques cas confirmés hospitalisés, dont l'évolution n'est pas connue le jour du point de situation et qui sont pris en compte dans le dénominateur.
Rouge : Cas notifiés le jour de situation, **Vert** : Absence de cas au delà de 42 jours, **Bleu** : Aucune notification depuis le début de l'épidémie

Sept préfectures (Gaoual, Koubia, Koundara, Labé, Lélouma, Mamou, Mandiana) n'ont toujours notifié aucun cas confirmé ou probable depuis le début de l'épidémie.

Vingt-trois préfectures (Beyla, Boffa, Boké, Dabola, Dalaba, Dinguiraye, Dubréka, Faranah, Guéckédou, Kankan, Kérouané, Kindia, Kissidougou, Kouroussa, Lola, Macenta, Mali, N'Zérékoré, Pita, Siguiiri, Télimélé, Tougué, Yomou) n'ont pas notifié de cas depuis plus de 42 jours. Deux préfectures (Conakry et Coyah) sont en alerte pour le suivi de contacts venant d'une autre préfecture. Les autres préfectures ont notifié des cas depuis moins de 42 jours, dont Forékariah le 14 août.

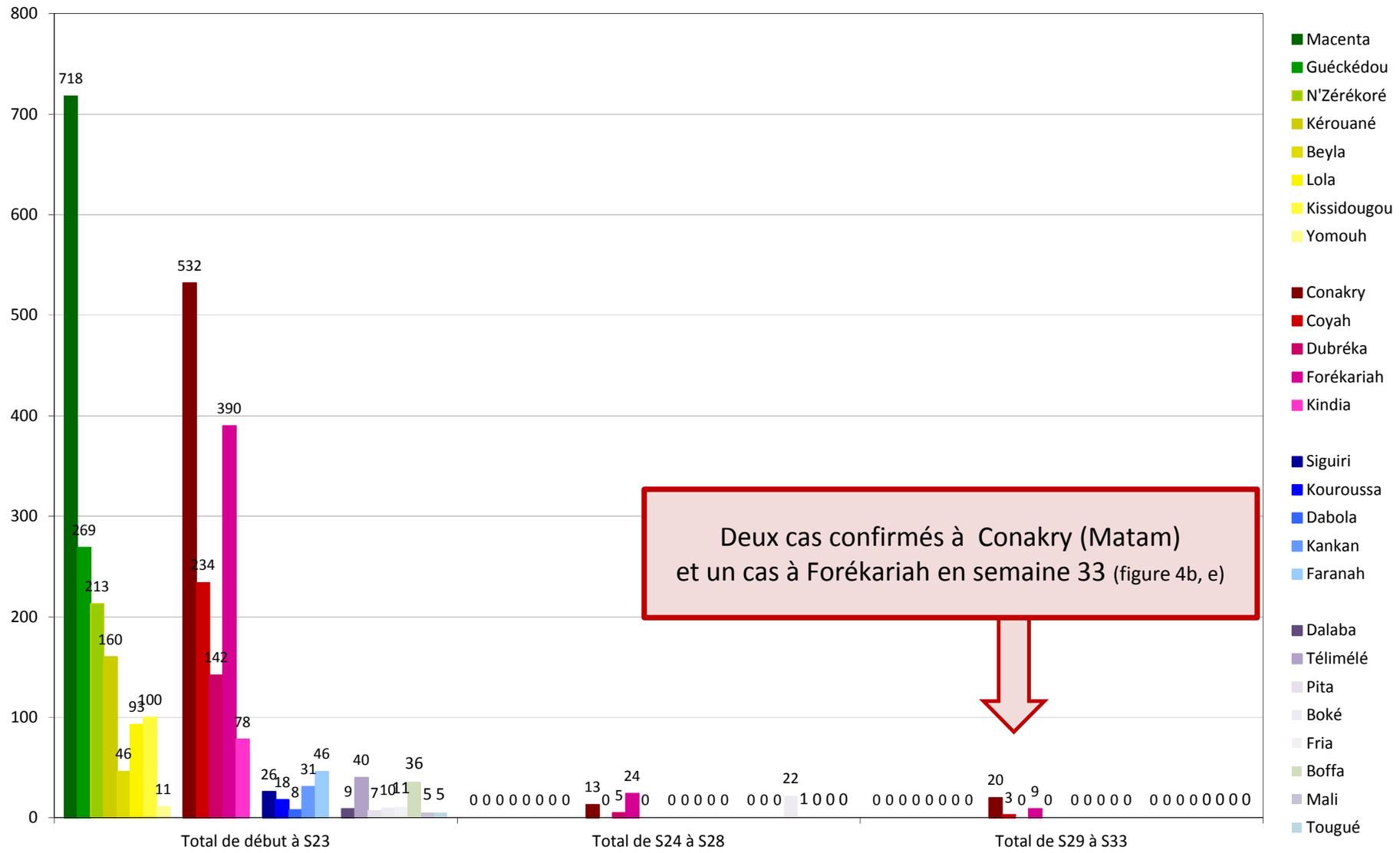
Figure 1 : Évolution des cas et des décès confirmés par mois de confirmation et de la létalité* par mois de décès de la maladie à virus Ébola en Guinée le 16 août 2015 (Coordination nationale).



** La létalité brute mensuelle est donnée à titre indicatif. Elle doit être interprétée avec prudence car quelques décès chaque mois correspondent à des cas confirmés le mois précédent. Par ailleurs la létalité des dernières semaines est légèrement sous-évaluée, car son calcul prend en compte quelques cas confirmés hospitalisés dont l'évolution n'est pas encore connue.*

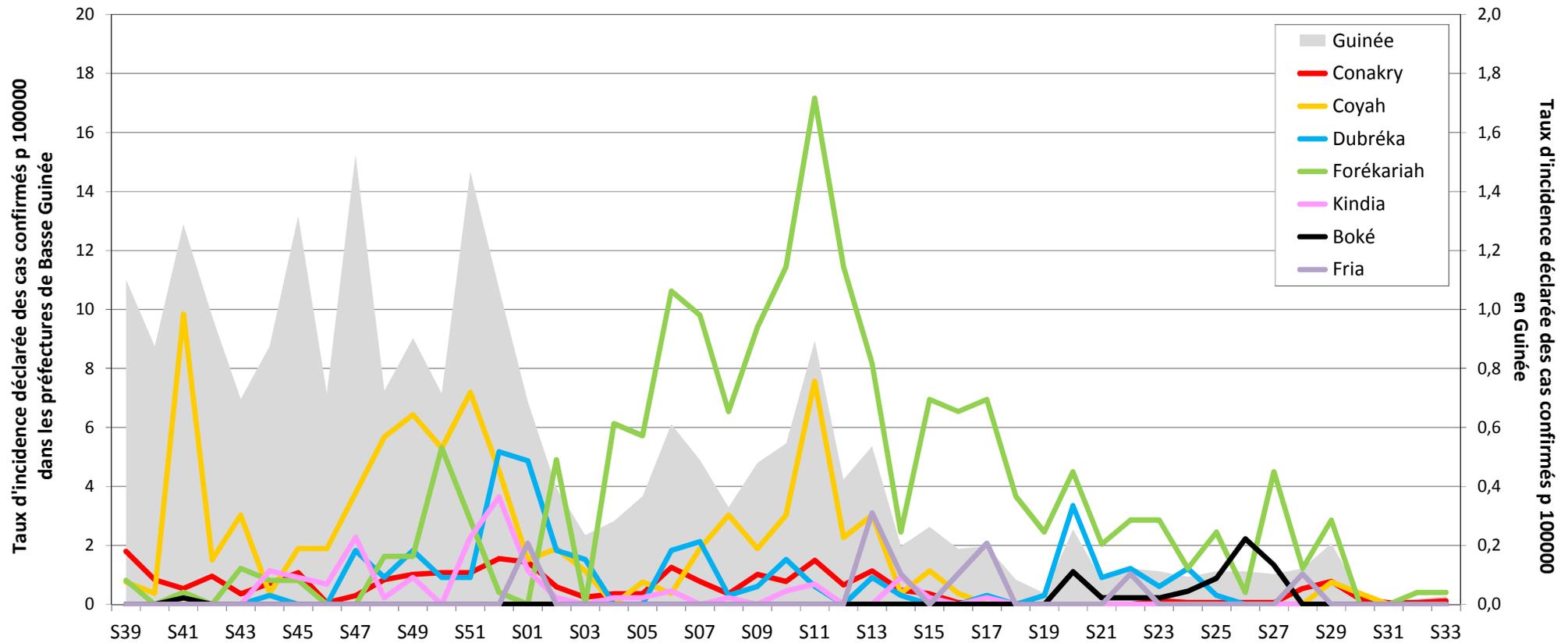
La définition du lien épidémiologique pour les décès probables a été modifiée (Circulaire 0953/CNRE de 20 Mars 2015). Les critères de lien épidémiologique sont les suivants : un contact possède un lien prouvé avec un cas confirmé ou probable OU un patient est en résidence ou en provenance d'une communauté dite active dans les 21 jours précédents ET les personnels en charge de lutte contre la Maladie à Virus Ebola possèdent à son égard des éléments raisonnables pour suspecter la Maladie à Virus Ebola.

Figure 2 : Évolution du nombre de cas confirmés de MVE déclarés par les préfectures depuis le début de l'épidémie (Coordination nationale)



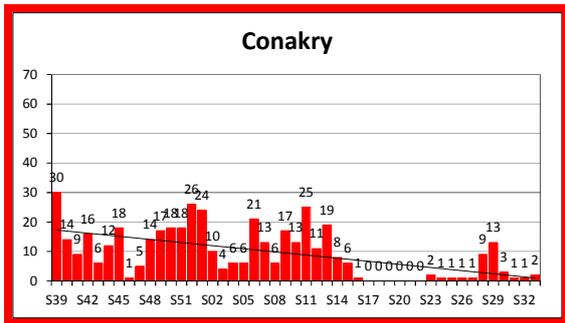
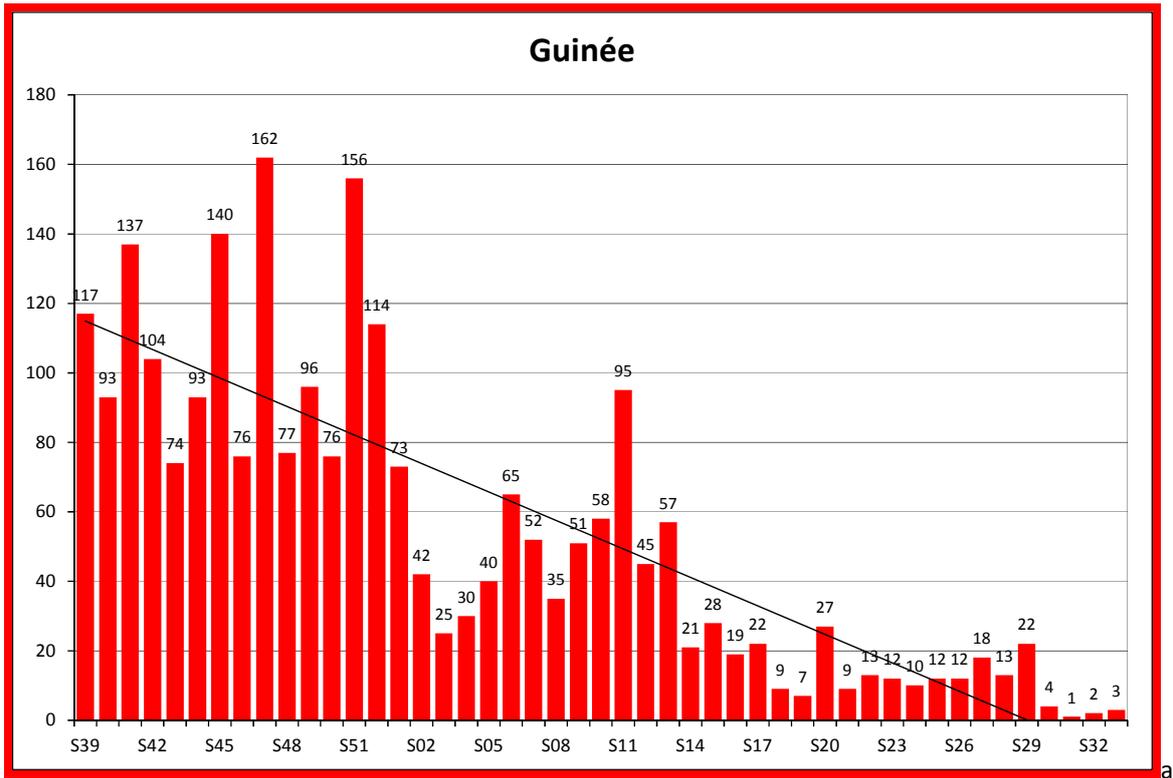
La figure 3 indique l'évolution des taux d'incidence des cas confirmés de MVE dans la capitale et dans les préfectures proches.

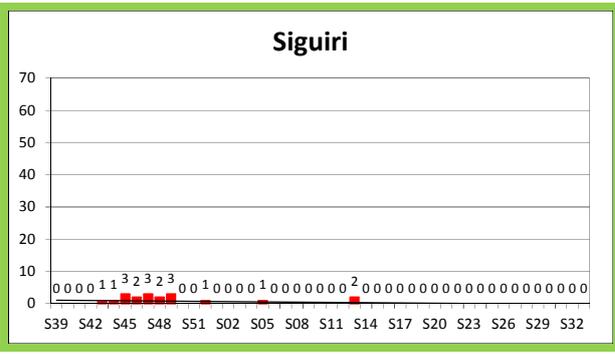
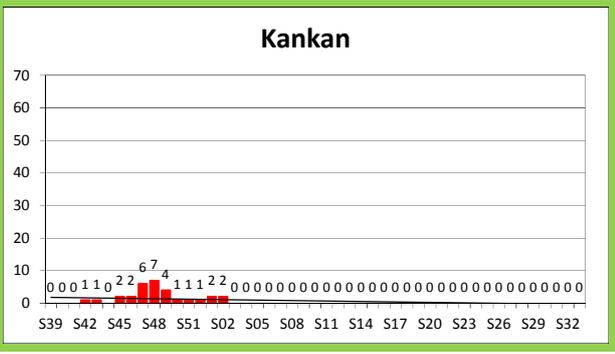
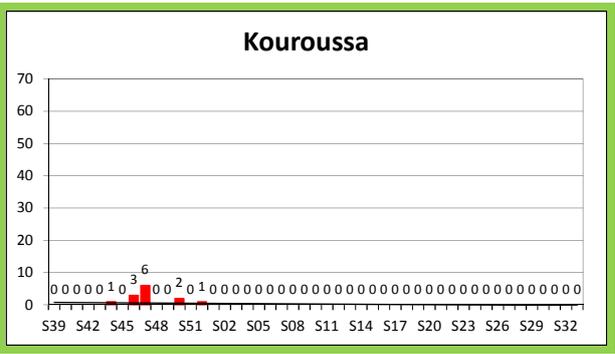
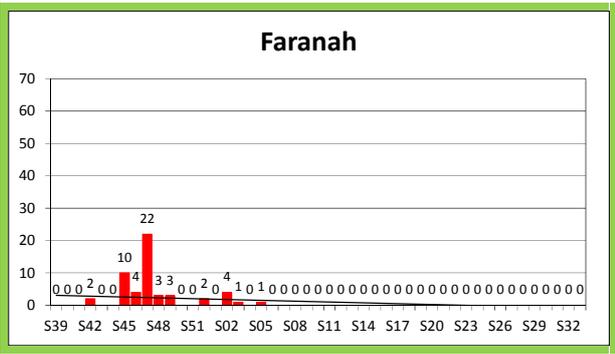
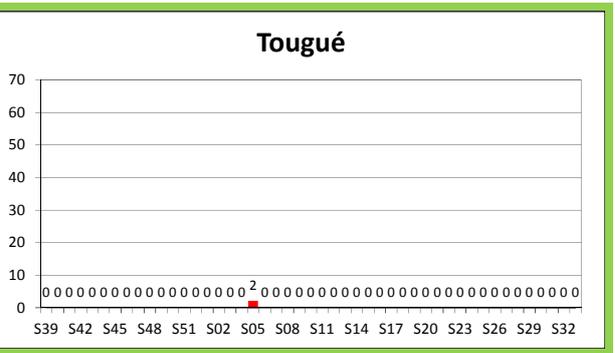
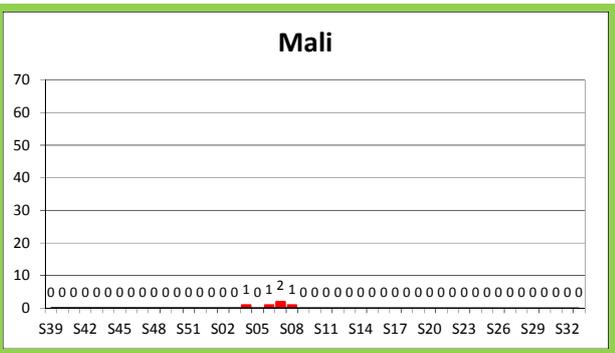
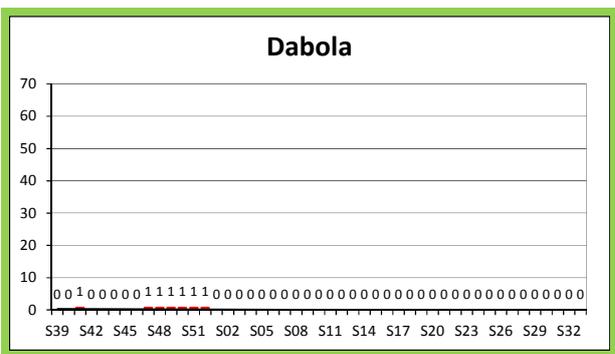
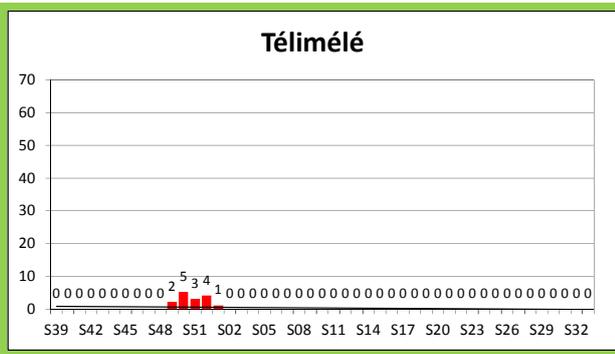
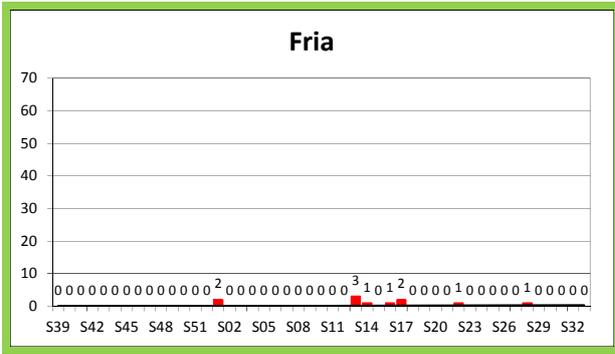
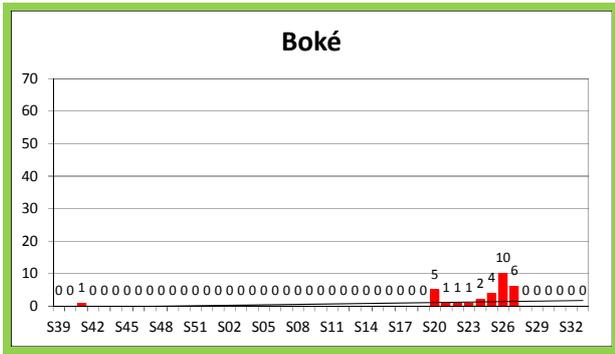
Figure 3 : Évolution des taux d'incidence pour 10000 habitants des cas confirmés de MVE déclarés pour la capitale et les préfectures proches des semaines 39/2014 à 33/2015 (Coordination nationale)

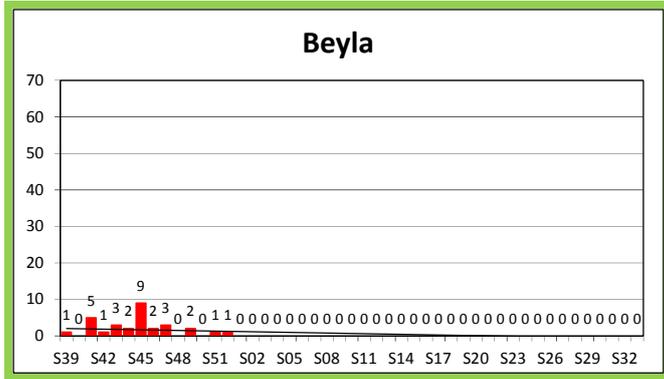
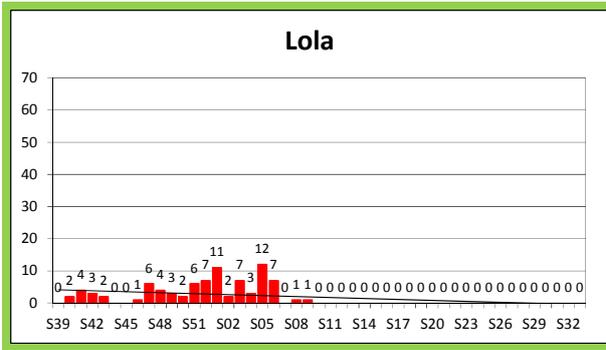
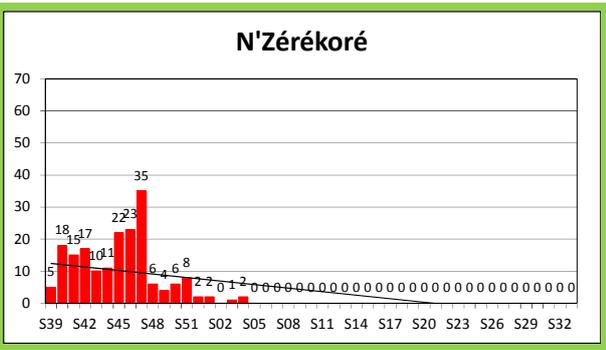
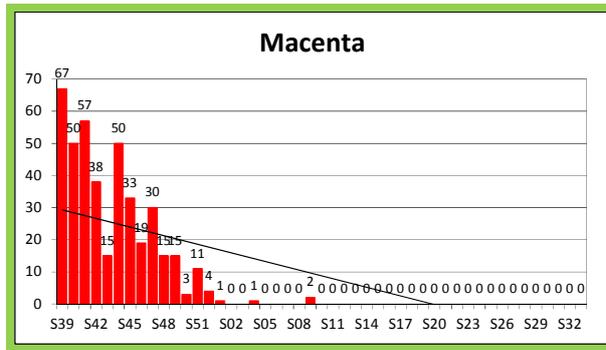
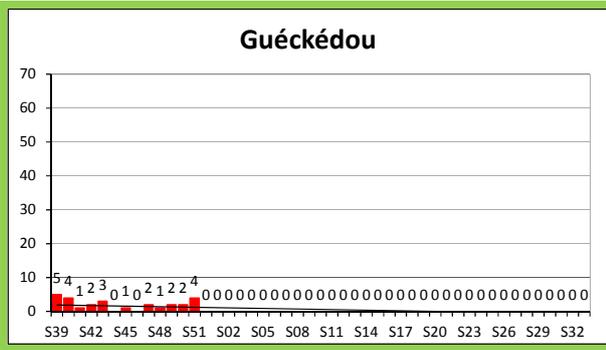
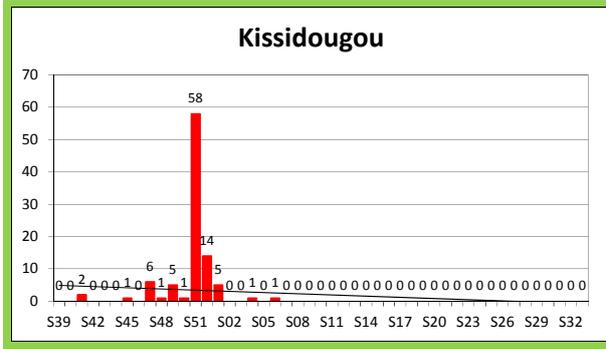
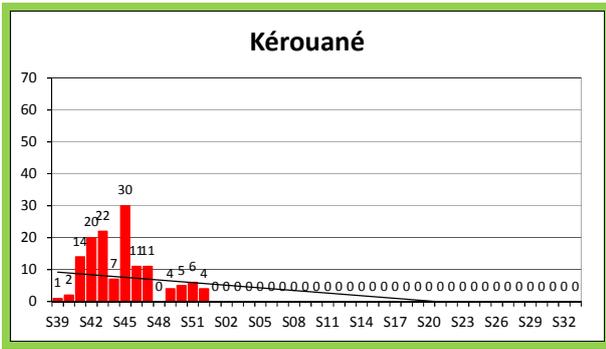


Cette semaine, la capitale a présenté deux cas (2 contacts dans la commune de Matam) et un cas dans la préfecture de Forékariah (un contact suivi vacciné, malade à J8 après vaccination).

Figures 4 (a-x) : Évolution hebdomadaire des cas confirmés de MVE déclarés dans les principales préfectures touchées de la semaine 39/2014 à la semaine 33/2015 (Coordination nationale)







█ Préfecture active
 █ Préfecture sans cas notifié depuis moins de 3 semaines
 █ Préfecture sans cas notifié depuis au moins 3 semaines

Évolution de l'épidémie de MVE en Guinée depuis décembre 2013

Figure 5 : Évolution de l'épidémie de MVE en Guinée depuis décembre 2013 (incidence déclarée lissée)

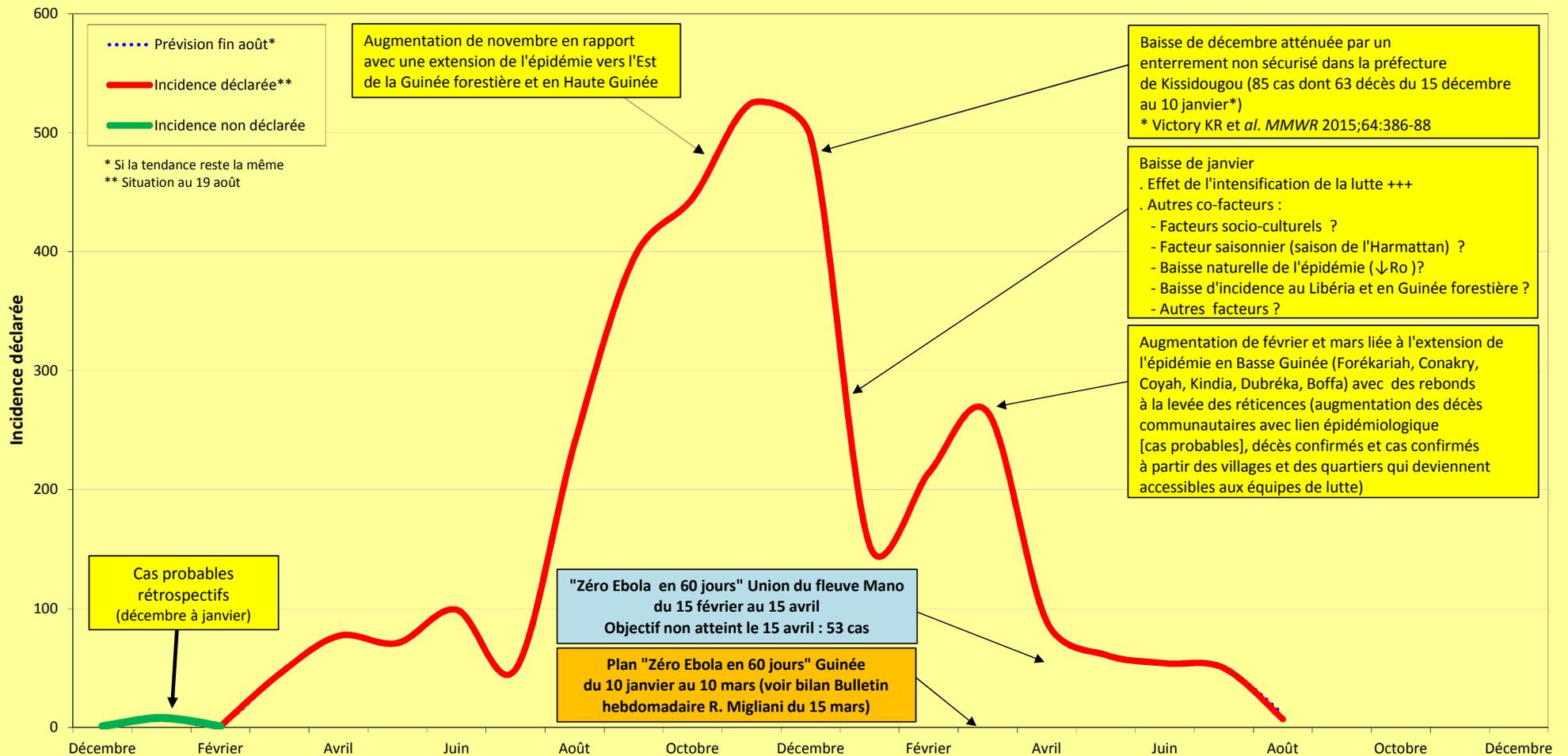
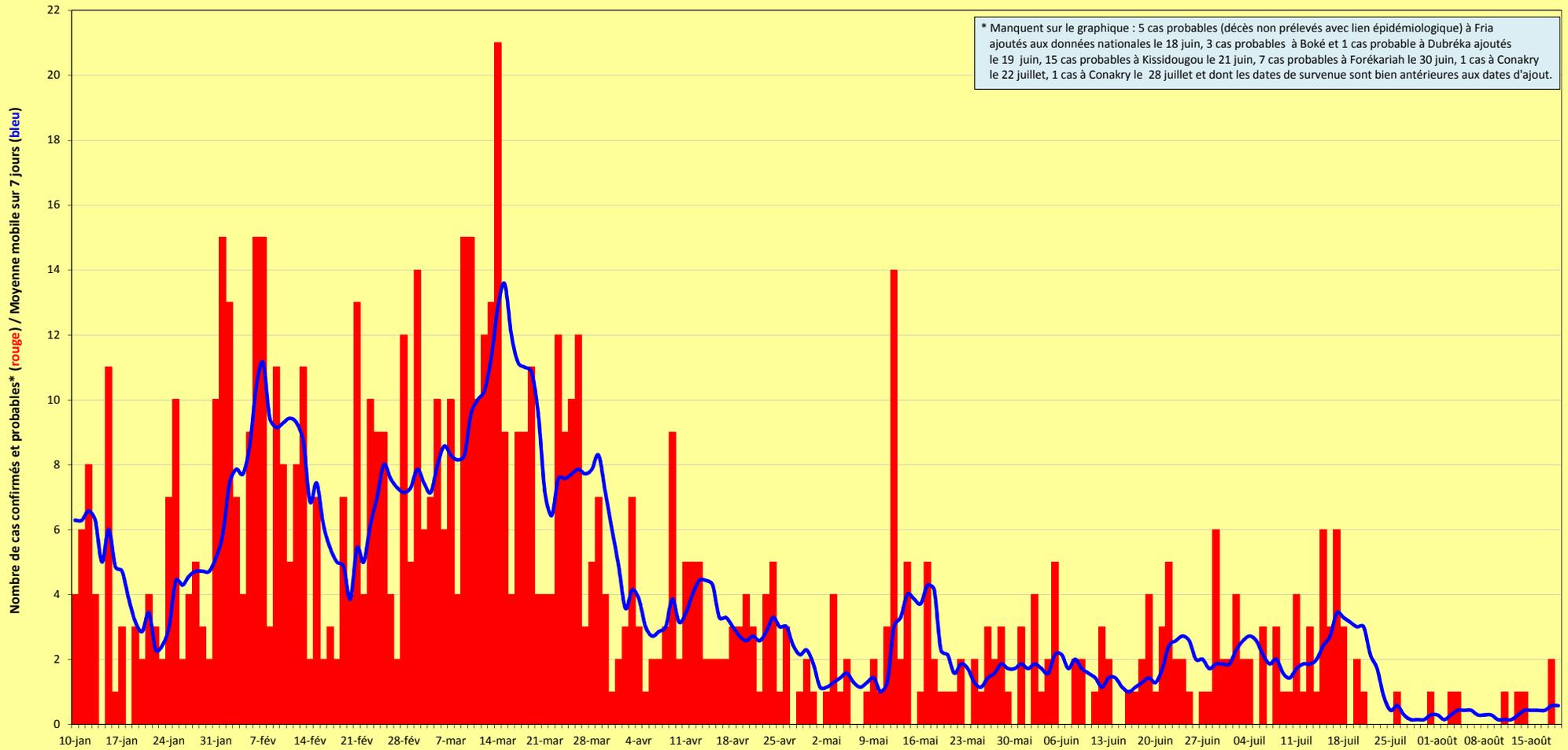


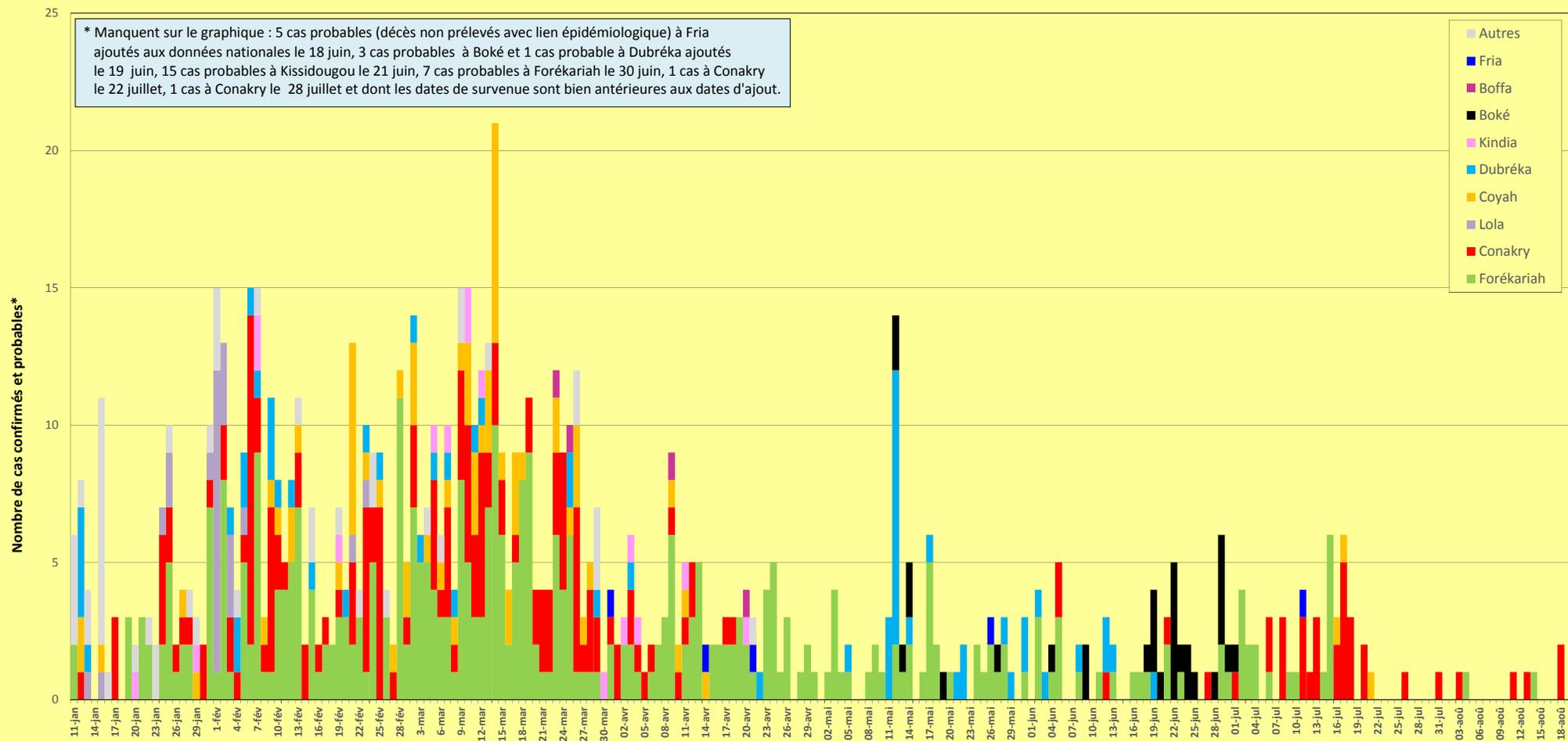
Figure 6 : Incidence quotidienne déclarée des cas confirmés et probables* de MVE en Guinée du 10 janvier au 19 août 2015



Entre le 27 avril et le 19 août, 38 journées sans cas notifiés ont été observées (33% [38/116]).

* Lancement de l'initiative « Zéro Ébola en 60 jours » en Guinée

Figure 7 : Incidence quotidienne déclarée des cas confirmés et probables* de MVE en Guinée du 10 janvier au 19 août 2015 selon la préfecture



* Manquent sur le graphique : 5 cas probables (décès non prélevés avec lien épidémiologique) à Fria ajoutés aux données nationales le 18 juin, 3 cas probables à Boké et 1 cas probable à Dubréka ajoutés le 19 juin, 15 cas probables à Kissidougou le 21 juin, 7 cas probables à Forékariah le 30 juin, 1 cas à Conakry le 22 juillet, 1 cas à Conakry le 28 juillet et dont les dates de survenue sont bien antérieures aux dates d'ajout.

Depuis le 22 juillet 21 jours sans aucun cas confirmé ou probable* ont été notifiés (70%, 21/30) +++

* Les cas probables de Conakry du 22 juillet et du 28 juillet sont antérieurs à cette date (n'apparaissent pas sur le graphique)

et les cas confirmés de Conakry des 26, 31 juillet, 3 et 18 août (commune de Ratoma), 11 et 13 août (commune de Matam) sont des sujets contacts (3 suivis et 3 perdus de vue dont 2 retrouvés malades et 1 décédé [18 août]).

L'un des deux cas de Conakry du 18 août à Ratoma est un chauffeur de taxi malade non connu comme contact.

Le cas du 4 août est un décès confirmé dans la préfecture de Forékariah, sous-préfecture de Moussayah (le corps du défunt a été lavé avant que la famille ne donne l'alerte !!!).

On peut s'attendre à des cas chez les contacts (phase de maladie et préparation funéraire avant la sécurisation).

Ainsi le cas confirmé du 14 août à Moussayah est un contact vacciné du cas du 4 août. La maladie est survenue au 8^{ème} jour après la vaccination.

Figure 8 : Taux d'incidence cumulé pour 100000 des cas confirmés et probables selon la préfecture et le district et évolution de l'incidence mensuelle dans les trois pays épidémiques à la date du 16 août 2015*. * Remerciements à Anton Camacho de la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (LSHTM) pour la fourniture des données d'incidence compilées et des données démographiques. † Données de la Guinée mise à jour à partir des données des rapports de situation (« Sitrep ») quotidiens.

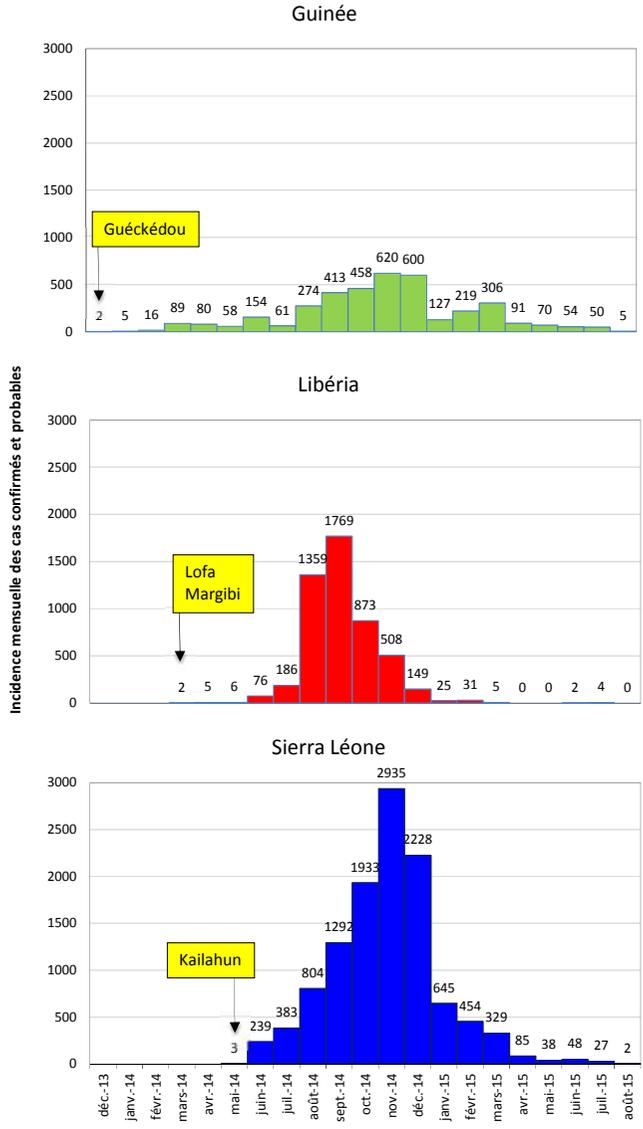
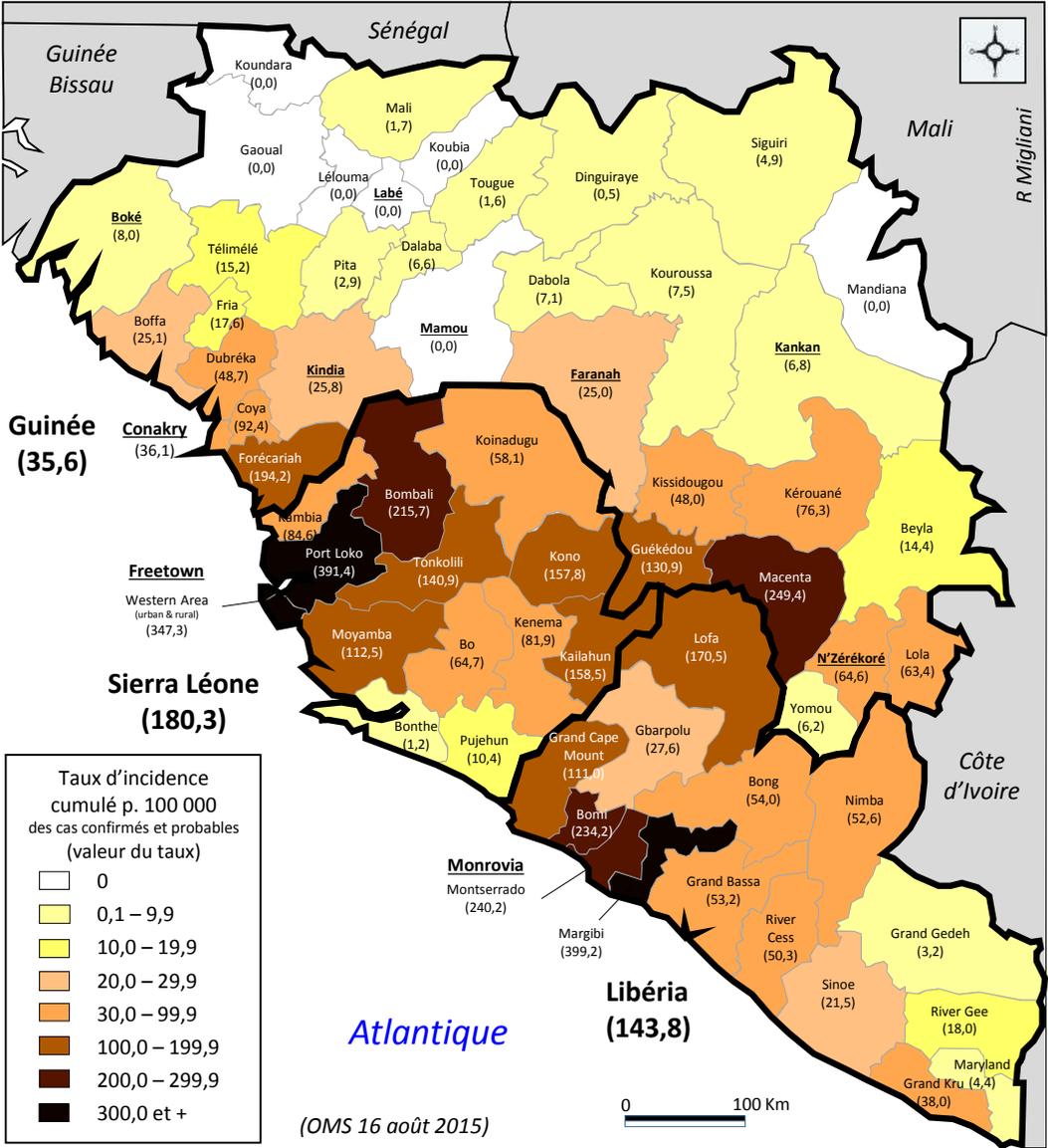


Figure 9 : Évolution du taux d'incidence pour 100000 des cas confirmés et probables selon la région naturelle en Guinée de décembre 2013 au 16 août 2015 (Coordination nationale).

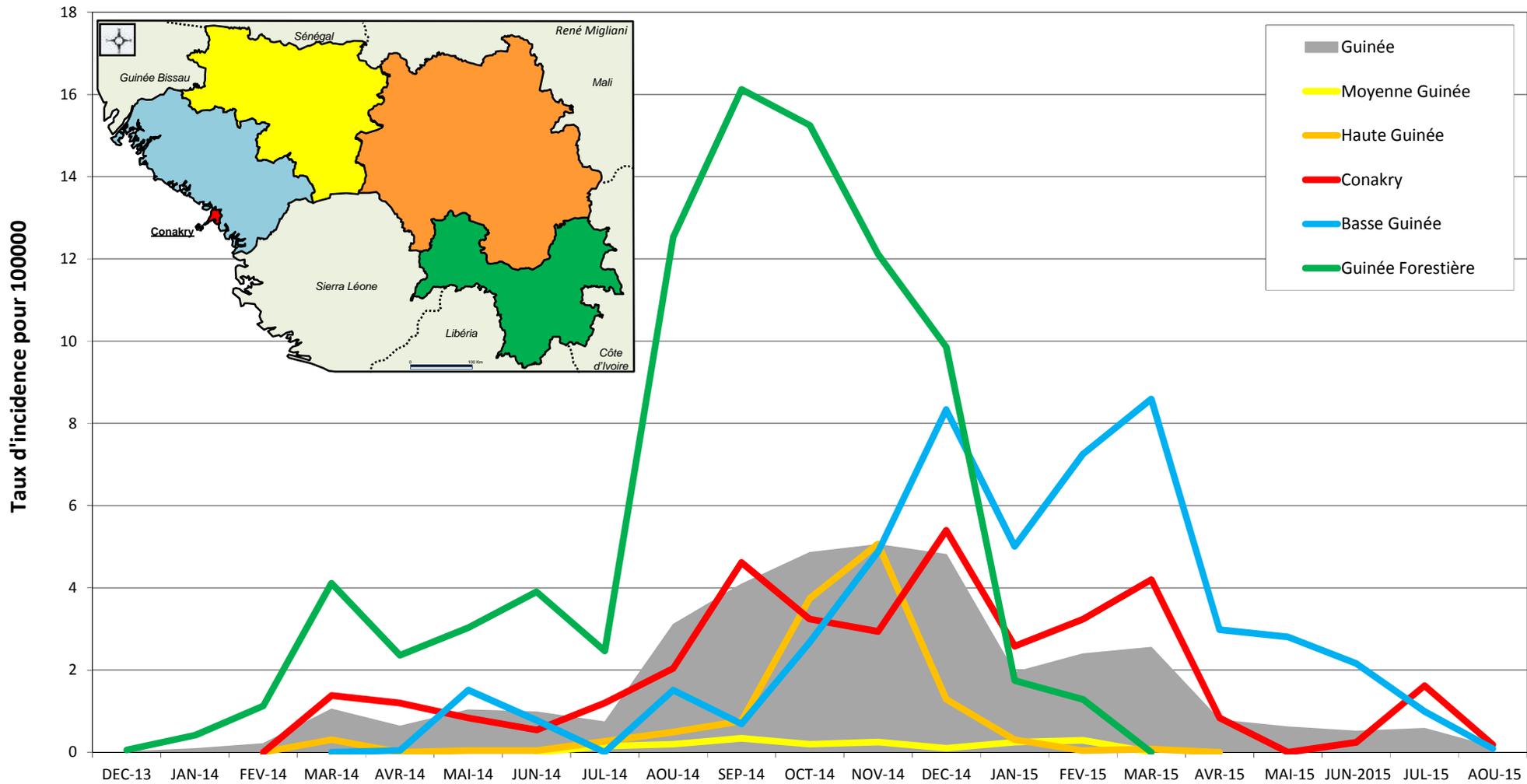
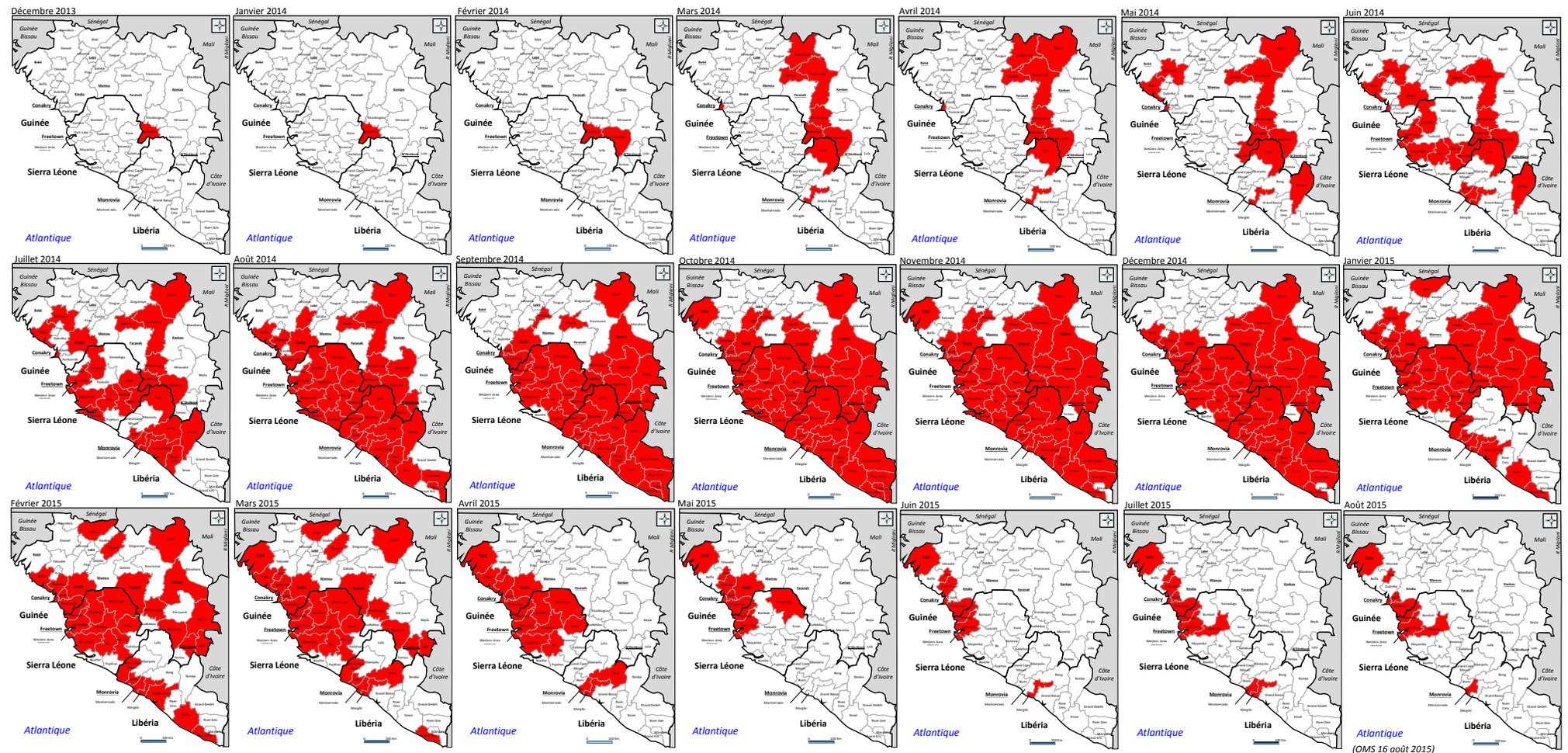


Figure 10 : Évolution spatio-temporelle mensuelle de l'épidémie de maladie à virus Ébola dans les trois pays épidémiques de décembre 2013 au 16 août 2015*. * Remerciements à Anton Camacho de la *London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM)* pour la fourniture des données compilées (cas confirmés et probables).

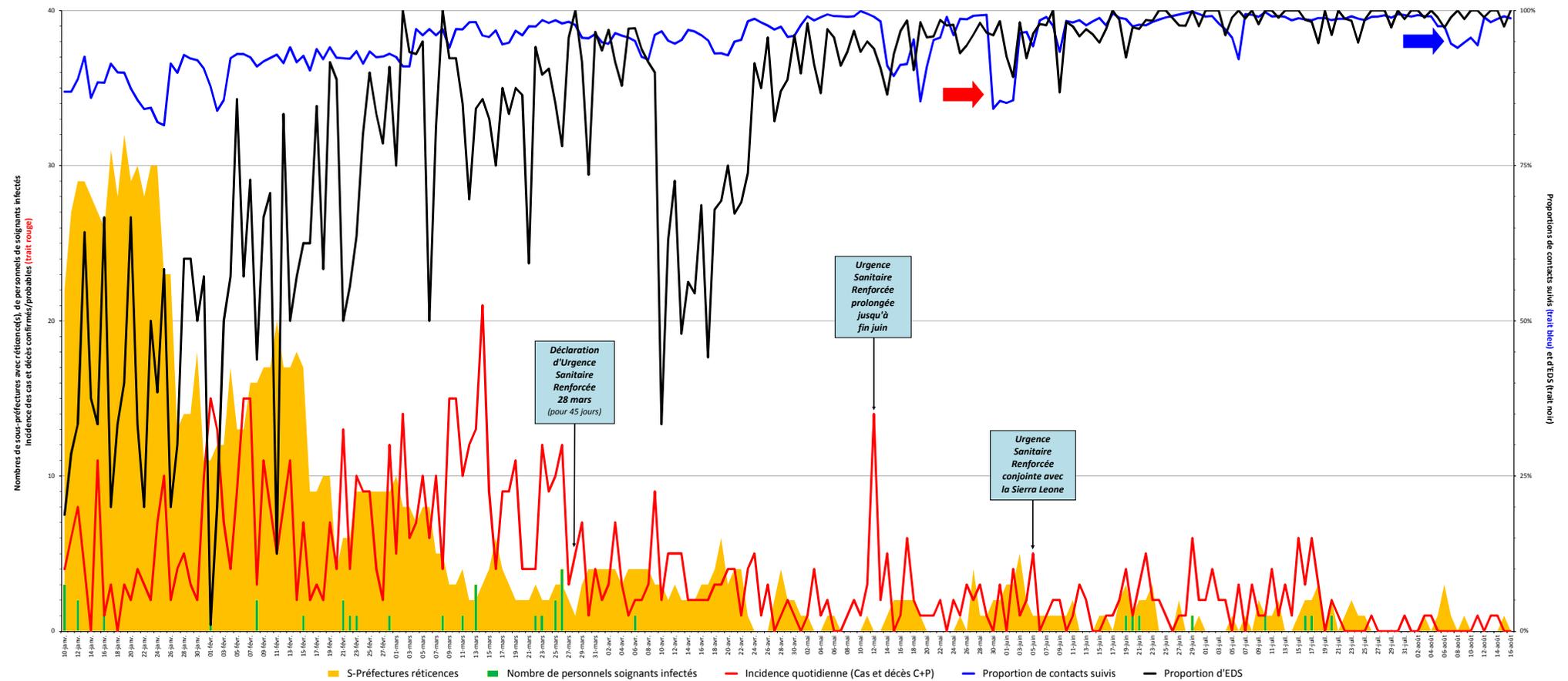


Le virus ayant infecté le cas décédé du 29 juin dans le Comté de Margibi au Libéria était semblable au virus ayant circulé dans ce Comté fin 2014. Cette analyse élimine la piste d'une contamination à partir d'un des deux autres pays endémiques et d'une contamination à partir d'un réservoir animal (source OMS). L'enquête se poursuit toujours pour comprendre l'origine de ce cas (contamination par un fluide corporel d'un cas guéri porteur chronique ?).

Un cas confirmé a été notifié en semaine 30 et un deuxième cas en semaine 31 dans le Comté de Tronkolili en Sierra Leone, où aucun cas n'avait été identifié depuis mars 2015.

Aucun cas confirmé ou probable notifié en semaine 33 en Sierra Leone et au Libéria.

Figure 11 : Évolution des indicateurs de suivi de l'initiative « Zéro Ébola » du 10 janvier au 16 août 2015 (coordination nationale)

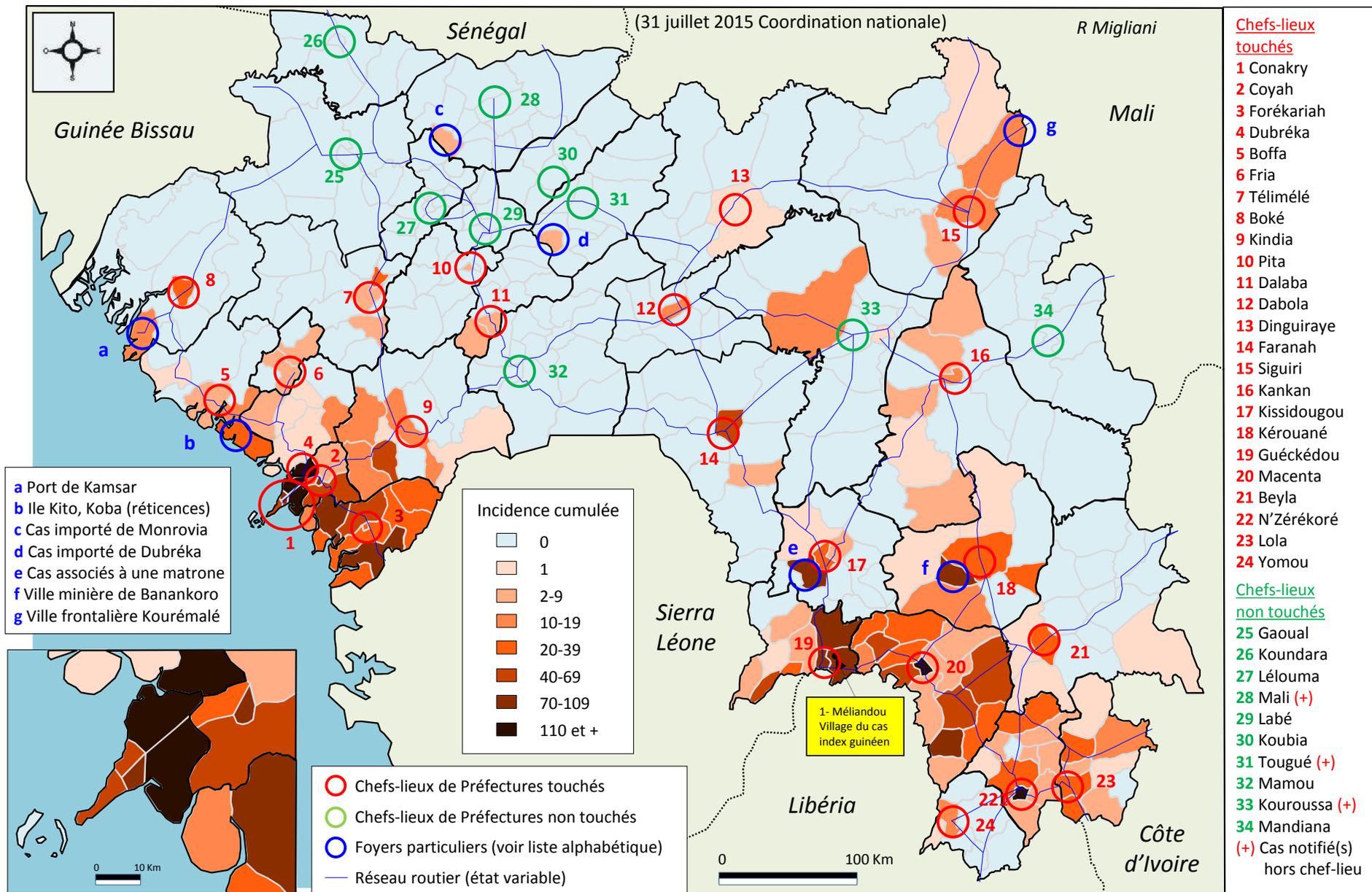


Les fortes réticences de la fin du mois de mai ont été à l'origine d'une baisse du suivi des contacts (ligne bleue, flèche rouge).

Du 7 au 11 août la proportion de suivi des contacts était en baisse (95%), liée à de nombreux perdus de vue dans la capitale (ligne bleue, flèche bleue).

« L'épidémie ne sera vaincue que lorsque après le dernier cas des 3 pays épidémiques il se sera écoulé plus de 42 jours. »
« Si c'est un homme il faudra compter 90 jours si ce patient est guéri pour tenir compte d'une possible transmission sexuelle. »

Figure 12 : Distribution de l'incidence cumulée de l'épidémie d'Ébola en Guinée par sous-préfecture de décembre 2013 au 31 juillet 2015 selon les axes routiers (coordination nationale)



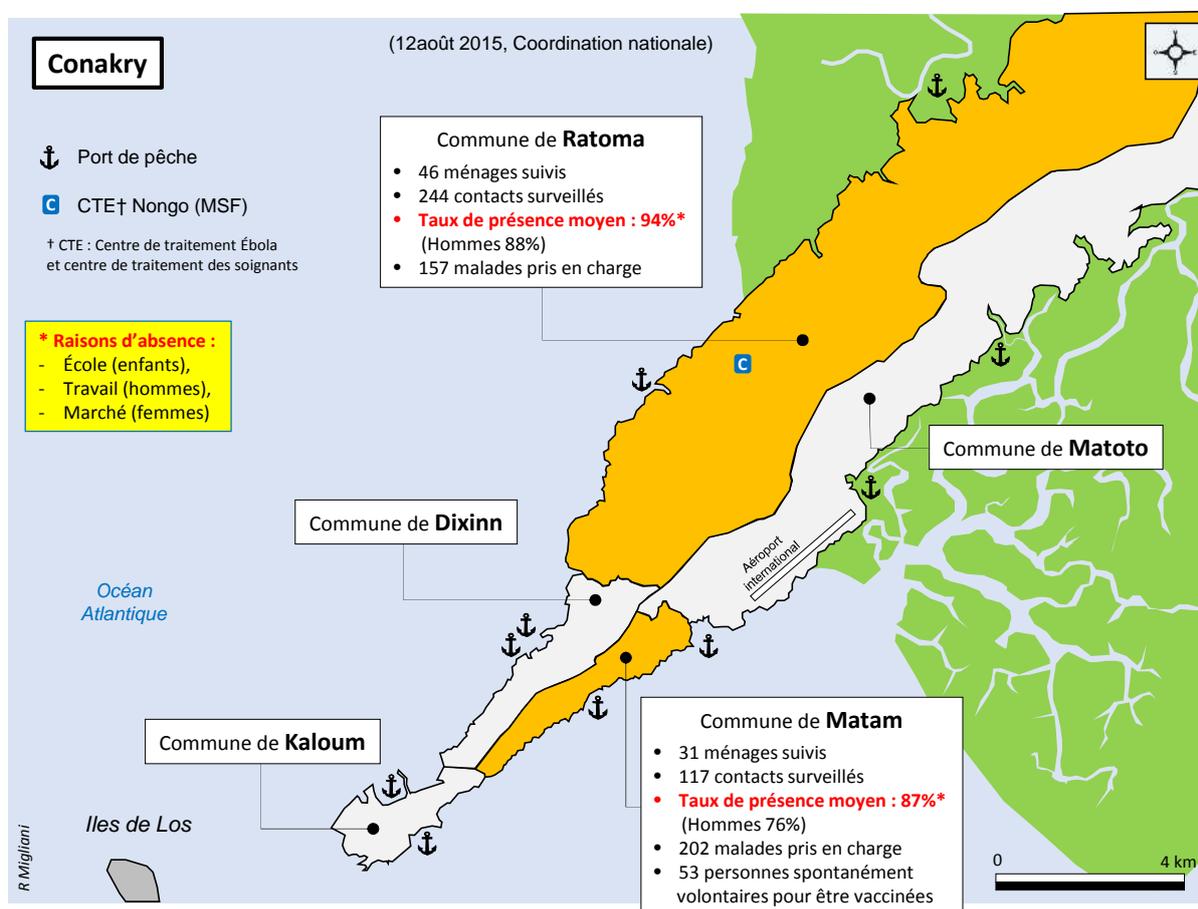
Bilan de la campagne de confinement à Conakry du 20 juillet au 10 août 2015 dans les communes de Ratoma et de Matam

(d'après Unité de communication de la coordination nationale)

Pour améliorer le suivi des contacts identifiés autour d'un cas confirmé (malade ou décédé) dans la capitale (communes de Ratoma et de Matam), une campagne de micro-cerclage (confinement des familles exposées et très exposées avec assistance médicale, psychologique et alimentaire) du 20 juillet au 10 août. La surveillance de l'état de santé a été réalisée par des visites médicales quotidiennes.

La figure 13a indique les principaux résultats de ces activités de micro-cerclage. On note que le suivi des familles exposées n'a pas été de 100%. Malgré plus de 15 mois d'épidémie, le confinement à domicile avec mesures d'accompagnement (vivres et pécule financier pour améliorer l'alimentation [« prix de sauce »]), qui fait partie des obligations ordonnées par la coordination et les autorités, est difficilement respecté, même en y mettant des moyens importants.

Figure 13a : Résultats de la campagne de micro-cerclage dans les communes de Ratoma et de Matam à Conakry du 20 juillet au 10 août 2015 (coordination nationale)



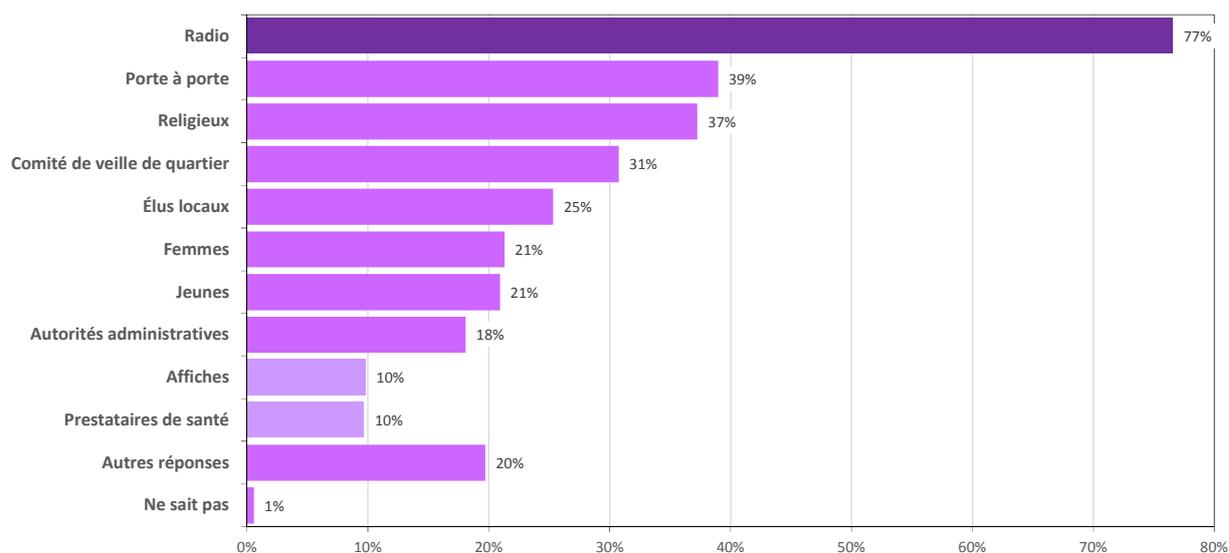
Afin de mesurer l'impact des activités d'éducation, d'information et de communication à l'occasion de cette campagne de micro-cerclage, une enquête sur un échantillon de population des deux communes a été réalisée. L'échantillon de cette enquête était composée de 151 personnes tirées au sort (71 hommes, 80 femmes). Compte-tenu de la taille de cet échantillon, les résultats présentés ne sont sans doute pas représentatifs de l'ensemble de la population dans ces communes mais apportent des éléments d'information utiles à la réflexion pour améliorer les stratégies de communication.

Parmi les principaux résultats, on note, comme précédemment lors d'enquêtes réalisées par l'Unicef en Guinée, qu'une très grande majorité des personnes interrogées (95,4%) croient en l'existence de la maladie à virus Ebola (MVE).

Les trois figures suivantes (13b, c et d) rapportent les réponses des sujets enquêtés sur les canaux d'information dans la capitale, sur la connaissance des symptômes de la MVE et les attitudes face à une personne décédée à domicile.

La radio est le premier support d'information de la population dans la capitale, citée par 77% des sujets enquêtés (figure 13b). Un important programme de réhabilitation des radios communautaires a été réalisé à partir de fin 2014. Ainsi un réseau d'une quinzaine de radios avec leurs moyens de diffusion a été mis en œuvre dans les préfectures épidémiques. Les affiches et les prestataires de santé sont les moins cités des canaux d'information (10%).

Figure 13b : Canaux d'information sur la maladie à virus Ébola [MVE] (plusieurs réponses possibles) dans les communes de Ratoma et de Matam à Conakry (enquête post-confinement sur 151 personnes des deux sexes) (coordination nationale)



Radio mobile mise en œuvre dans la sous-préfecture de Tanéné dans la préfecture de Dubréka pour la lutte contre Ébola (FICR)

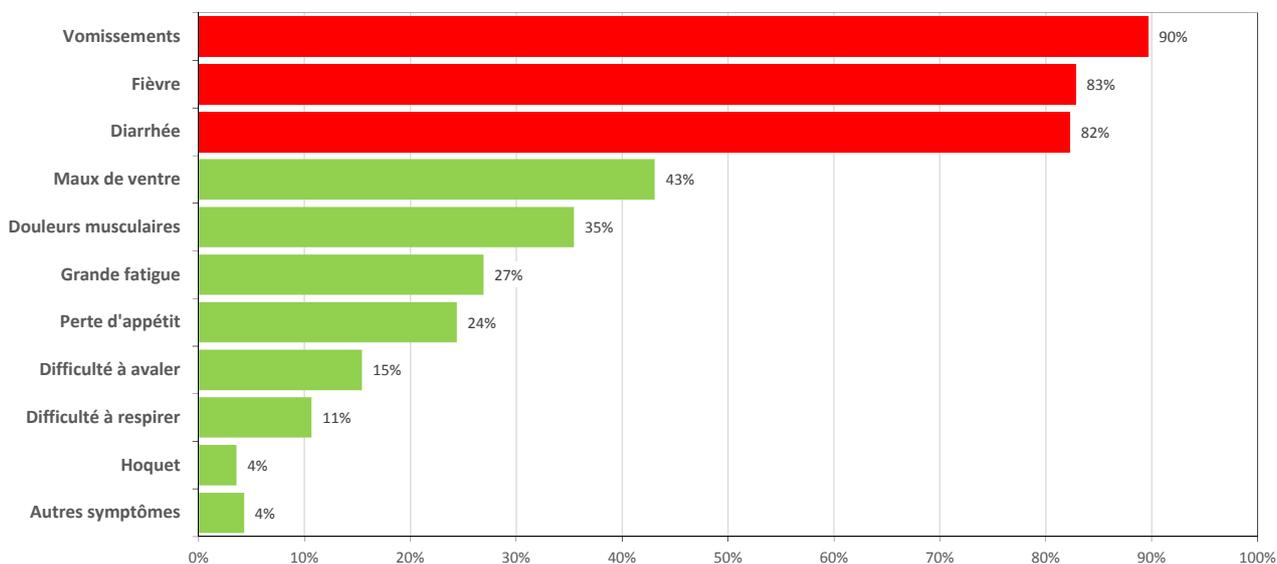
(Photographies René Migliani 2015)



Marché de Matoto, Conakry
Impact des affiches ?

Les principaux symptômes connus de la MVE rapportés par les sujets enquêtés sont la fièvre (83%) et les symptômes digestifs (vomissements 90%, diarrhée 82%). Les autres symptômes sont cités dans moins de 50% des cas (figure 13c).

Figure 13c : Connaissances sur les symptômes de la MVE (plusieurs réponses possibles) dans les communes de Ratoma et de Matam à Conakry - Enquête post-confinement par sondage sur 151 personnes des deux sexes (coordination nationale)



Face à un sujet décédé à domicile, l'attitude la plus fréquemment rapportée est l'appel au 115, qui est un numéro de téléphone gratuit dédié à l'alerte et à l'information sur la MVE (figure 13d). Ce message (« Appel au numéro 115 ») apparaît sur de nombreuses affiches de la capitale (voir photographie prise au marché de Matoto page précédente).

On note qu'environ 5% des répondants continuent à citer des pratiques à risque comme de cacher le défunt et de pratiquer les soins rituels au défunt. Ceci est corroboré par les deux décès confirmés identifiés depuis début août (1 à Ratoma dans Conakry et 1 dans la sous-préfecture de Moussayah à Forékariah). Même si cette proportion de « résistants » paraît faible, elle suffit sans doute à faire perdurer la transmission.

Figure 13d : Attitudes déclarées face à un défunt à domicile (plusieurs réponses possibles) dans les communes de Ratoma et de Matam à Conakry - Enquête post-confinement par sondage sur 151 personnes des deux sexes (coordination nationale)

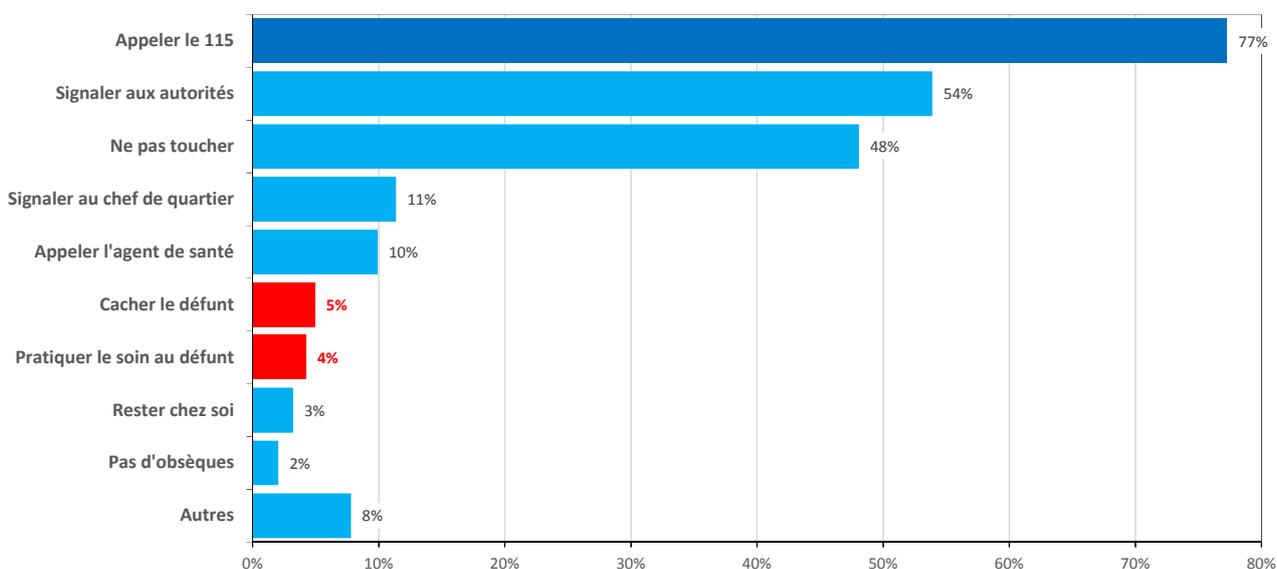


Figure 14 : Répartition des cas (suspects-probables-confirmés [S-P-C]) cumulés de maladie à virus Ébola (MVE) selon la préfecture le 16 août 2015 (Coordination nationale).

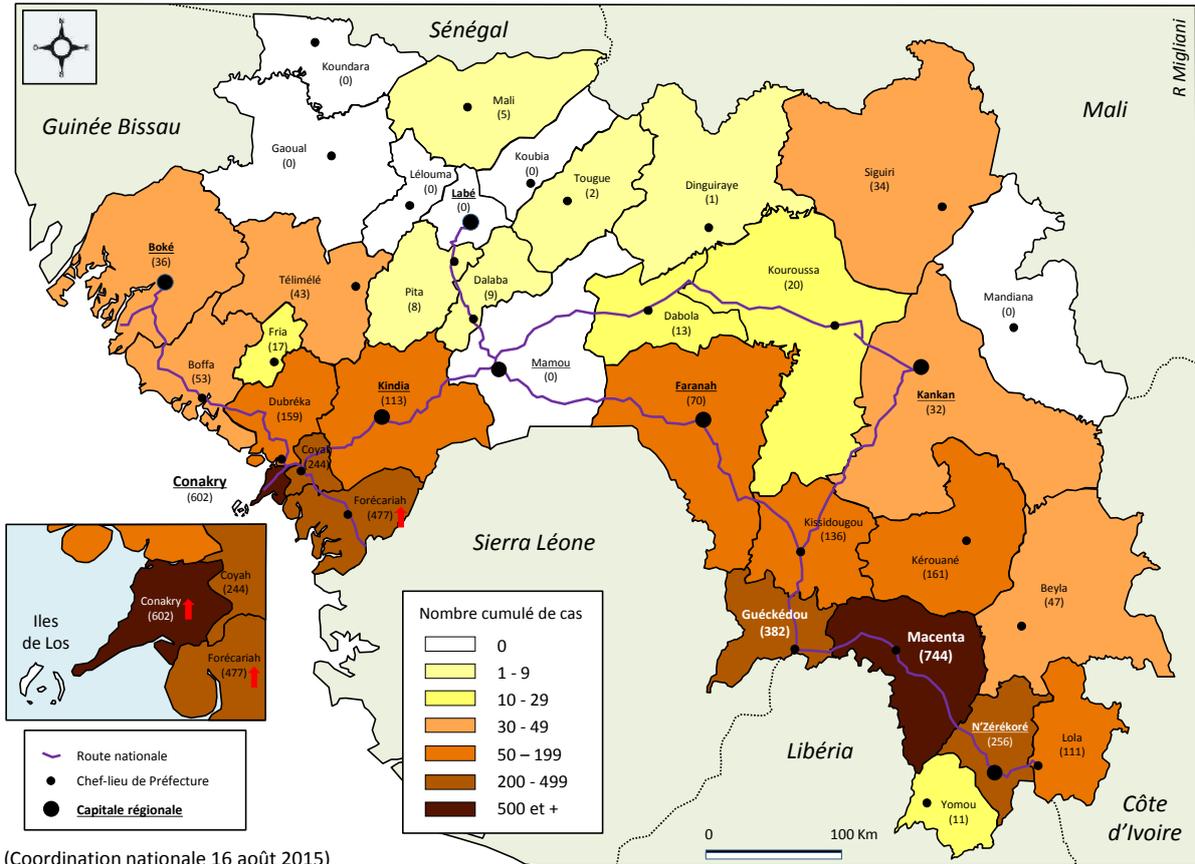


Figure 15 : Répartition des taux d'incidence p. 100000 des cas (S-P-C) cumulés de MVE selon la préfecture le 16 août 2015 (Coordination nationale).

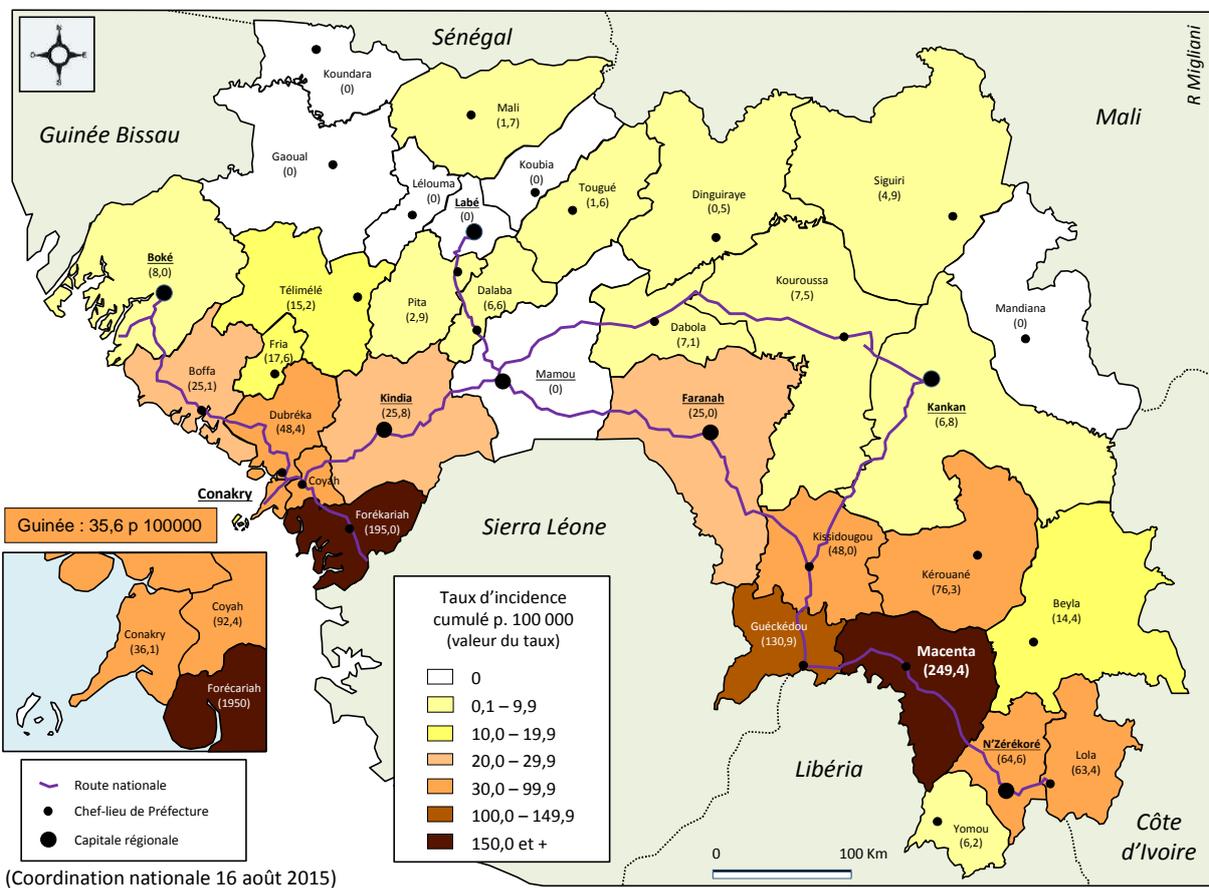


Figure 16 : Répartition des préfectures selon la date de dernière notification des cas confirmés de MVE en Guinée le 16 août 2015 (Coordination nationale)

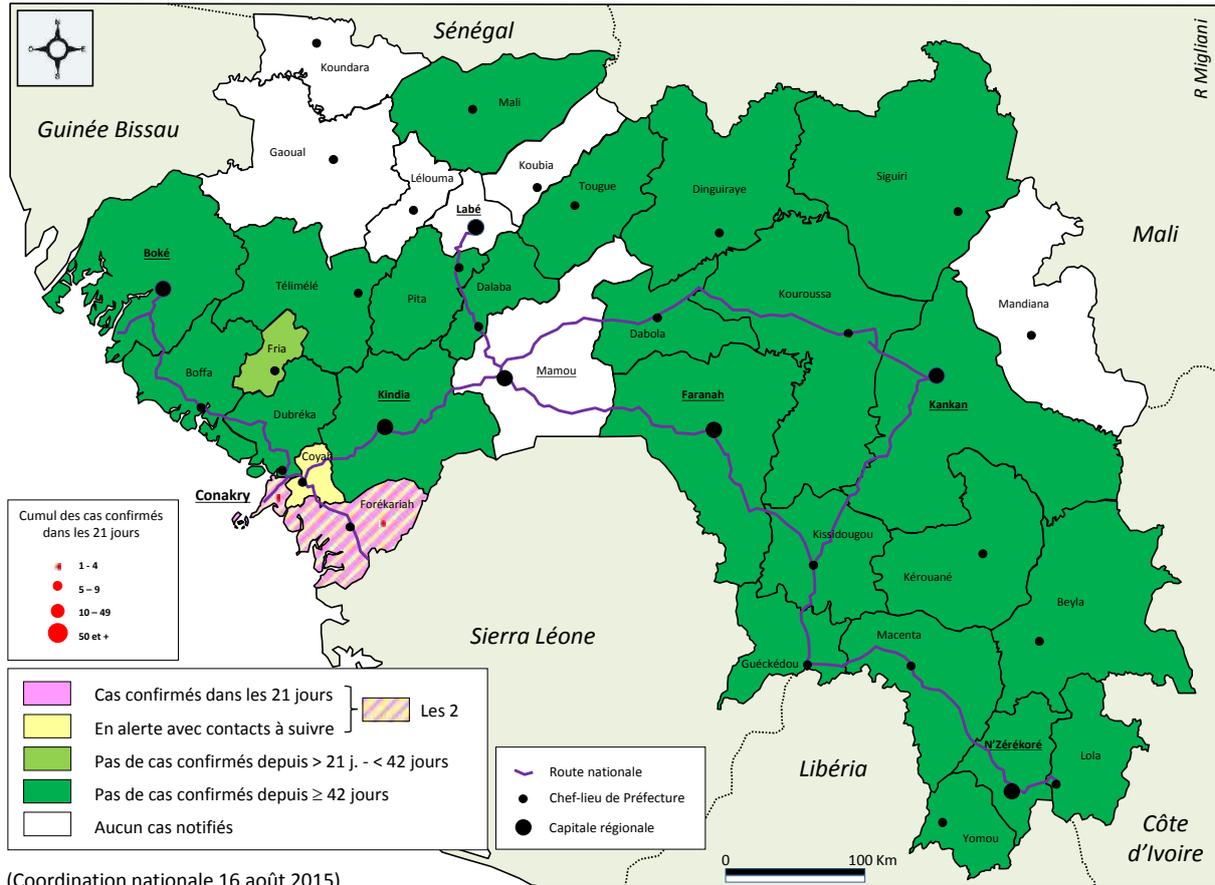
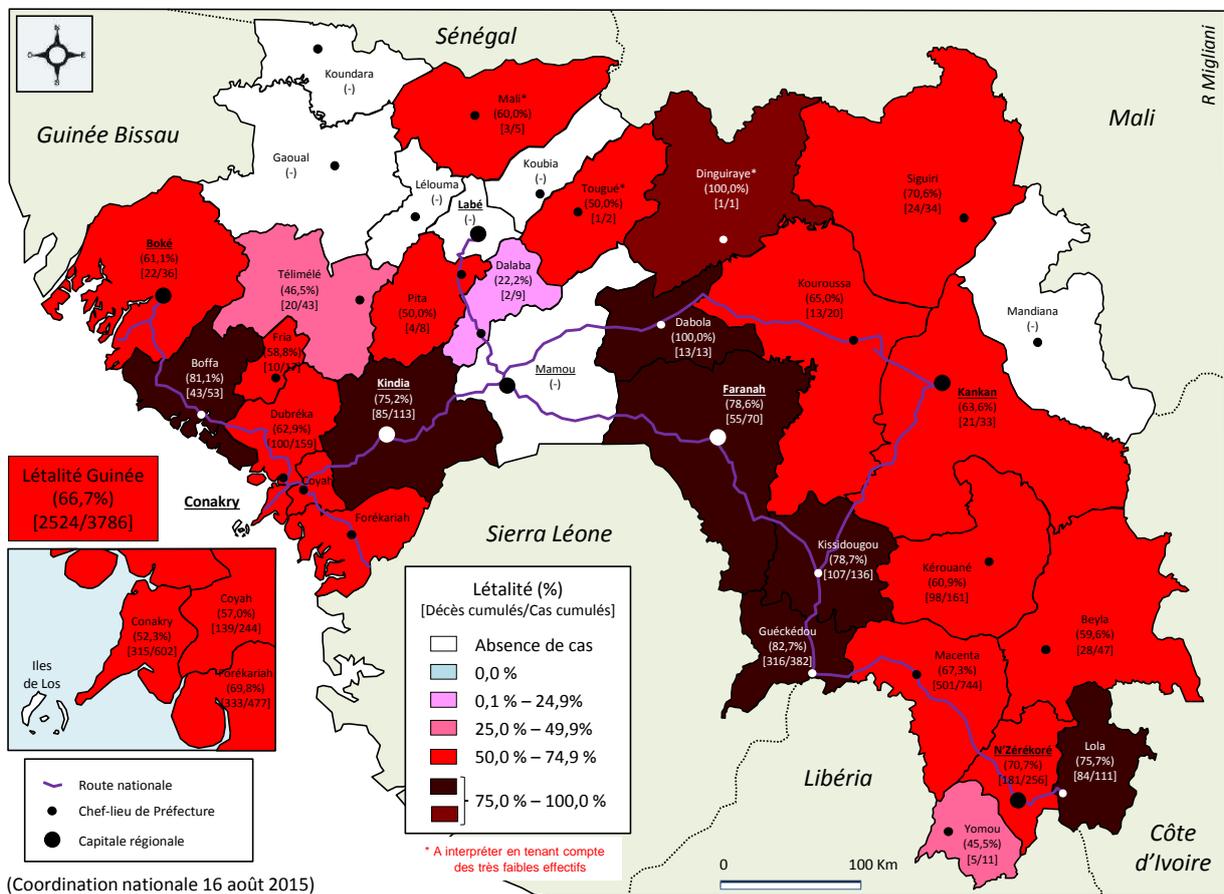


Figure 17 : Létalité cumulée des cas (S-P-C) de MVE selon la préfecture en Guinée le 16 août 2015 (Coordination nationale).



Données concernant les professionnels de santé

La figure 18 indique l'évolution des cas et décès confirmés et probables cumulés de MVE des personnels de santé en Guinée. De la semaine 15 à la semaine 24 le nombre d'infections chez les professionnels de santé est stable (202 cas confirmés et probables), ainsi que nombre de décès (109 décès confirmés et probables). De la semaine 25 à la semaine 29, après une accalmie de 10 semaines, 8 personnels de santé ont été infectés. Aucune nouvelle infection depuis la semaine 30.

La figure 19 indique les professions des personnels de santé contaminés (cas confirmés). Les médecins et les infirmiers ont payé le plus lourd tribut à l'épidémie (56% des infectés), ainsi que de nombreux agents techniques de santé (20%). La majorité des cas est survenue dans la capitale où les professionnels de santé sont les plus nombreux (figure 20). La figure 21 compare les proportions de professionnels de santé parmi les cas et les décès des préfectures.

Figure 18 : Évolution des cas et décès confirmés et probables cumulés de fièvre Ébola des personnels de santé des semaines 39/2014 à 33/2015 (coordination nationale) (graphique mis à jour en ajoutant les cas probables)

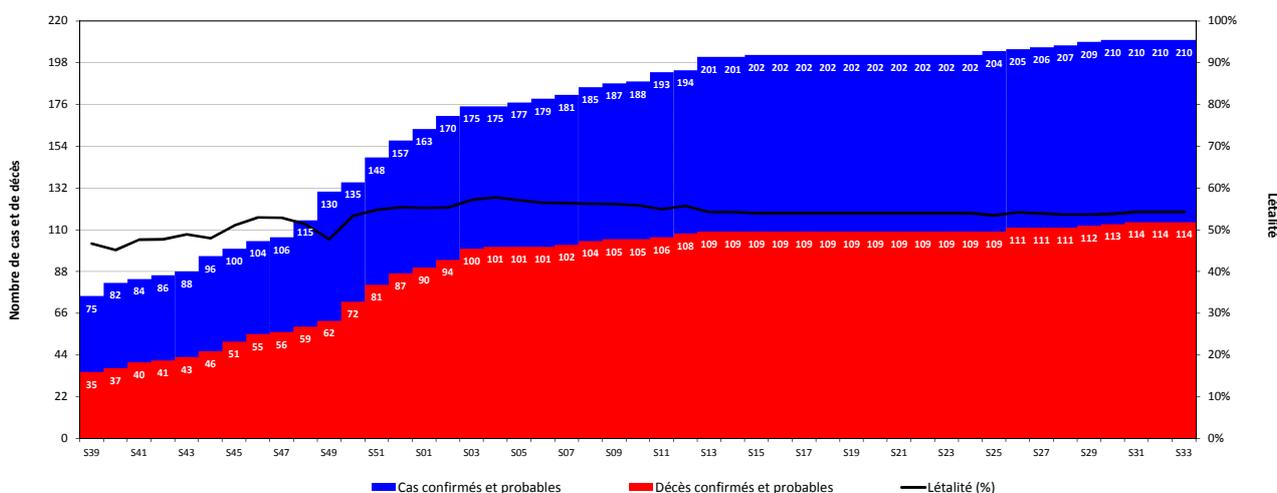


Figure 19 : Répartition des professionnels de santé contaminés par le virus Ébola en Guinée selon la profession le 16 août 2015 (n=195 cas confirmés) (Coordination nationale)

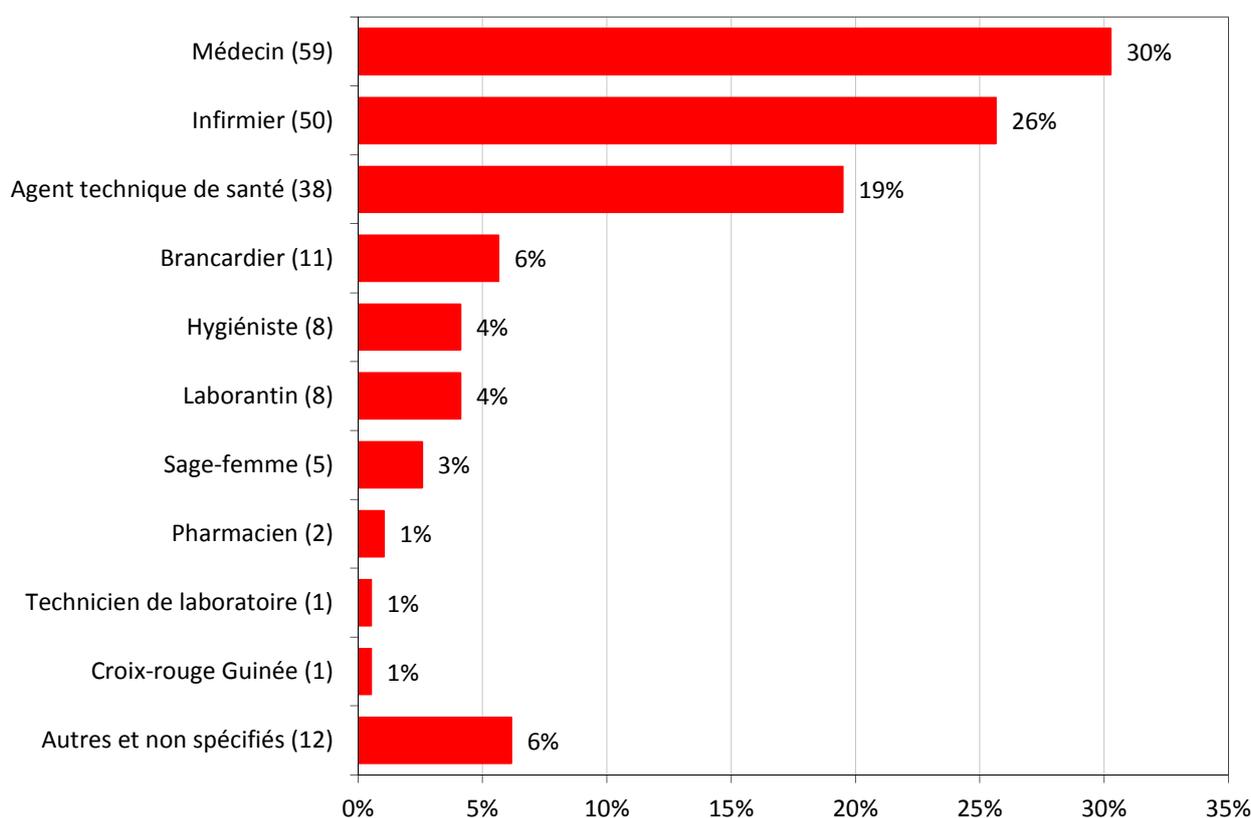
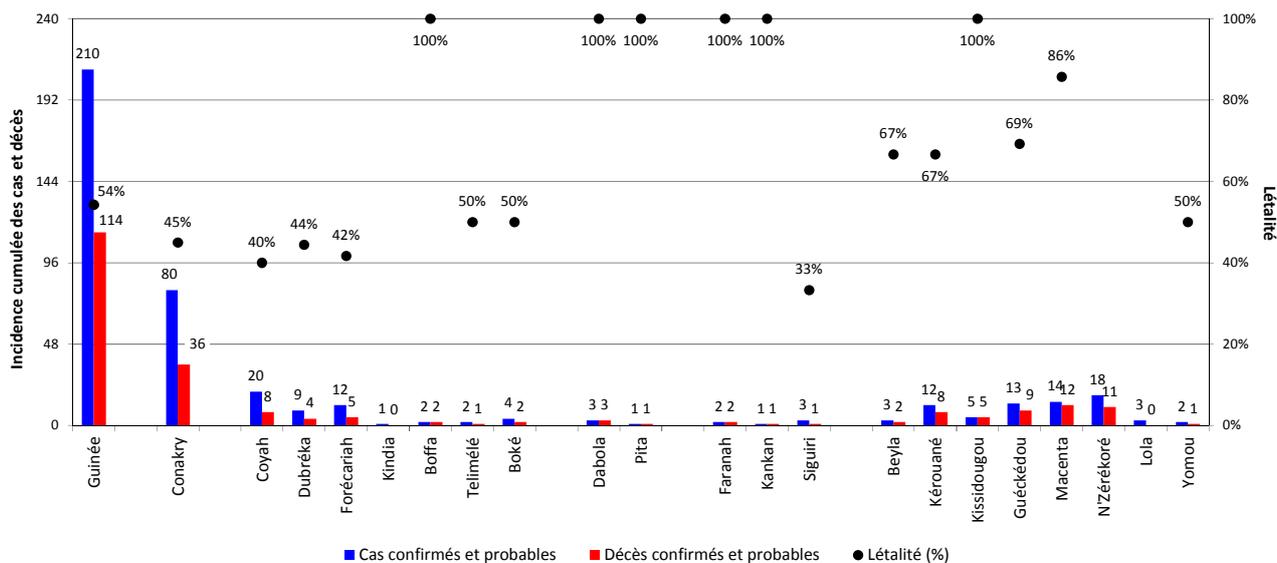
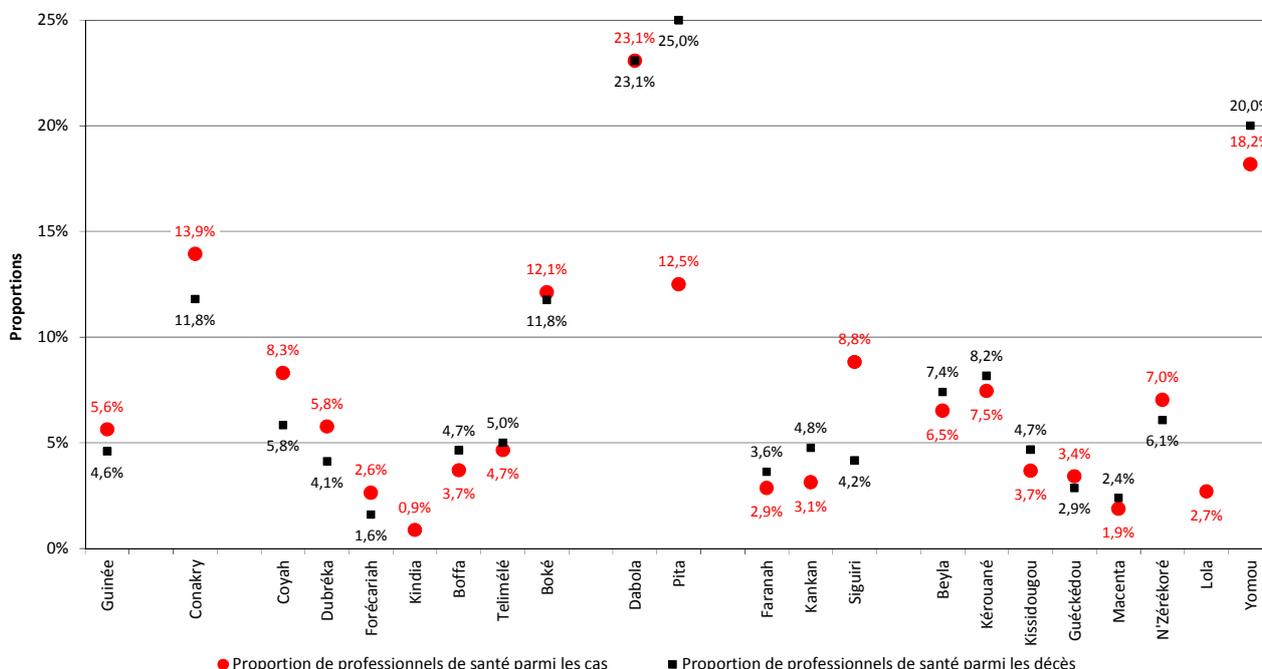


Figure 20 : Répartition des cas, des décès et de la létalité des professionnels de santé contaminés par le virus Ébola en Guinée selon la préfecture le 16 août 2015 (n=210 cas confirmés et probables et 114 décès) (Coordination nationale).



La capitale qui compte le plus grand nombre de professionnels de santé est la plus touchée des régions du pays. Les préfectures de forêt ont été également parmi les plus touchées chez les professionnels de santé, avec des létalités en général plus élevées (50 à 100%) que dans la capitale (45%) et en Basse Guinée (40 à 100%). Plusieurs tradipraticiens sont décédés de la maladie à virus Ébola, sans que le décompte en soit précis. Dans les régions peu ou moins touchées (Moyenne Guinée et Haute Guinée) et plus éloignées des épicentres, les personnels de première ligne ont été peu nombreux à être infectés mais tous sont décédés, à l'exception de la préfecture de Siguiré (33%).

Figure 21 : Proportions de professionnels de santé parmi les cas et les décès en Guinée selon la préfecture le 16 août 2015 (n=210 cas confirmés et probables et 114 décès) (Coordination nationale)



La proportion de professionnels de santé parmi les cas est le plus souvent supérieure à celle des professionnels de santé parmi les décès sauf à Macenta et dans des préfectures situées en périphérie des centres de prise en charge des MVE (Boffa, Télimélé, Pita, Faranah, Kankan, Beyla, Kérouané, Kissidougou, Yomou). La proportion de professionnels de santé parmi les cas et les décès est plus élevée à Conakry (13,9% et 11,8%) comparée aux proportions nationales (5,6% et 4,6%). Les observations sur les décès doivent être nuancées par le fait que nombre de tradipraticiens décédés de MVE ne sont peut-être pas ou mal comptabilisés et identifiés dans les cas notifiés, notamment en zone forestière.

Le tableau 3 indique l'évolution de l'épidémie chez les personnels de santé depuis le 12 octobre* (source OMS)

Tableau 3

	12/10/2014	16/08/2015	Évolution	12/10/2014	16/08/2015	Évolution
	Population			Soignants		
Guinée Cas (S-P-C) Décès (léthalité)	1472 843 (57%)	3786 2524 (67%)	+157% +199%	84 40 (48%)	210** 113 (54%)**	+150% +183%
Sierra Leone Cas (S-P-C) Décès (léthalité)	3252 1183 (36%)	13494 3952 (29%)	+315% +234%	129 95 (74%)	307† 221 (72%)†	+138% +133%
Libéria Cas (S-P-C) Décès (léthalité)	4249 2458 (58%)	10672 4808 (45%)	+151% +96%	209 96 (46%)	378‡ 192 (50%)‡	+81% +100%

*Jour d'arrivée en Guinée (départ le 30 juin).

** Cas confirmés et probables/ décès confirmés et probables

† Cas C / Décès C+P+S

‡ Cas C / Décès C

Données concernant les structures de prise en charge Ebola en Guinée

Le tableau 4 indique la capacité en lits d'hospitalisation pour l'ensemble des centres de traitements Ebola en Guinée. Les capacités d'hospitalisation ont été réévaluées dans les CTE de Conakry et de Coyah compte-tenu de la situation épidémiologique de la semaine 12. Le CTE de Guéckédou a été fermé le 5 avril. Le CTE de Donka a réduit sa capacité à 15 lits en semaine 24. Le CTS a réduit ses capacités à 5 lits en semaine 25.

Après une fermeture de 4 semaines, le CTE de Coyah est ré-ouvert en semaine 30.

Le 5 juillet le CTE de Donka est transféré sur le site de Nongo (Commune de Ratoma, voir figure 13a) dans un CTE neuf dirigé par MSF et l'activité de prise en charge des nouveaux soignants infectés y est transférée (fermeture du CTS).

Le CTE de Boké est fonctionnel depuis la semaine 28 (29 lits). Le cas confirmé de Fria du 11 juillet (mère contact ayant fui de la préfecture de Boké) est hospitalisée dans ce centre (gestion par MSF Belgique).

Le CTS géré par le service de santé des armées de France, après avoir été décontaminé, est maintenant fermé et démonté.

Tableau 4 : Capacité en lits des Centres de traitement en Guinée le 9 août 2015

Centres	Lits Suspects	Lits Probables	Lits Confirmés	Total des Lits
CTE* Nongo-Conakry	16	0	32	48
CTE Coyah	12	8	40	60
CTE Macenta	12	8	10	30
CTE N'Zérékoré	3	0	3	6
CTE Beyla	3	0	2	5
CTE Kindia	8	8	46	62
CTE Forékariah	5	6	12	23
CTE Boké	17	0	12	29
CDT** Siguiri	4	6	10	20
CDT Kérouané	4	6	10	20
CDT Kamsar	3	2	5	10
Total	87	44	182	313

* Centre de traitement Ebola, ** Centre de transit

La figure 22 montre l'impact des évolutions de l'épidémie, des événements épidémiologiques majeurs sur l'activité des centres de prise en charge et de l'amélioration de l'offre de soins.

L'essentiel de l'activité des laboratoires (figure 23) est liée à l'analyse des prélèvements sur des sujets défunts en communauté et dans les structures hospitalières avec morgue (CHUs Donka et Ignace Deen notamment). La grande majorité des défunts prélevés sont négatifs.

La figure 24 indique la répartition géographique des structures de prise en charge et de diagnostic sur l'ensemble du territoire guinéen.

La figure 25 montre l'évolution l'activité hebdomadaire moyenne dans les CT/CTE et le nombre de structures de prise en charge en activité.

Figure 22 : Evolution de l'activité hebdomadaire moyenne des centres de soins Ebola en Guinée des semaines 39/2014 à 33/2015 (Coordination nationale)

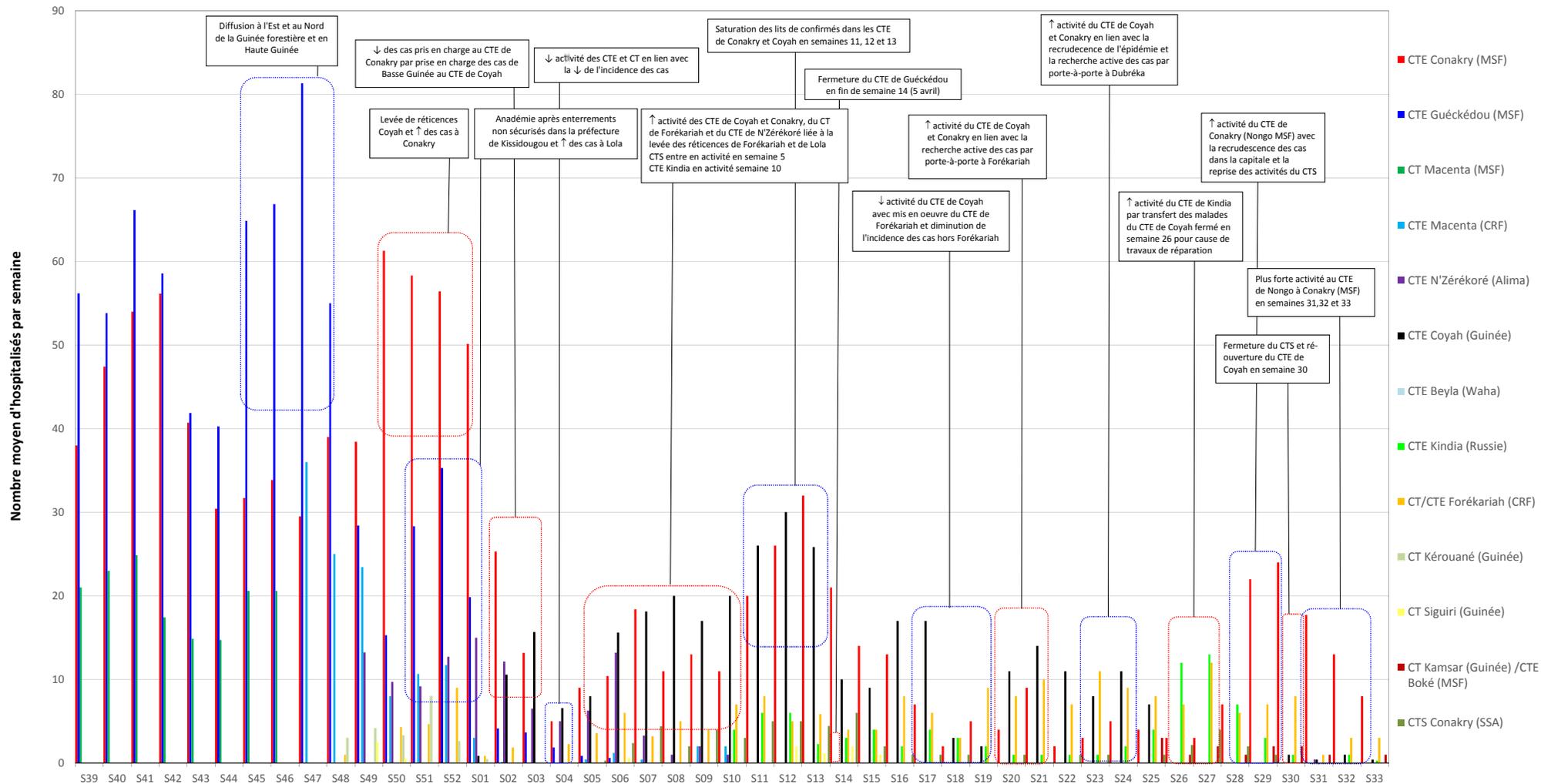


Figure 23 : Évolution de l'activité hebdomadaire moyenne du réseau des laboratoires Ebola* en Guinée des semaines 39/2014 à 33/2015 (Coordination nationale). * Laboratoires des centres de traitement et laboratoires de dépistage Ebola des personnes décédées.

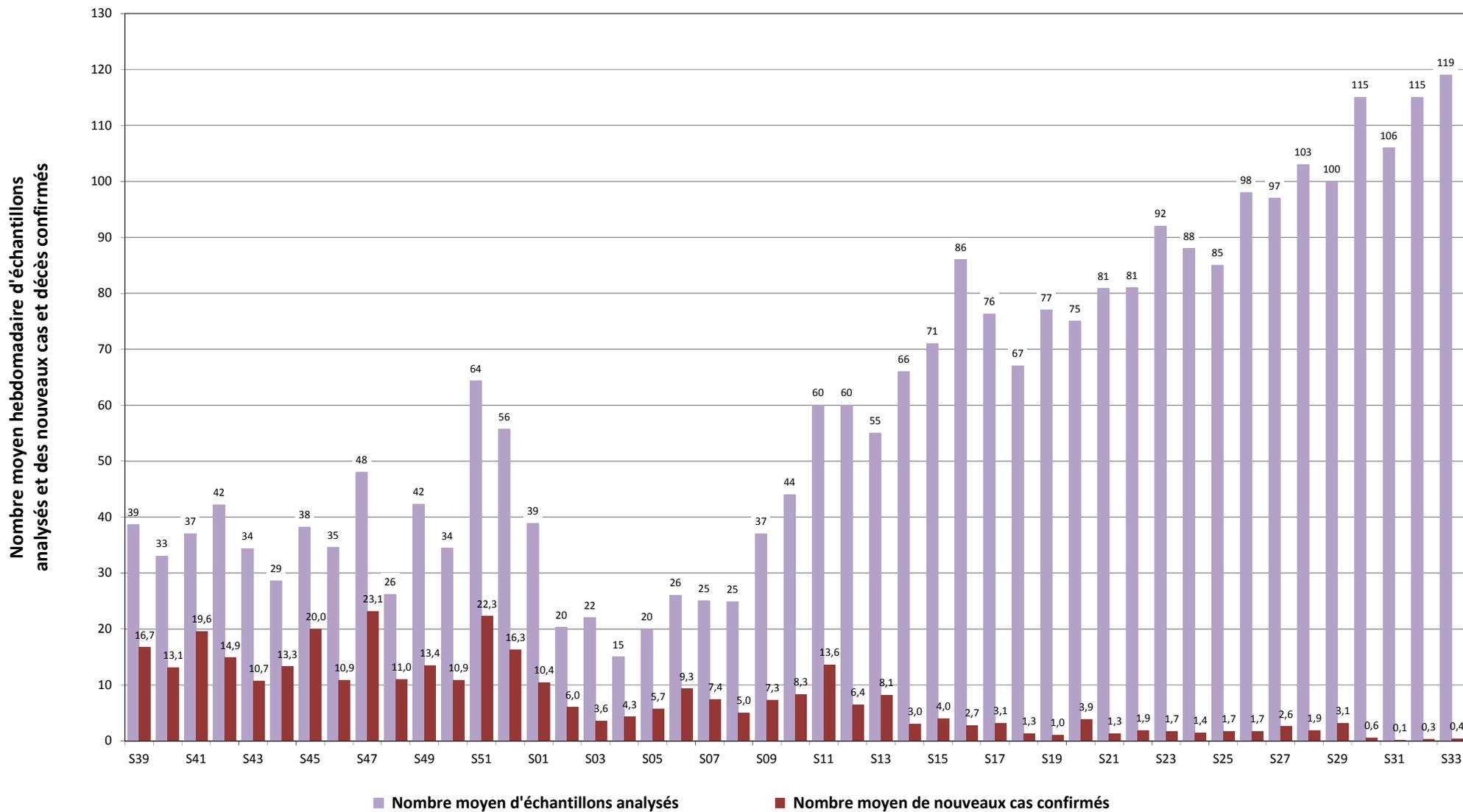
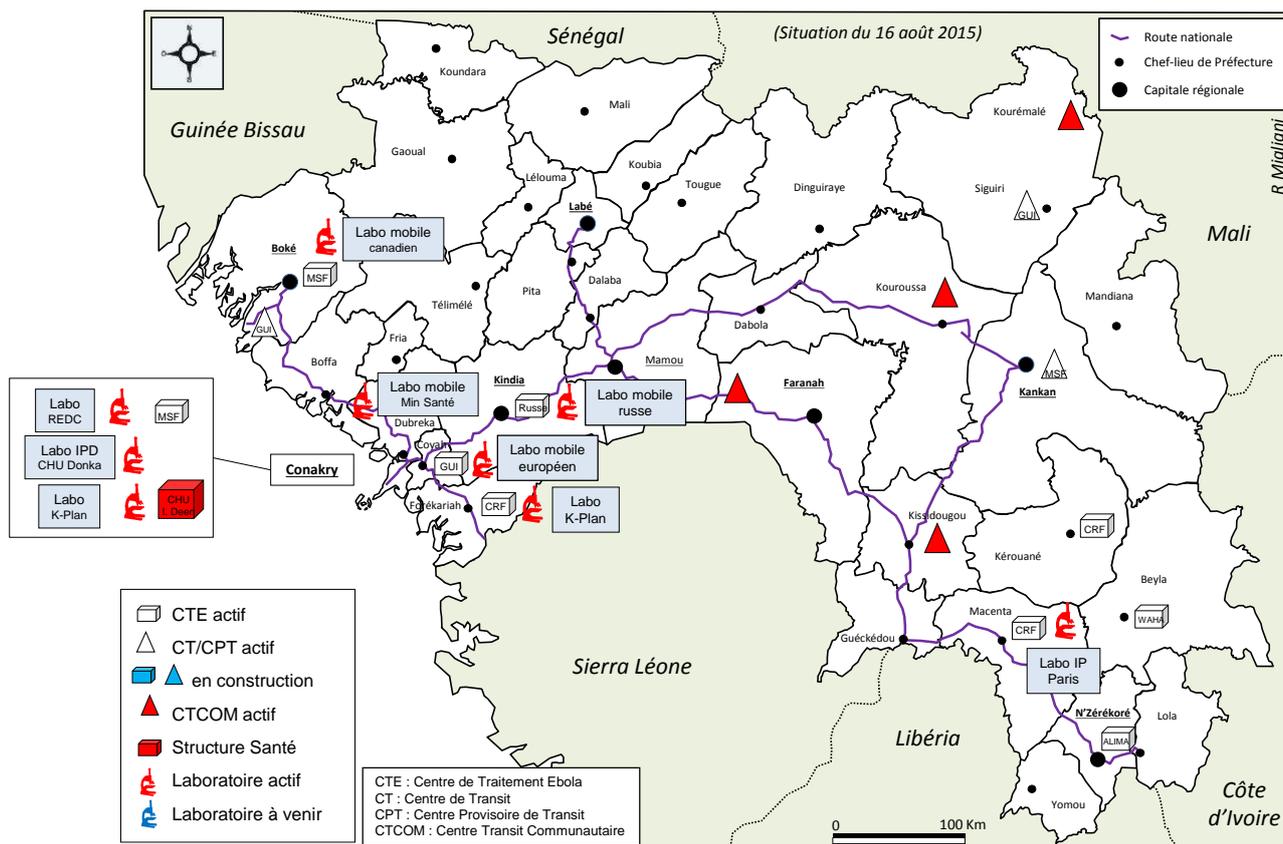


Figure 24 : Répartition des structures de prise en charge Ebola en Guinée (Coordination nationale)



Le centre de traitement des soignants (CTS) géré par le Service de santé des armées français (SSA), qui fonctionnait depuis le 23 janvier, est maintenant fermé. Le bilan du CTS du 19 janvier au 19 juillet 2015, concernant la prise en charge des soignants atteints par la MVE est le suivant : 26 cas confirmés avec 18 guéris (64%) et 8 patients décédés.

Les prélèvements du CTE de Coyah étaient analysés jusqu'en semaine 6 par le laboratoire de l'Institut Pasteur de Dakar à l'hôpital Donka de Conakry. Compte-tenu de l'afflux de patients en provenance du CT de Forékariah lié à la levée des réticences le laboratoire mobile européen de Guéckédou est fonctionnel à Coyah depuis le 18 février. Le CT de Forékariah géré par la Croix Rouge Française est depuis le 20 avril un CTE.

Le CTE de Kindia dirigé par une équipe russe est opérationnel depuis le 6 mars. Le laboratoire mobile russe est en charge des confirmations par technique PCR. Le laboratoire K-Plan de Forékariah est fonctionnel depuis le 12 avril. Le laboratoire K-Plan, pour la recherche de l'infection Ebola des décès communautaires de la commune de Kaloum et des décès hospitaliers au CHU I. Deen, a été inauguré le 13 mai (semaine 20). Un laboratoire mobile avec PCR technologie BioFire a été mis en place dans la commune de Matoto, quartier G'Bessia pour la confirmation des décès communautaires.

Plusieurs autres laboratoires mobiles venant de différents pays (Etats-Unis, Canada, Japon, France) ont été mis en place dans la capitale pour la surveillance virologique des décès communautaires et des décès hospitaliers (prélèvement buccal).

Le laboratoire mobile canadien a été transféré à Kamsar. Il est opérationnel depuis le 24 mai dans cette ville. Un centre de transit (CT) est en cours de réalisation à Kamsar (Unicef/Waha). Le CT de Kamsar est fonctionnel depuis la fin de la semaine 26.

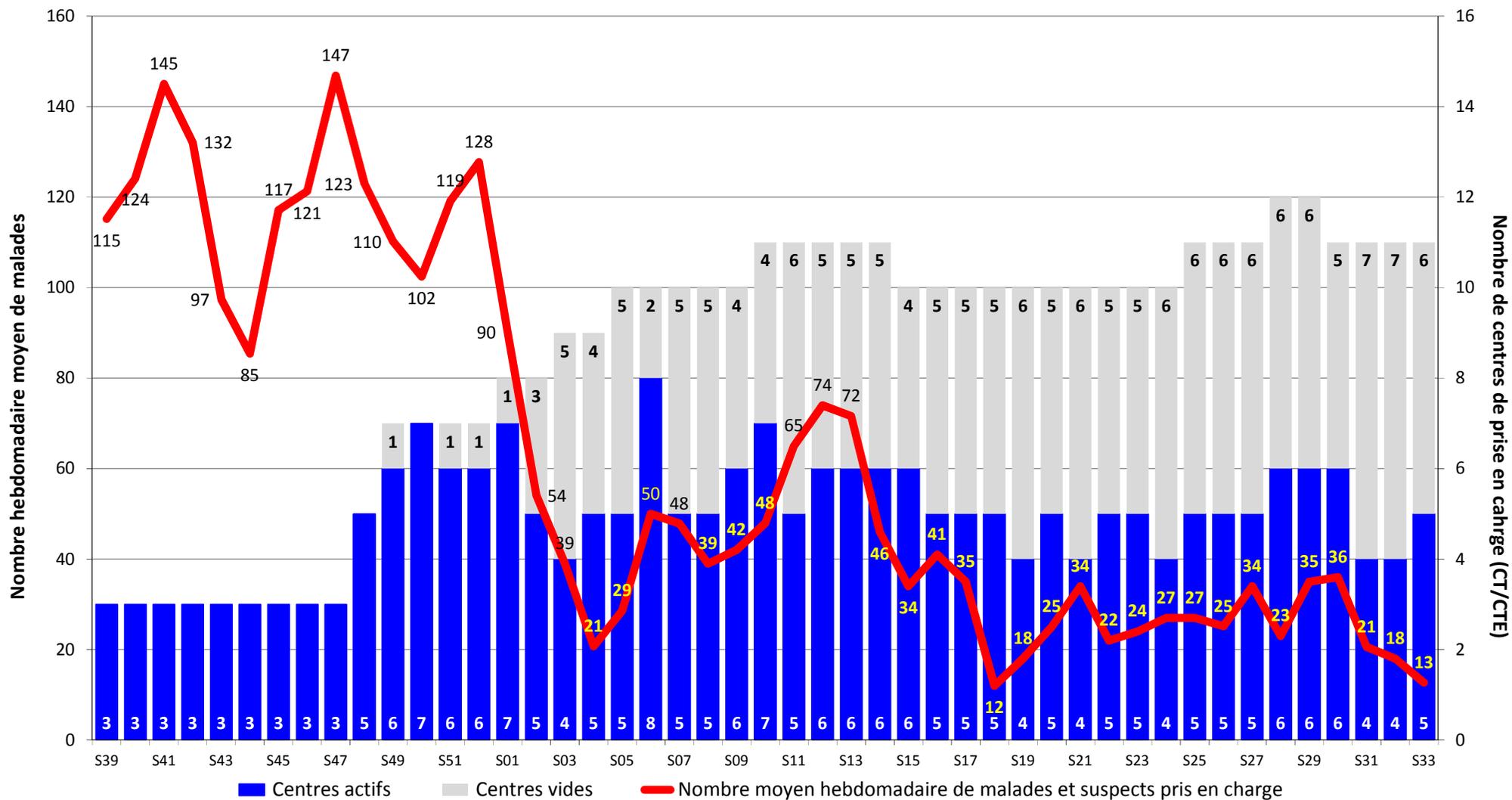
Un centre provisoire de traitement est fonctionnel à Boké sous la direction de MSF qui en assurera la gestion médicale (fonctionnel à partir de la semaine 28). Le laboratoire mobile canadien a été transféré à Boké près du CTP.

Le laboratoire mobile du ministère de la santé est mis en œuvre au niveau de la sous-préfecture de Tanéné (Dubréka) en semaine 27.

Le CTE en place au CHU Donka à Conakry a été fermé et remplacé par le CTE du quartier de Nongo (MSF Belgique) qui de plus prend en charge les soignants avec le désengagement du CTS du service de santé des armées de France. C'est le laboratoire REDC qui est en place au niveau du CTE de Nongo. Le laboratoire de l'IP Dakar, toujours situé au CHU Donka, participe maintenant à la surveillance des défunts de Conakry.

Au total en semaine 33, 9 laboratoires sont fonctionnels en Guinée (figure 24).

Figure 25 : Évolution de l'activité hebdomadaire moyenne dans les structures de prise en charge (CT/CTE) et du nombre de structures (Coordination nationale*). * Données des Sitreps quotidiens.



Données concernant le suivi des décès communautaires

La figure 26 présente l'évolution de la surveillance des décès communautaires (mise en place depuis la semaine 46) et de la proportion de décès sécurisés. Ces indicateurs sont ceux issus des rapports de situation (« Sitreps ») quotidiens établis par la Coordination nationale de la lutte contre Ebola en Guinée.

Le nombre de décès communautaires déclarés a augmenté de façon importante à partir de la semaine 11 (multiplication par 4 en semaine 16). La proportion de décès sécurisés (EDS) a augmenté de la semaine 3 à la semaine 14 (43% à 91%), mais est en baisse jusqu'en semaine 16 (-33%). Cette baisse est associée à des réticences de la population qui n'accepte pas dans son ensemble la sécurisation systématique des décès communautaires (Déclaration d'Urgence Sanitaire Renforcée). En semaine 17 cette proportion a augmenté (80%) et se poursuit (99,3% en semaine 28), mais reste insuffisante car la sécurisation des corps des défunts quelle qu'en soit la cause devrait être de 100%. **La proportion de décès sécurisés confirmés est nulle en semaine 33.**

Depuis le début de l'épidémie en mars 2014 jusqu'en semaine 29*, la Croix-Rouge a sécurisé 11272 enterrements, désinfecté 24808 habitations et autres locaux, assuré le soutien psycho-social de 6393 bénéficiaires et des actions de mobilisation sociale et de communication auprès de 1 661 035 personnes.

Dans les préfectures actives les décès communautaires sont sous-déclarés (figure 27) et tous ne sont pas sécurisés (98% en semaine 30). Les décès communautaires surviennent pour une grande partie d'entre-eux, surtout en milieu rural, au domicile des intéressés (4 corps ont été trouvés au domicile lors de la première campagne de sensibilisation et de recherche active de Forékariah en avril). Les autres décès surviennent dans les structures hospitalières urbaines avec un temps de préparation des corps dans les morgues. Dans les villages des personnes ont pour tâche de laver les corps des défunts (« laveurs de corps »). Ils sont une des cibles des activités de sensibilisation et de prévention de l'infection à virus Ebola en collaboration avec les Imams.

* Absence de réception des bulletins très intéressants de la Fédération Internationale de la Croix- Rouge (FICR) depuis la semaine 29 (!!!).

Figure 26 : Évolution hebdomadaire du nombre de décès communautaires déclarés et de la proportion d'enterrements sécurisés (EDS) (Coordination nationale*). * Données des « Sitreps » quotidiens

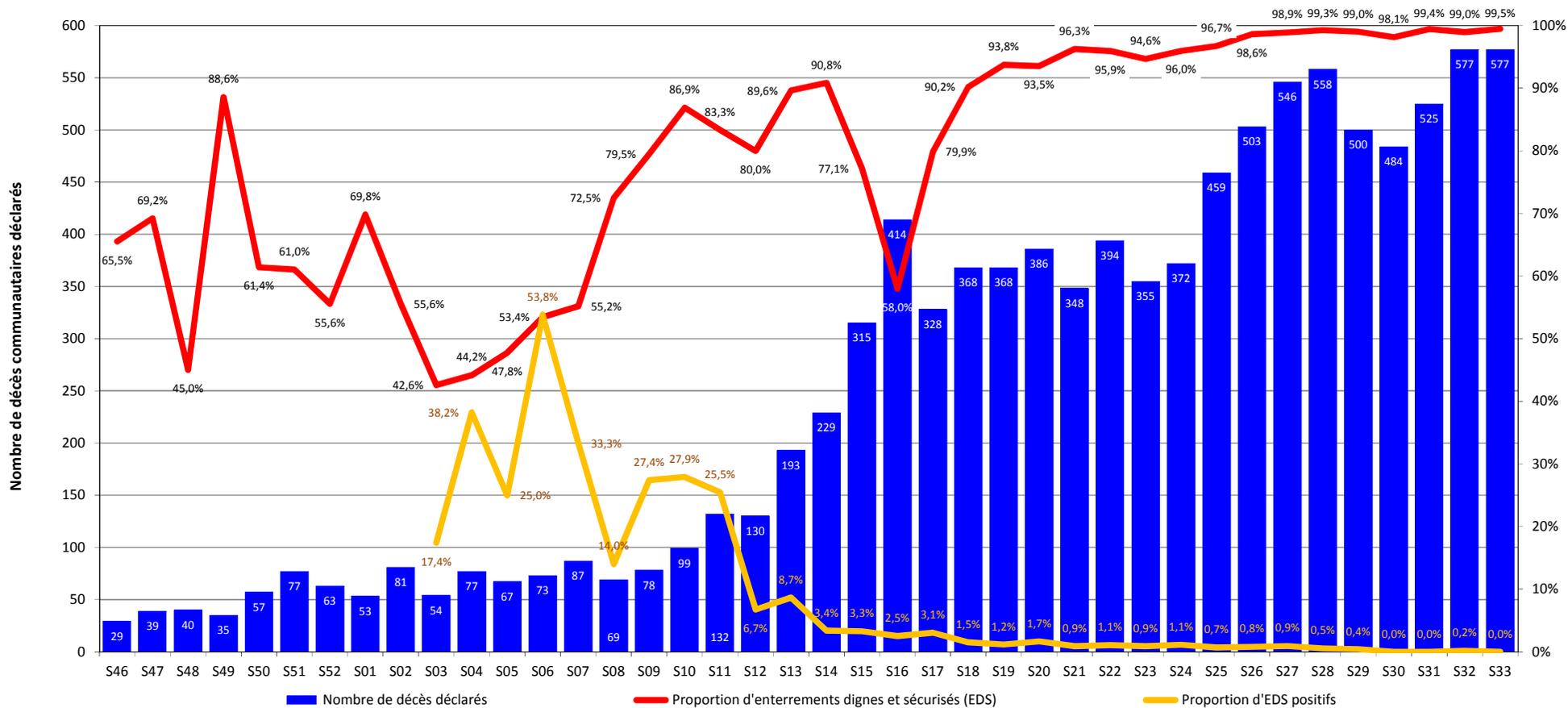
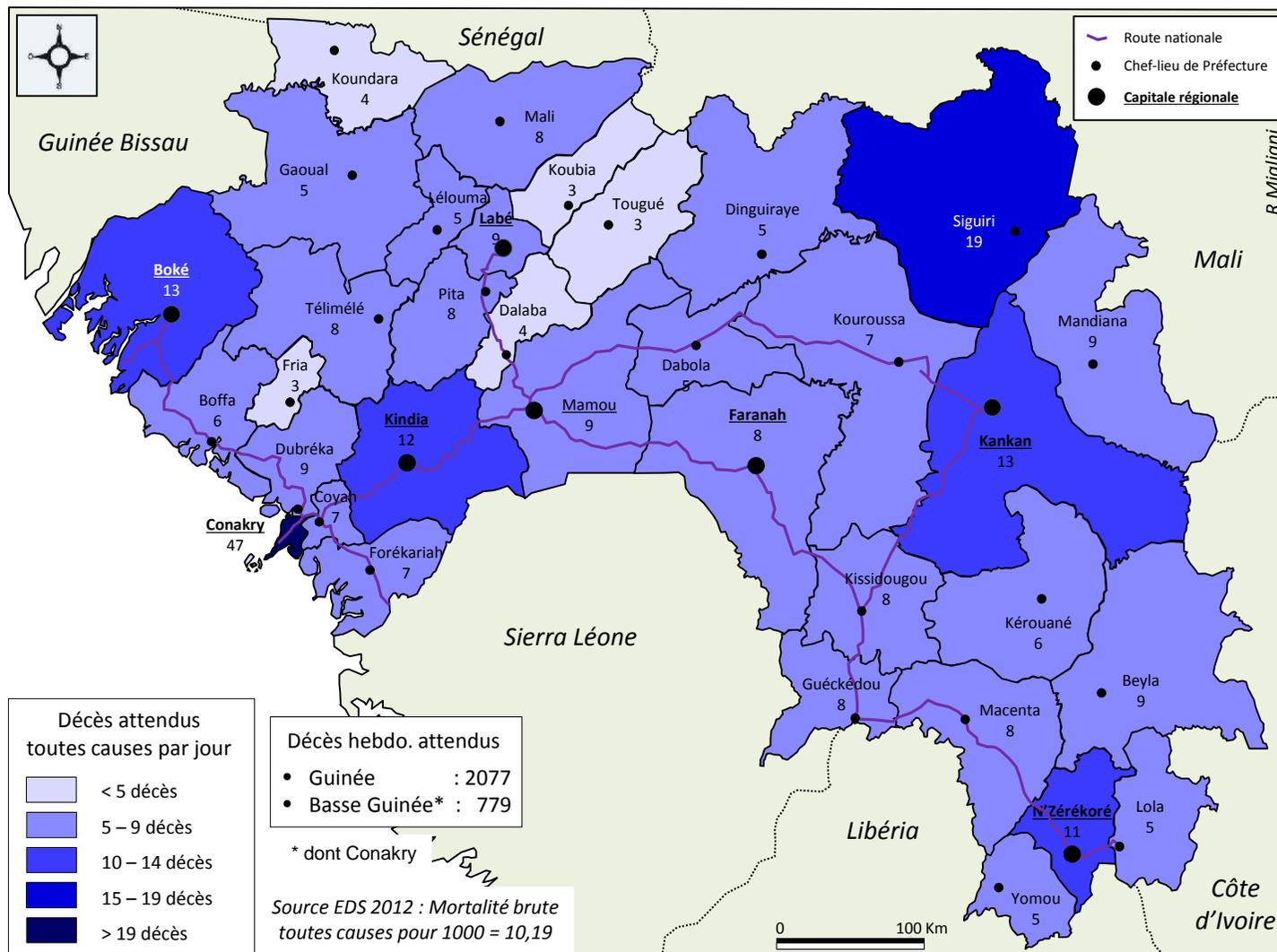


Figure 27 : Carte des décès toutes causes attendus chaque jour en Guinée selon la préfecture et chaque semaine pour la Guinée et la Basse Guinée (sources : Recensement population 2014 et Enquête Démographie Santé 2012*) * Remerciements au docteur Souleymane Camara de la coordination nationale



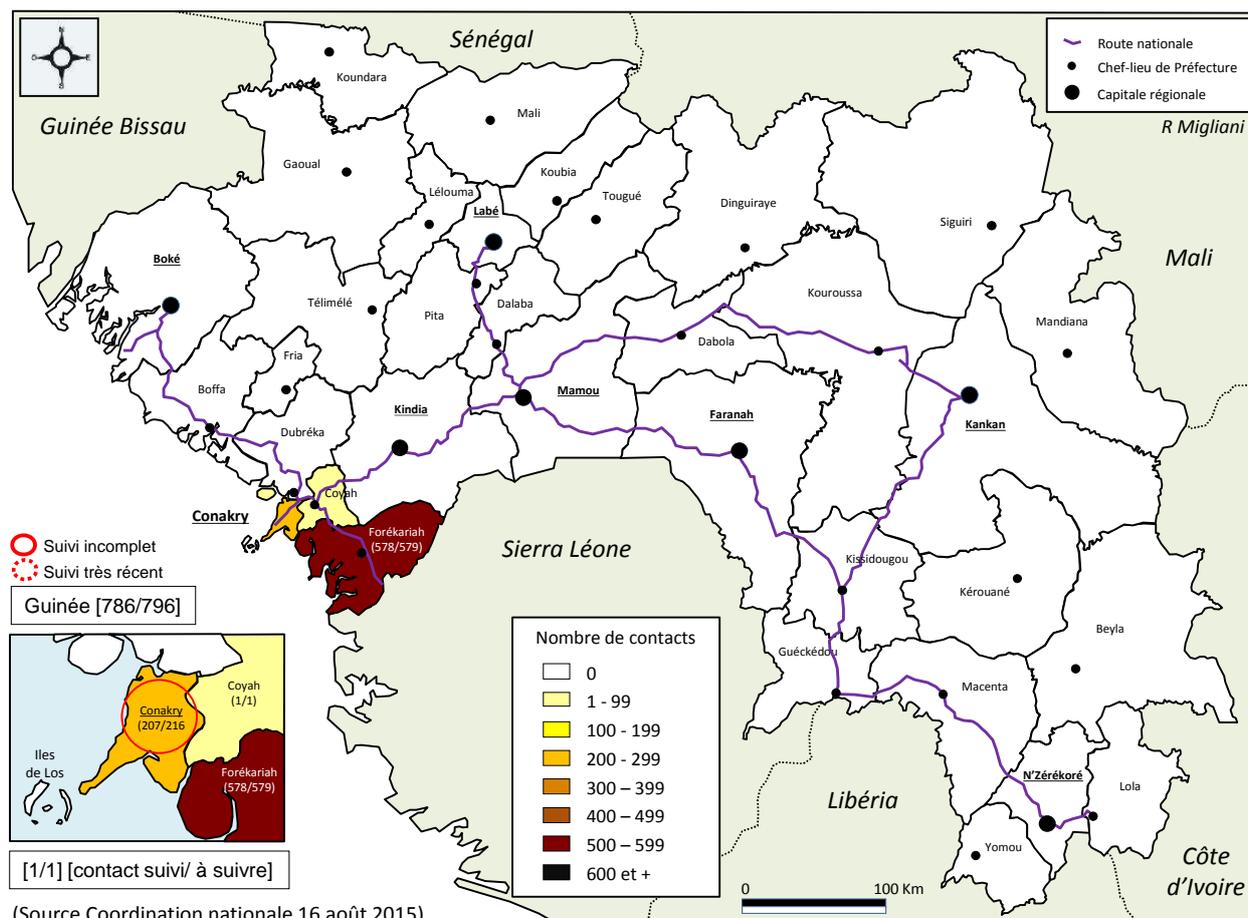
Ces estimations ne tiennent pas compte des variations saisonnières de la mortalité notamment lors des variations de l'endémie palustre. Elles donnent un ordre de grandeur pour une meilleure gestion des alertes attendues. Il est important de préciser que **maintenant les équipes préfectorales souhaitent, en plus de ces alertes sur les décès, avoir de plus en plus d'alertes sur les malades pour identifier les malades suspects de MVE avant leur décès.**

Données concernant le suivi des contacts en Guinée

La figure 28 présente l'état du suivi des contacts déclaré par les équipes préfectorales. Cette situation ne tient pas compte de quelques malades non identifiés (malades cachés et refus de transfert vers les centres de soins Ebola) et donc de sujets contacts de ces malades. Par ailleurs certains contacts ne sont pas identifiés lors des enquêtes d'investigation (contacts non déclarés par peur de la forte stigmatisation liée à la MVE ; et contacts repartis après les visites aux malades et après les cérémonies de condoléances lors des rituelles funéraires au cours des décès communautaires) (figure 329). La figure 30 essaie d'imager les difficultés d'identification des sujets contacts notamment autour d'un décès non confirmé avec lien épidémiologique.

Le nombre de contacts à suivre augmente (figure 30). Même si le suivi des sujets contacts s'est amélioré avec 99% depuis la semaine 26, **l'objectif de 100% de contacts suivis n'est pas atteint. Cela reste toujours une priorité.** La proportion des contacts parmi les cas confirmés atteint 100% cette semaine 33 (figure 31).

Figure 28: Distribution géographique des contacts suivis par préfecture le 16 août 2015 (Coordination nationale).



(Source Coordination nationale 16 août 2015)

Le suivi des contacts, même s'il est en amélioration, n'est toujours pas complet dans les préfectures actives, en particulier dans la capitale cette semaine.

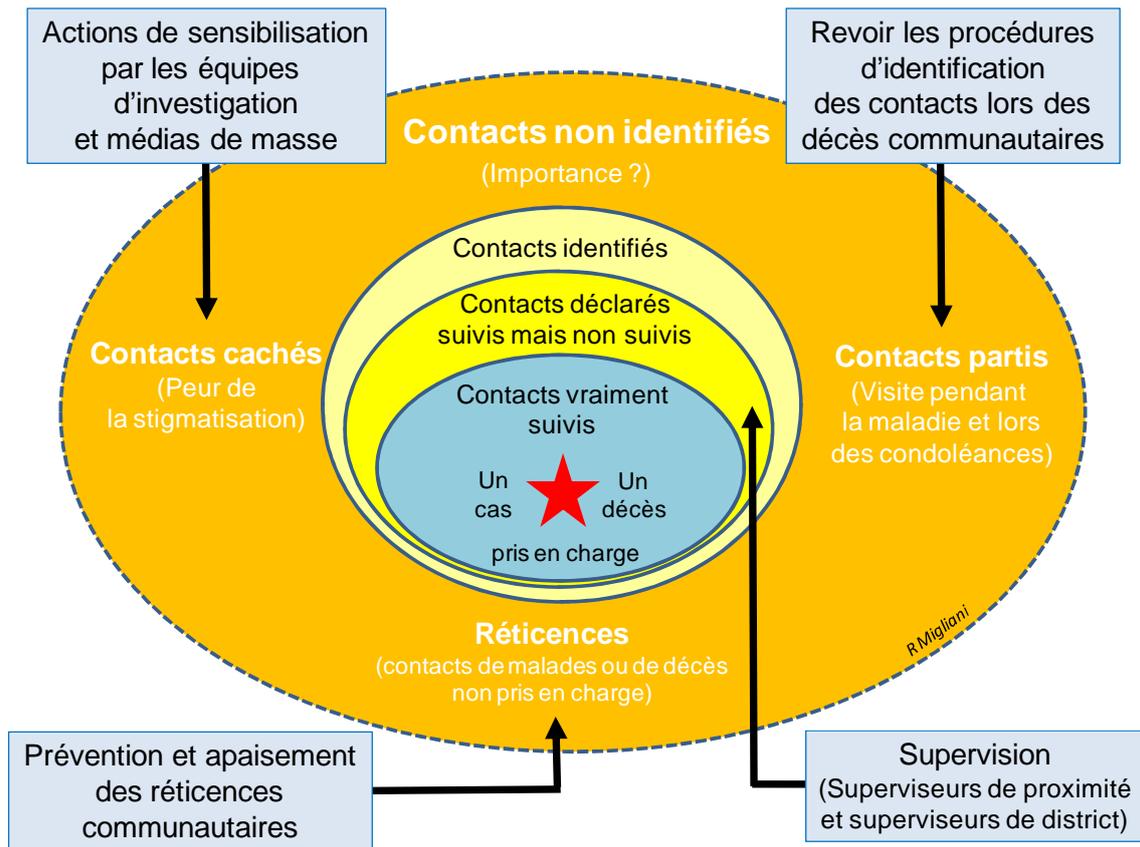
Plus de 90% du suivi des contacts concernent à égalité les préfectures de Forékariah et de Conakry. La moitié des contacts suivis à Forékariah sont sortis du suivi en semaine 30.

La baisse de l'incidence est à l'origine d'une baisse du nombre de contacts à suivre depuis la semaine 30 (figure 31).

La collaboration entre les équipes de surveillance de la coordination préfectorale et de l'essai vaccinal serait un gain en termes d'énergie déployée et de rentabilité pour l'identification des contacts et même des contacts de contacts en cette fin d'épidémie.

La coordination a décidé **que dorénavant le suivi des personnes contacts** ne devait plus être réalisé exclusivement par les agents communautaires, supervisés par des médecins mais que ce suivi **devait être réalisé par des jeunes médecins avec l'aide facilitatrice des agents communautaires** pour une meilleure qualité médicale du suivi. En effet deux patients récents en pleine santé au contrôle du matin sont retrouvés morts au contrôle suivant. L'interrogatoire montre dans les deux cas que ces sujets contacts suivis avaient présenté des symptômes, remettant en cause la qualité du suivi médical par les agents communautaires.

Figure 29 : Schéma d'identification des sujets contacts (Coordination nationale).



Les difficultés d'identification des sujets contacts (figure 32 : l'exemple d'un cas probable identifié *a posteriori*). Depuis la semaine 23, 24 cas probables ont été ajoutés aux cas recensés, souvent très loin des événements au-delà du délai maximum de 21 jours ce qui n'a pas d'incidence sur l'identification de nouveaux sujets contacts.

Figure 30 : Illustration des difficultés d'identification des contacts autour d'un cas probable.

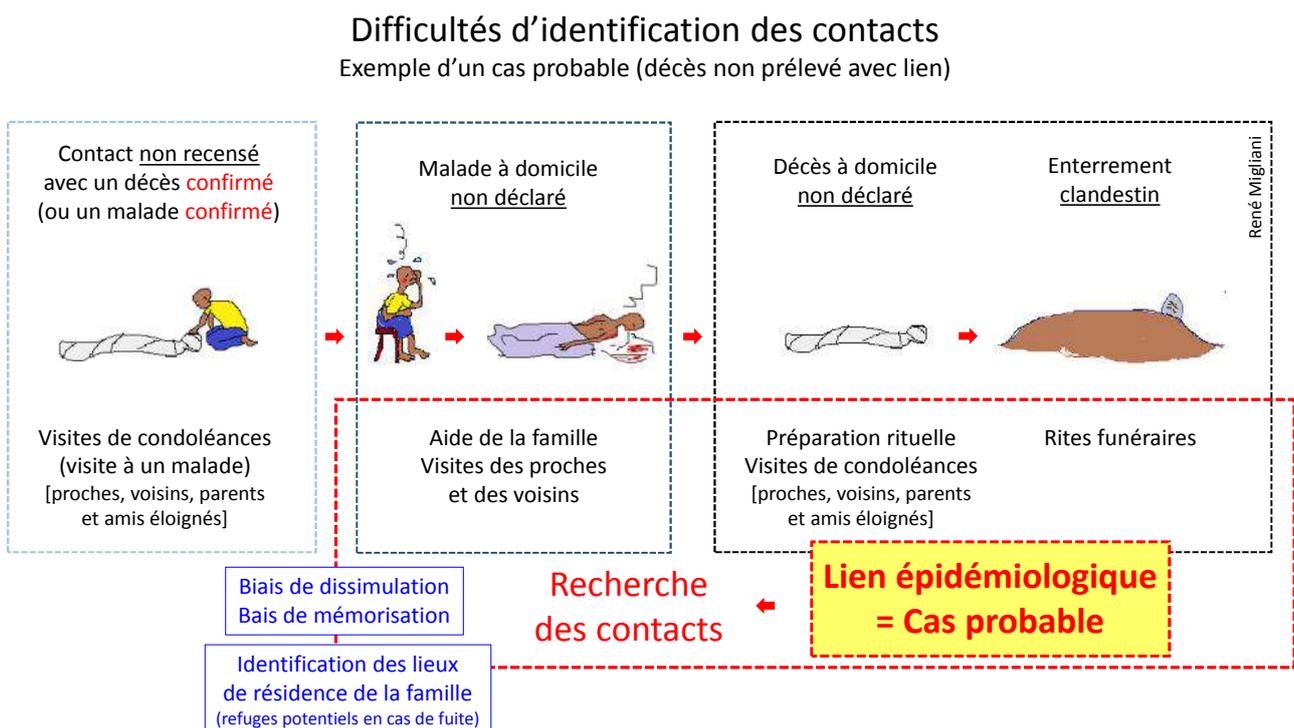
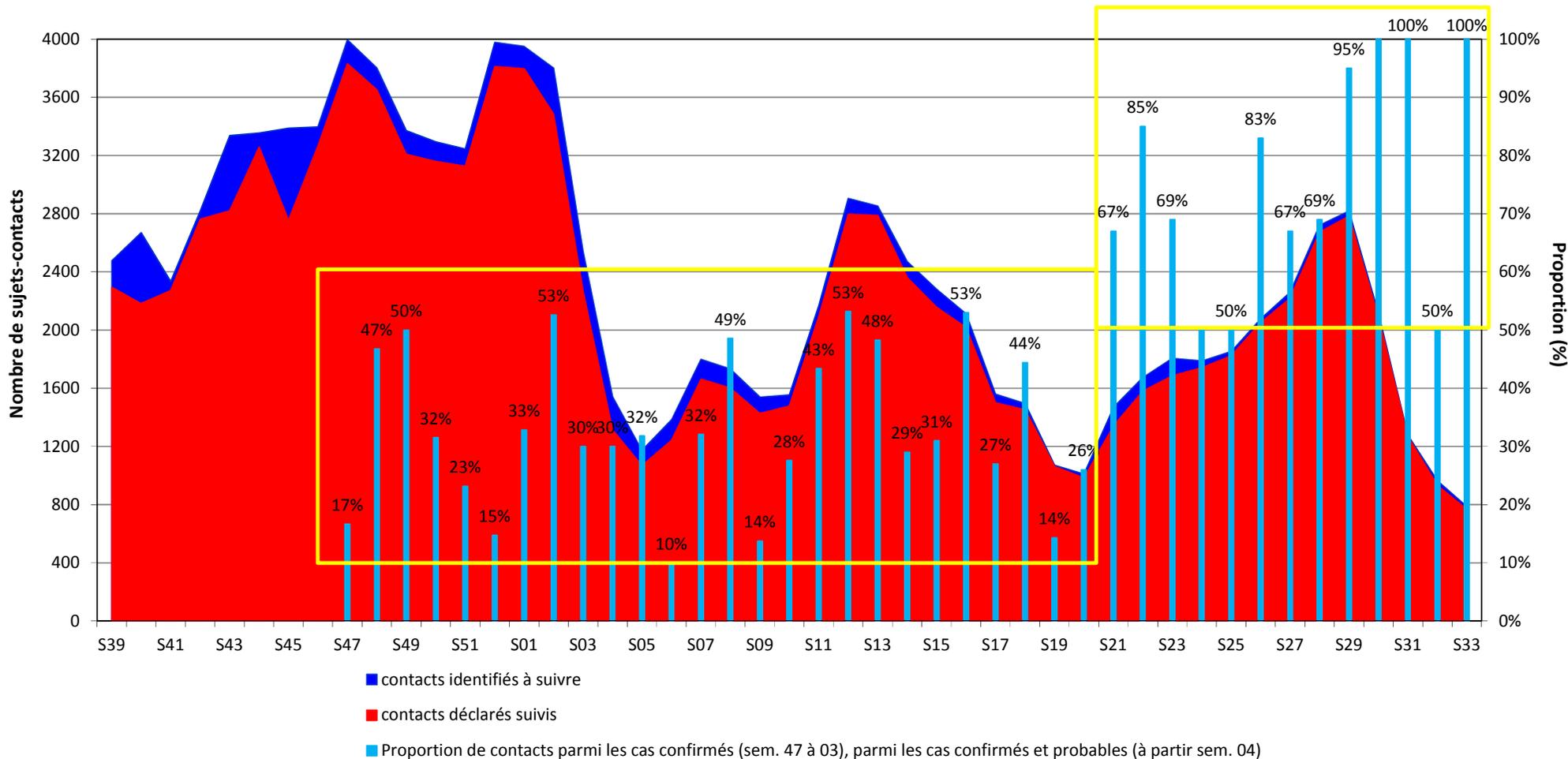


Figure 31 : Évolution du nombre moyen hebdomadaire de sujets contacts à suivre et de contacts suivis déclarés par les préfetures des semaines 39/2014 à 33/2015 ainsi que la proportion de contacts parmi les cas confirmés/probables (Coordination nationale).



Depuis la semaine 21 la proportion de contacts parmi les cas confirmés a notablement augmenté (10 à 53% avant la semaine 21 et 50 à 100% à partir de la semaine 21 [cadres jaunes]).

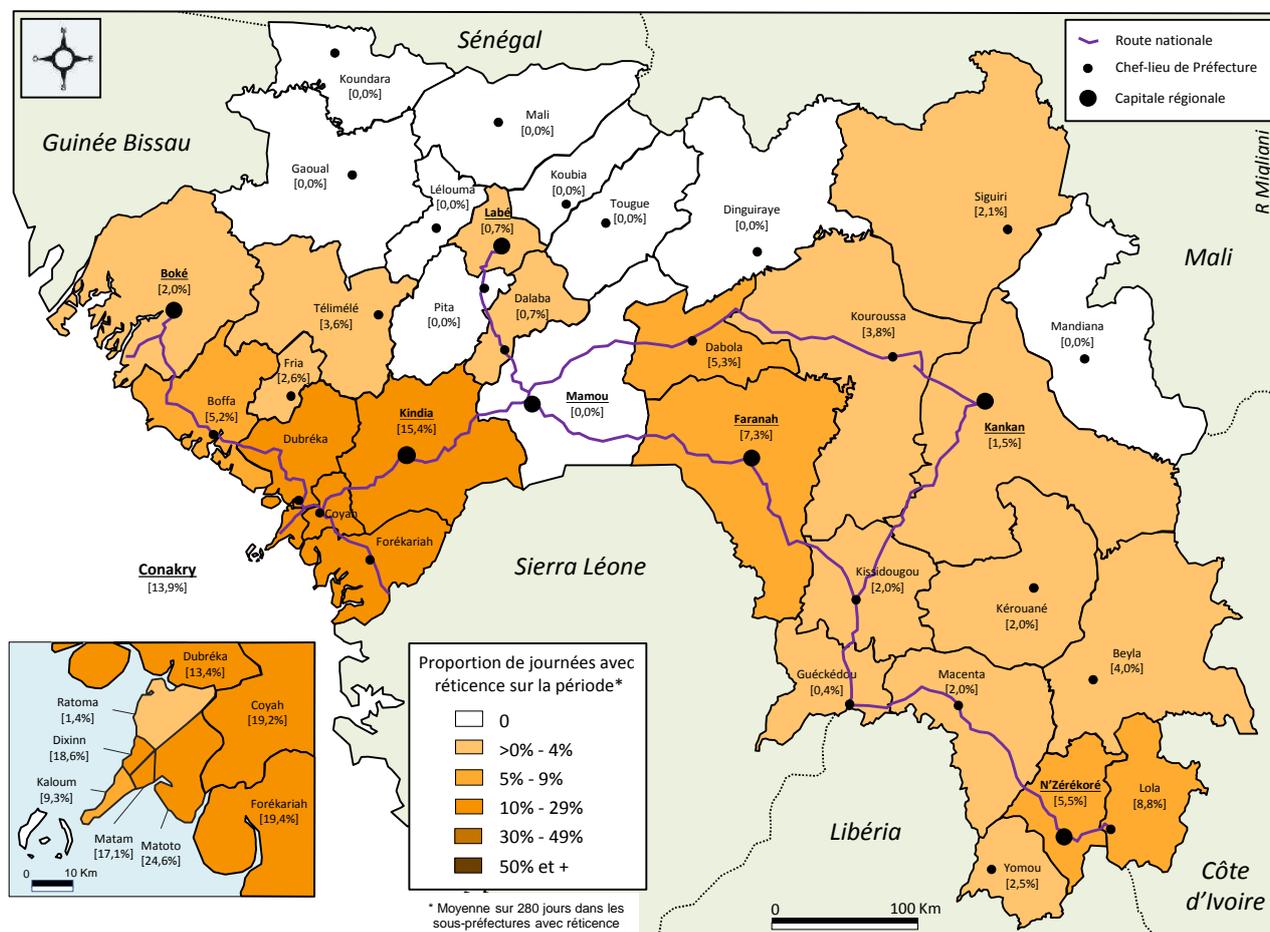
En semaine 32, un des 2 cas confirmés était un contact identifié mais non suivi et pris en charge à l'apparition des premiers symptômes. L'autre cas confirmé était un sujet décédé non connu comme contact. Les 3 cas de la semaine 33 étaient des contacts connus.

Les proportions de contacts parmi les cas confirmés sont issues des bulletins hebdomadaires de l'OMS Guinée. A partir de la semaine 4 cette proportion concerne les cas confirmés et probables. Des modifications de l'indicateur ont été apportées par l'OMS Guinée à partir de cette même semaine. Des mises à jour de la base de données sont parfois à l'origine de modifications des indicateurs d'une semaine à l'autre.

Données concernant les réticences en Guinée

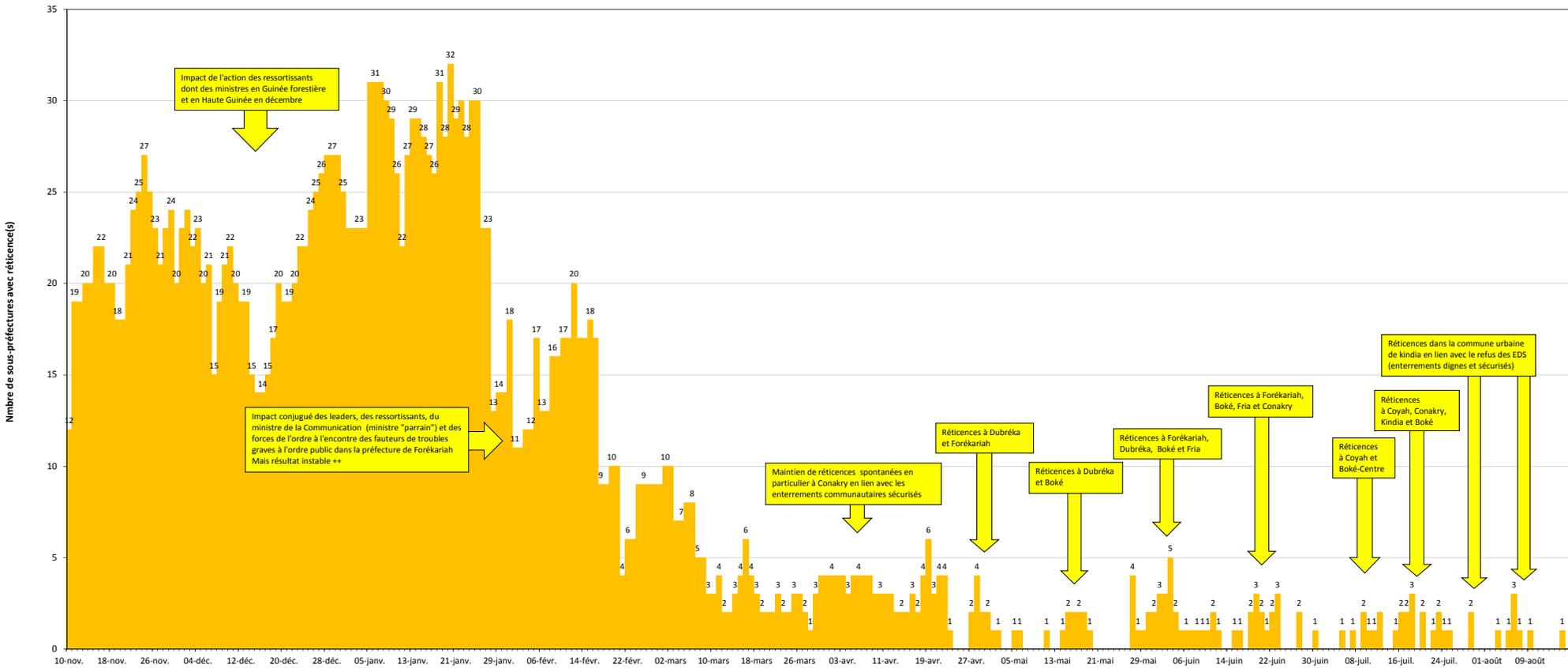
Les figures 32 à 34 indiquent les zones de réticences les plus importantes depuis novembre et l'évolution du nombre de sous-préfectures où des réticences sont signalées. Les réticences vont en s'atténuant.

Figure 32 : Importance des réticences par préfecture entre le 10 novembre 2014 et le 16 août 2015 (Coordination nationale).



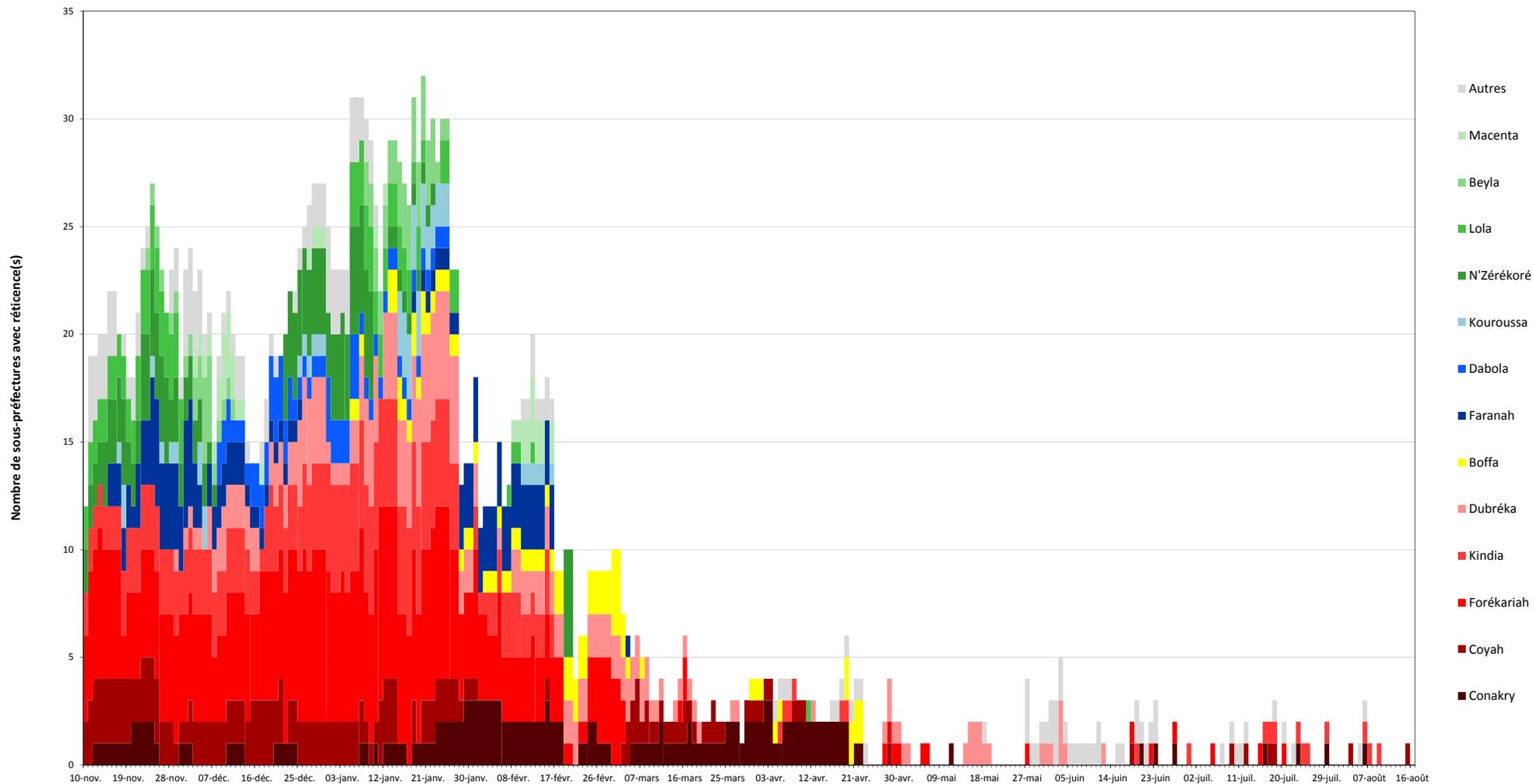
(Coordination nationale SitReps du 10 novembre 2014 au 16 août 2015)

Figure 33 : Evolution quotidienne du nombre de sous-préfectures où des réticences ont été signalées depuis le 10 novembre 2014 (Coordination nationale) [données du 10 novembre 2014 au 16 août 2015].



Réticences liées à la sécurisation d'un enterrement dans la préfecture de Coyah (Manéah) cette semaine (figure 34).

Figure 34 : Evolution des réticences signalées quotidiennement par préfecture depuis le 10 novembre (Coordination nationale) [données du 10 novembre 2014 au 16 août 2015].

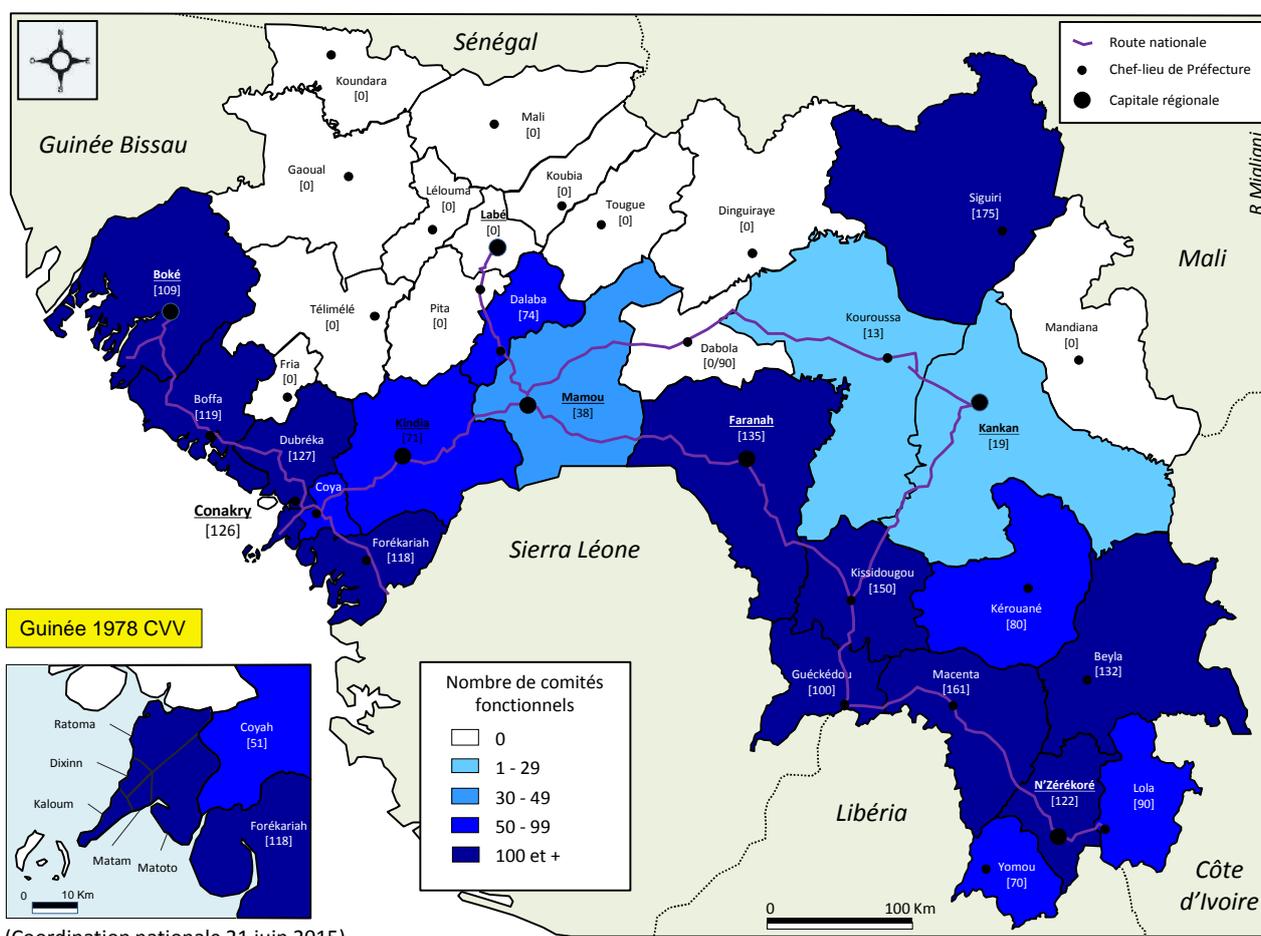


Données concernant les comités de veille villageois (CVV)

La figure 35 indique la situation de la mise en place des comités de veille villageois (CVV). Le CVV est une structure communautaire de sensibilisation et de mobilisation sociale, qui s'appuie sur les structures traditionnelles, composée en principe de 5 à 7 membres (1 représentant des religieux, 1 représentante des femmes, 1 représentant des jeunes, 1 représentant du comité de santé, 1 agent de santé communautaire, 1 représentant des tradithérapeutes) issus de la localité villageoise. Ses attributions, définies par une circulaire de la coordination nationale en décembre, sont :

- protection et prévention ;
- identification communautaire des cas suspects et des contacts ;
- promotion des services de prise en charge disponible au niveau communautaire ;
- organisation des enterrements dignes, rassurants et sécurisés ;
- appui aux enfants vulnérables et personnes guéries ;
- participation à la gestion des rumeurs, dénis et réticences ;
- notification des décès communautaires ;
- surveillance des mouvements de population.

Figure 35 : Mise en place des comités de veille villageois selon les préfectures à la date du 21 juin (Coordination nationale)



Le fonctionnement des CVV/CVQ s'améliore en Basse Guinée, notamment dans la capitale. Les membres des CVV ont participé aux campagnes de sensibilisation et de recherche active de cas dans les préfectures de Forékariah, de Coyah et de Dubréka (sous-préfecture de Tanéné).

Depuis la flambée de MVE fin mai à Kamsar puis Boké, des CVV ont été mis en place dans la préfecture de Boké (109).

Quelques données sur les orphelins de la maladie à virus Ébola (MVE)

L'Unicef recense les enfants orphelins de la MVE en Guinée. Actuellement **6160 orphelins** ont été recensés. La carte du nombre des orphelins (figure 36) se superpose grossièrement avec la carte de l'incidence cumulée de l'infection. Le poids le plus lourd est supporté par les préfectures forestières, cette observation est nuancée en particulier par la structure des ménages (nombre d'enfants, personnes sans enfant), en particulier dans la capitale.

La **mise à jour du 26 juillet** indique un nombre plus important d'orphelins recensés par rapport aux données précédentes (16 juin). Le recensement dans les préfectures de Forékariah, de Coyah, de Boké, de Kindia, de Guéékédou et de Macenta indique un nombre important d'orphelins. Pour plus de détails, consultez le site de l'Unicef.

Figure 36 : Carte de répartition des orphelins de la MVE selon la préfecture de résidence le **26 juillet** (Unicef)

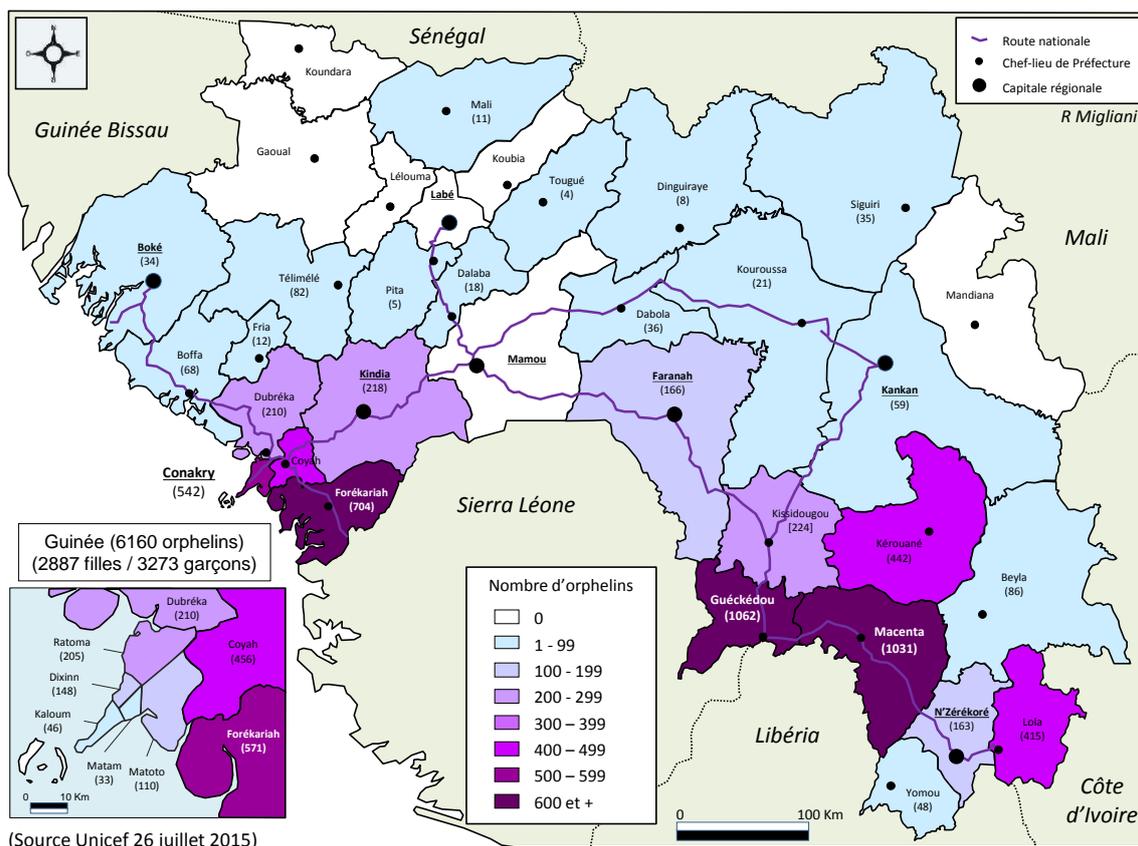
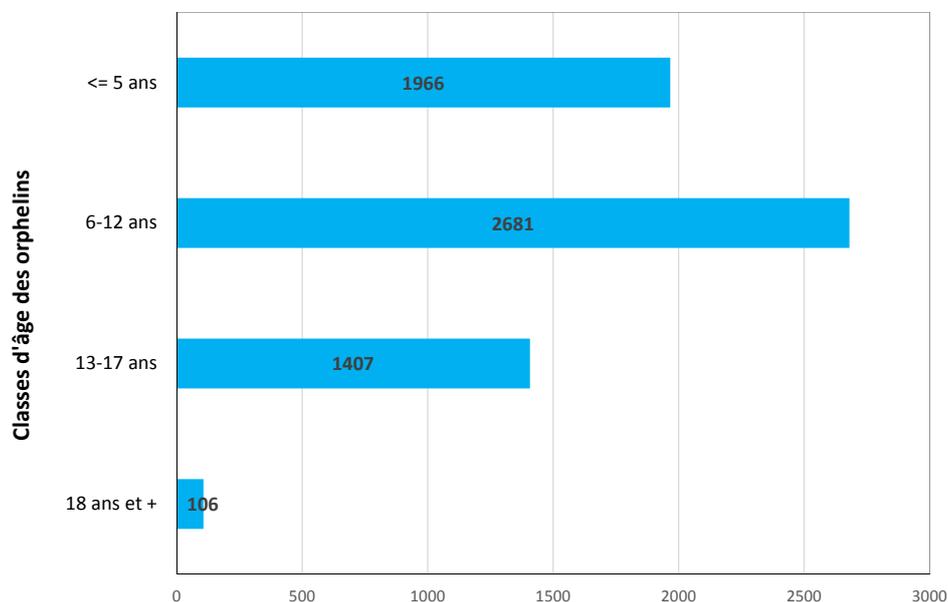


Figure 37 : Répartition des orphelins dus à la MVE recensés par l'Unicef en fonction de l'âge le **26 juillet** (Unicef)



Situation dans la sous-région

L'épidémie a diminué de manière significative en Basse Guinée et aucun cas confirmé ou probable n'a été notifié en Sierra Léone en semaine 33. L'enquête épidémiologique au Libéria autour du décès confirmé en semaine 27 est toujours en cours pour expliquer cette réémergence.

Figure 38 : Répartition des cas et décès cumulés (S-P-C) en Sierra Leone, au Libéria et en Guinée 16 août 2015 (OMS).

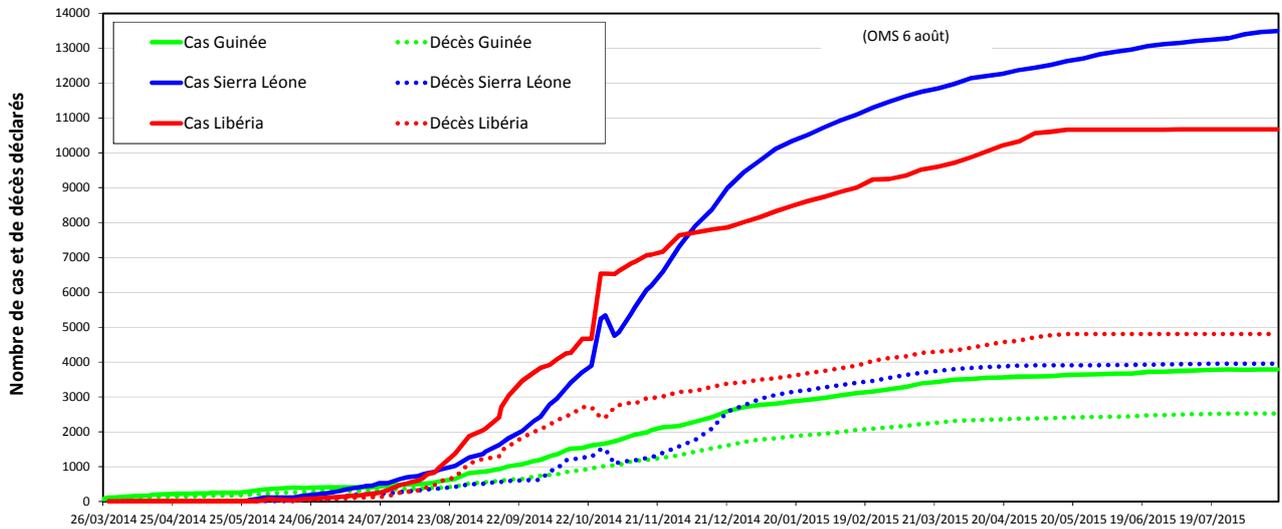
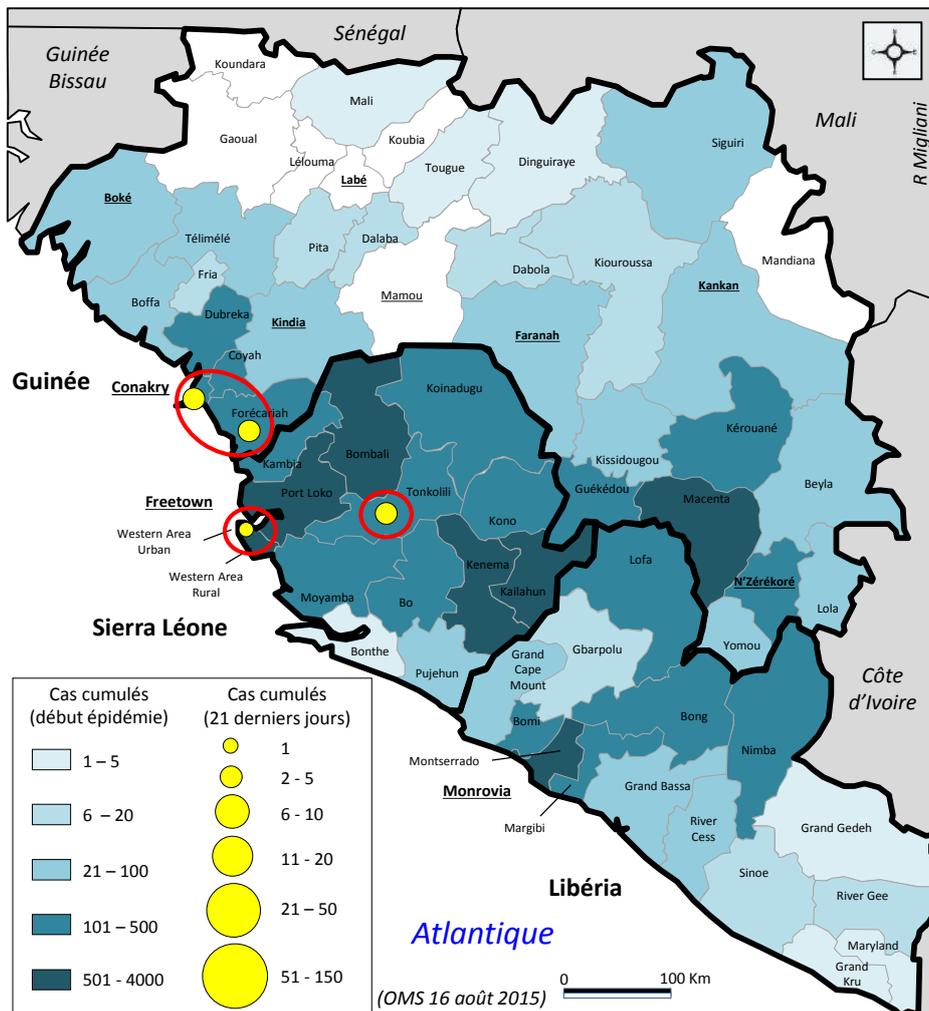
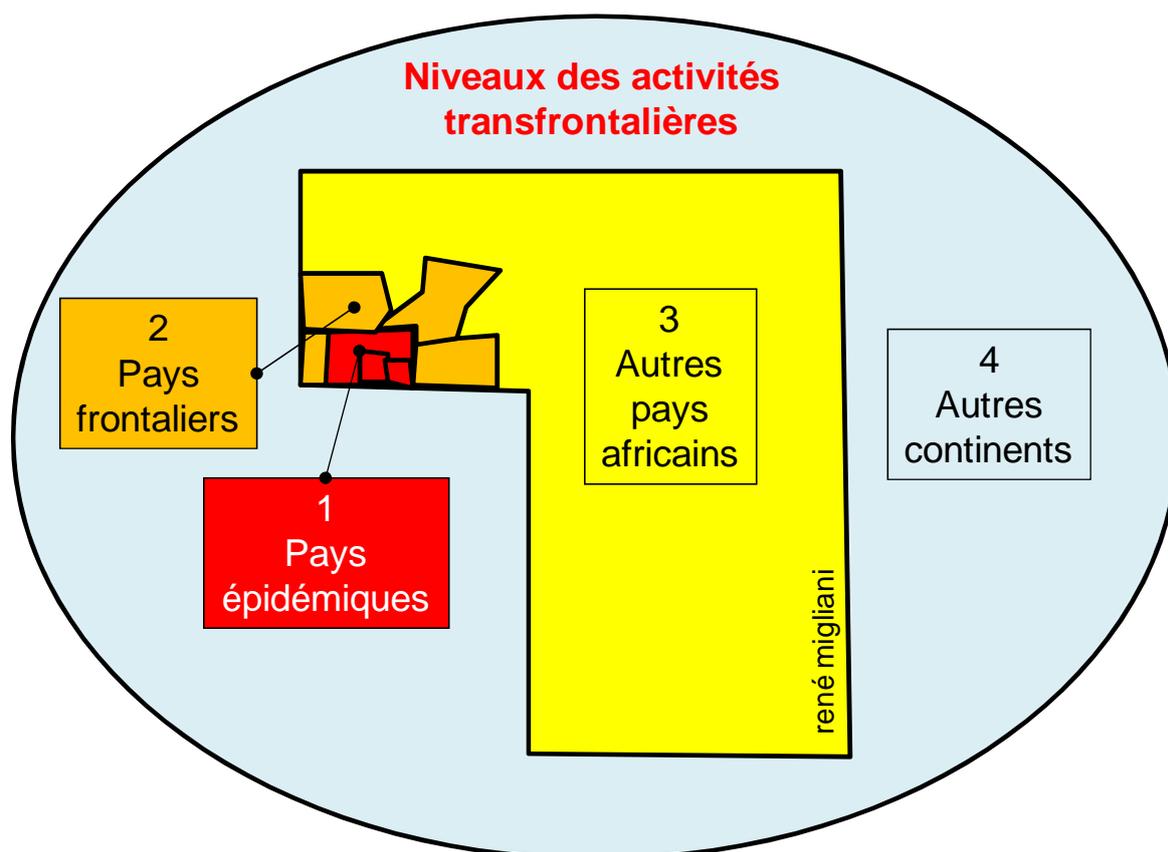


Figure 39 : Répartition des cas (S-P-C) et décès cumulés de fièvre Ebola au 16 août 2015 selon la préfecture (districts) et la date de dernière notification dans les 3 pays épidémiques de l'Afrique de l'ouest (Guinée, Sierra Leone, Libéria) (Bulletin OMS 19 août).



La surveillance des contacts et les activités transfrontalières (figure 40) se poursuivent dans plusieurs préfectures (Guéckédou, Macenta, Yomou, Siguiri, Forékariah). Dans la préfecture de Forékariah, une réunion transfrontalière a été organisée le 23 mars dans la ville frontalière de Pamelap en présence des plus hautes autorités de la Guinée (premier ministre) et de Sierra Léone (vice-président) pour renforcer les activités de lutte entre la préfecture de Forékariah et le district sierra-léonais de Kambia. Une recherche active de cas a été réalisée entre le 16 et 19 mai conjointement dans la préfecture de Forékariah et le district de Kambia en Sierra Léone. La recherche active des cas à domicile dans la sous-préfecture de Tanéné (préfecture de Dubréka) est terminée. Le bilan a été présenté dans le bulletin de la semaine 24.

Figure 40 : Niveaux des activités transfrontalières.



Le 5 juin à Pamelap, ville frontalière entre la Guinée et la Sierra Leone, les chefs d'Etats des deux pays ont fait une déclaration d'urgence sanitaire renforcée commune (texte de la déclaration ci-dessous).

Rencontre des Chefs d'État de Guinée et de la Sierra Léone à Pamelap le 5 juin 2015

Déclaration d'urgence sanitaire renforcée et étendue

Les Chefs d'Etat de la Guinée et de la Sierra Léone, soucieux de la santé de leurs populations et déterminés à mettre fin à l'épidémie de la maladie à virus Ebola, se sont rencontrés le 5 juin 2015 à Gbalamouya (Pamelap) pour harmoniser leurs points de vue dans la mise en œuvre d'une stratégie de renforcement et d'extension des mesures contenues dans le Protocole d'Accord signé entre les autorités administratives et les acteurs de la Riposte des deux villes frontalières de Forécariah et de Kambia, le 26 mars 2015.

Suite à la persistance de l'épidémie de la maladie à virus Ebola dans certaines zones en Guinée et en Sierra Léone, en dépit des nombreuses rencontres entre les Chefs d'Etat de la Mano River et des équipes techniques élargie aux partenaires, il a été constaté que le goulot d'étranglement de la riposte reste le faible engagement des populations et des autorités dans certaines localités des deux pays.

A l'issue de la rencontre, les deux Chefs d'Etat se sont convenus, de proroger les mesures d'urgence sanitaire renforcée dans leur pays respectif jusqu' au 30 juin 2015.

Ces mesures sont :

- 1- Les services hospitaliers et cliniques privées au sein desquels des cas d'Ebola ont été déclarés doivent être temporairement fermés. Les malades qui y sont déjà présents doivent rester sur place et des mesures seront prises pour assurer leurs soins et leur alimentation ;
- 2- Les autres structures de soins qui n'appliquent pas les mesures de prévention doivent être également fermées.
- 3- Tout guérisseur ou tradithérapeute qui ne référera pas des cas suspects d'Ebola aux structures sanitaires spécialisées sera poursuivi pour mise en danger de la vie d'autrui.
- 4- Tout responsable religieux qui n'observera pas les mesures édictées, ou qui incitera à la négation de la maladie d'Ebola sera poursuivi par la loi en vigueur.
- 5- Tous les cas de décès, pendant cette période d'urgence sanitaire renforcée, doivent être systématiquement testés.
- 6- Tous les enterrements dans la zone couverte par l'urgence sanitaire renforcée doivent être préalablement sécurisés par la Croix-Rouge ou la Protection Civile, dans le respect de la dignité humaine.
- 7- Les cérémonies d'inhumation, de deuil et de condoléances doivent être réduites à la plus stricte intimité du cadre familial. Les salutations et les regroupements rituels peuvent être renvoyés au-delà de la période d'urgence sanitaire renforcée.
- 8- Toute personne qui cache des malades ou déplace des corps d'une localité à une autre sera considérée comme un criminel qui propage la maladie et poursuivie conformément à la loi pour mise en danger de la vie d'autrui.
- 9- Toute personne qui menace ou s'attaque aux acteurs de la riposte, à leurs équipements ou aux édifices publics et privés sera poursuivie et sévèrement puni par la loi.
- 10- Les équipes en charge de la riposte sont invitées à proposer de nouvelles initiatives de recherche et d'élimination de tous les cas résiduels d'Ebola dans toutes les localités encore actives.
- 11- Les partenaires techniques et financiers sont invités à accompagner la mise en œuvre effective des présentes mesures ;
- 12- Les autorités administratives locales ont pleins pouvoirs pour l'application stricte et rigoureuse des présentes mesures ;
- 13- Les forces de défense et de sécurité sont invitées à prendre toutes les mesures nécessaires pour l'application stricte des présentes mesures.
- 14- Des mesures exceptionnelles de restriction de mouvement seront appliquées aux localités abritant des contacts.
- 15- Les mesures d'accompagnement et de soutien aux familles et aux agents de santé doivent être renforcées par la Coordination nationale.
- 16- Le Ministère de la Santé doit intensifier la supervision des établissements de soins et veiller à l'observation des mesures de prévention.

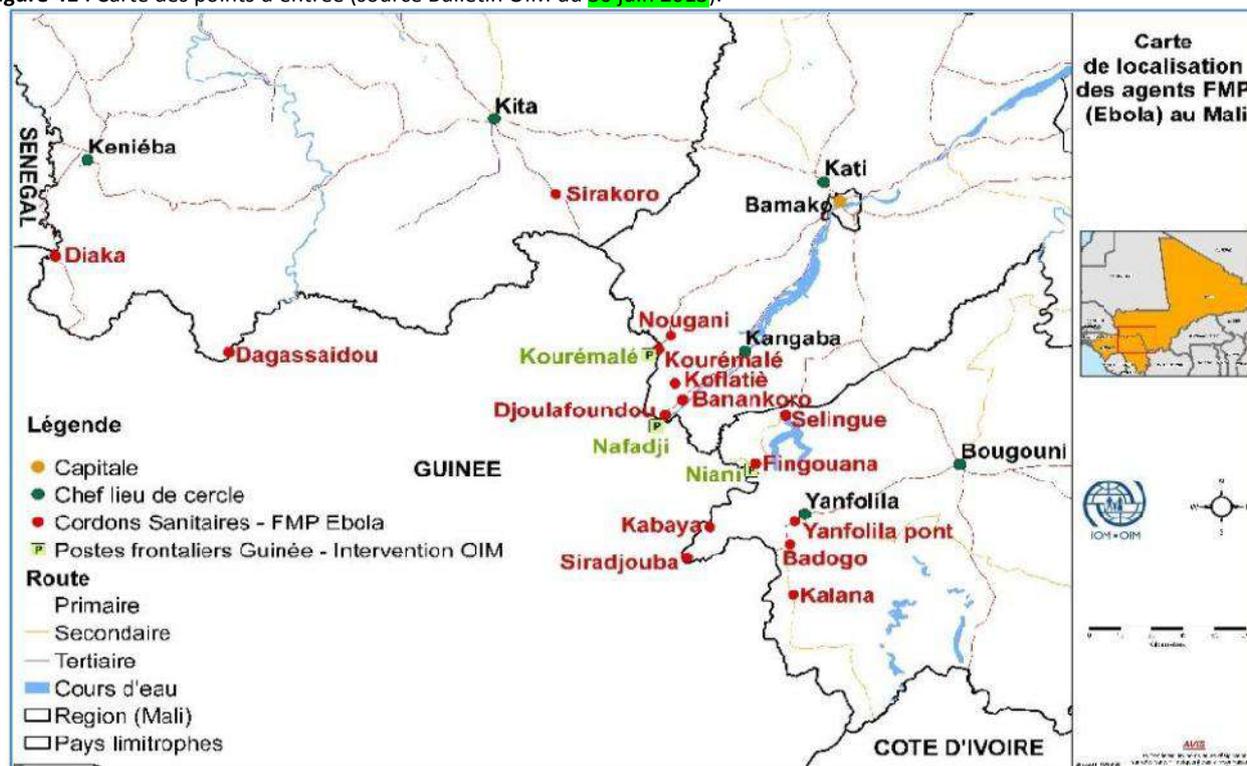
Les préfectures guinéennes concernées par cette déclaration d'urgence sanitaire renforcée sont : Forécariah, Coyah, Dubréka, Boké, Kindia, Boffa, Fria et la ville de Conakry.

Tous les départements ministériels concernés (Santé, Administration du Territoire, Défense nationale, Éducation, Sécurité, Justice, Affaires religieuses, Communication...) sont invités, chacun en ce qui le concerne, au respect de l'application effective de la présente Déclaration.

Fait à Gbalamouya le 5 juin 2015

La figure 41 a été réalisée par l'Organisation Internationale des Migrations (OIM) et présente les points d'entrée au Mali qui font l'objet d'un suivi des flux migratoires sur la frontière de la Guinée. En juin les agents des points de suivi des flux migratoires (Flow Monitoring points – FMP) en partenariat avec les personnels de santé maliens ont procédé au contrôle et à la sensibilisation de 52173 personnes (56655 en mai, 61085 en avril et 362159 depuis le 22 novembre 2014) et au contrôle de 3996 véhicules (5547 en mai, 6045 en avril) transportant les voyageurs.

Figure 41 : Carte des points d'entrée (source Bulletin OIM du 30 juin 2015).



Les proportions de cas suspects cumulés restent hétérogènes (53% au Libéria [3 laboratoires actifs/10], 33% en Sierra Leone [8 laboratoires actifs /15] et <1% en Guinée [7 laboratoires pour le diagnostic des cas suspects]) ainsi que les létalités brutes (Sierra Leone 29%, Libéria 45% et Guinée 67%) (Tableau 5). La létalité des patients hospitalisés dont l'évolution est connue est un indicateur qui permet de mieux comparer les trois pays épidémiques. Elle est égale à 50% [juin] en Guinée, 50% [mai] en Sierra Leone et 49% [décembre] au Libéria (Bulletin OMS 19 août 2015).

Tableau 5 : Données du 16 août

Pays	Définition de cas	Cas cumulés (%)	Décès cumulés (%)	Nombre de guéris
Guinée	Confirmé	3332	2072 (62)	1224
	Probable	452	452	
	Suspect	2 (<1)	0	
	Ensemble	3786	2524 (67)	
Sierra Leone	Confirmé	8697	3586 (41)	?
	Probable	287	208	
	Suspect	4510 (33)	158	
	Ensemble	13494	3952 (29)	
Libéria	Confirmé	3157	-	1538
	Probable	1879	-	
	Suspect	5636 (53)	-	
	Ensemble	10672	4808 (45)	
Total		27952	11284 (40)	?

On observe une baisse régulière de l'incidence des cas confirmés et probables depuis la semaine 9 en Sierra Léone et en Guinée depuis la semaine 11, mais une stabilisation depuis la semaine 14 (figures 42 et 43). Trois cas confirmés ont été notifiés en Guinée, deux dans la capitale Conakry et un dans la préfecture de Forékariah. Aucun cas confirmé ou probable a été notifié cette semaine en Sierra Léone.

Le bloc régional Est (Libéria, Guinée forestière et Haute Guinée, Est de la Sierra Léone) est calme. Aucun nouveau cas n'a été notifié au Libéria depuis la semaine 29 (figures 42 à 44).

Figure 42 : Évolution de l'incidence des cas confirmés et probables de la MVE dans les trois pays épidémiques depuis la première semaine de 2015 (OMS).

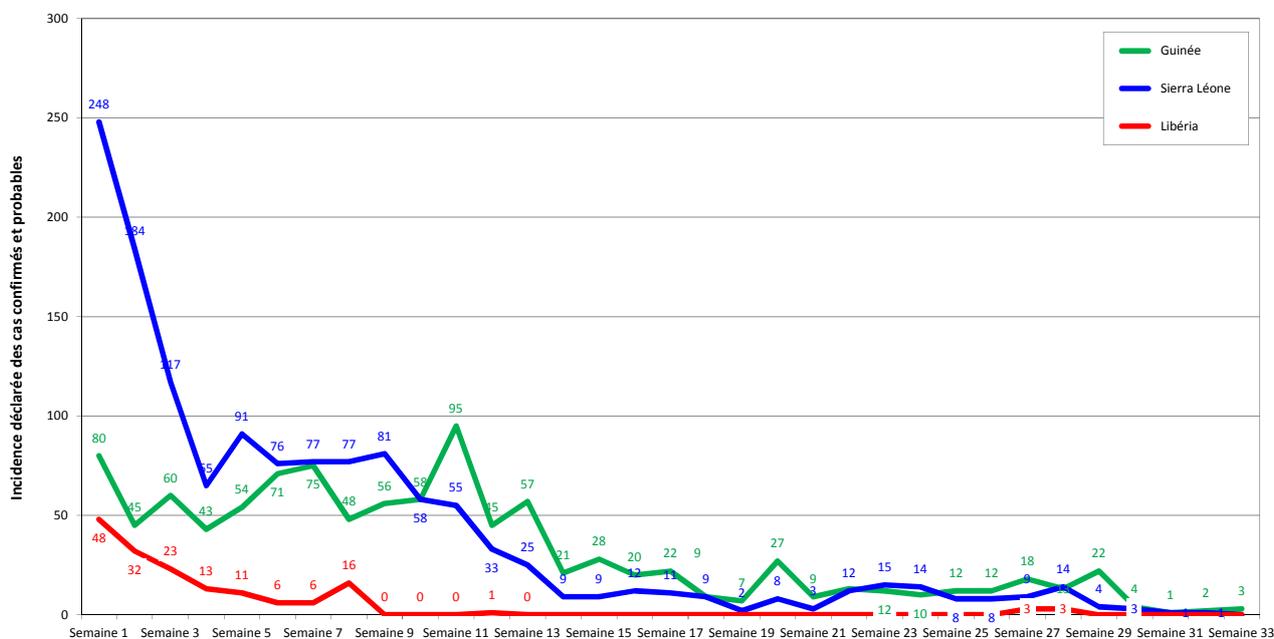


Figure 43 : Évolution du taux d'incidence pour 100000 des cas confirmés et probables de la MVE dans les trois pays épidémiques depuis la première semaine de 2015* (Données populations 2010) *Échelle logarithmique

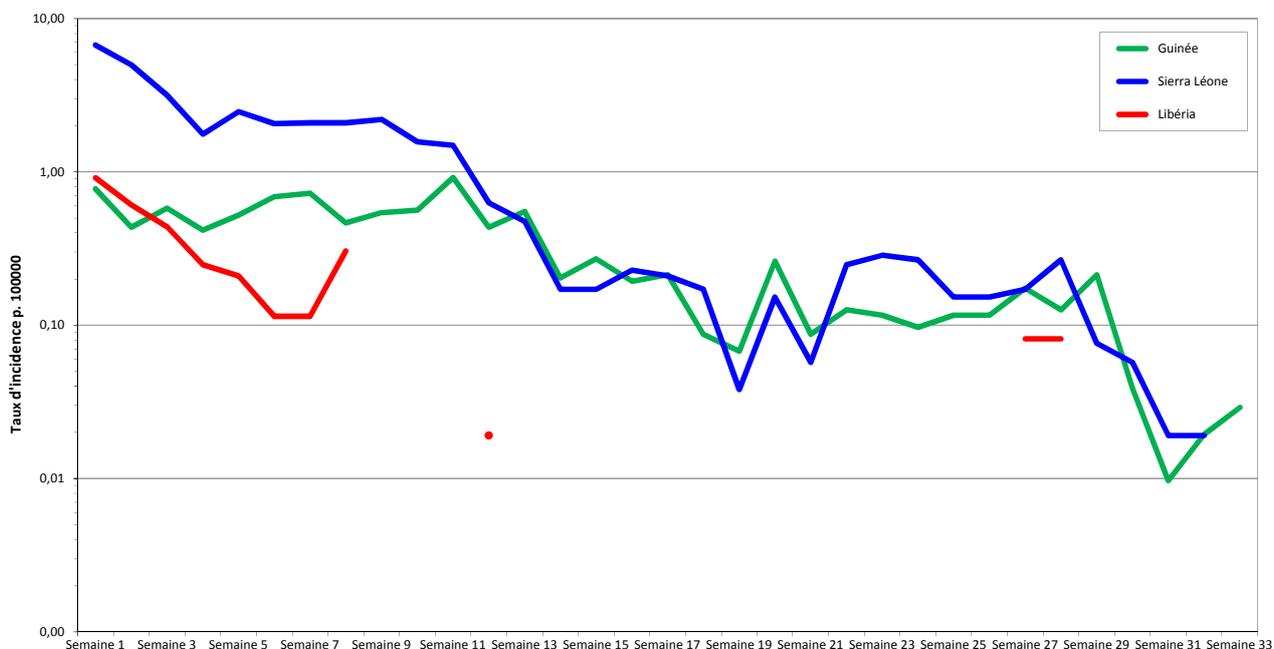
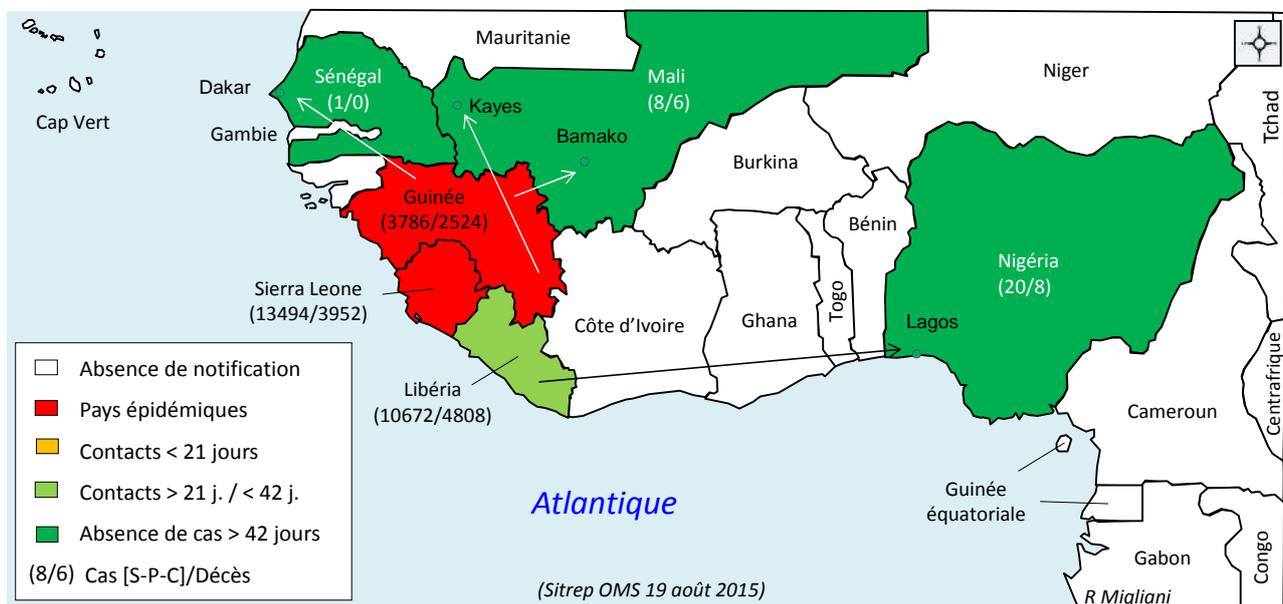


Figure 44 : Évolution de l'épidémie dans les trois pays épidémiques (présentation schématique)



Le Mali est libre d'Ébola (« Ebola free ») depuis le 18 Janvier 2015. Le Libéria, libre d'Ébola depuis le 9 mai 2015, a présenté des cas confirmés à partir du 29 juin 2015 (figure 45).

Figure 45 : Répartition des cas et des décès (S-P-C) en lien avec l'épidémie des pays de l'Afrique de l'ouest le 16 août 2015 (OMS).

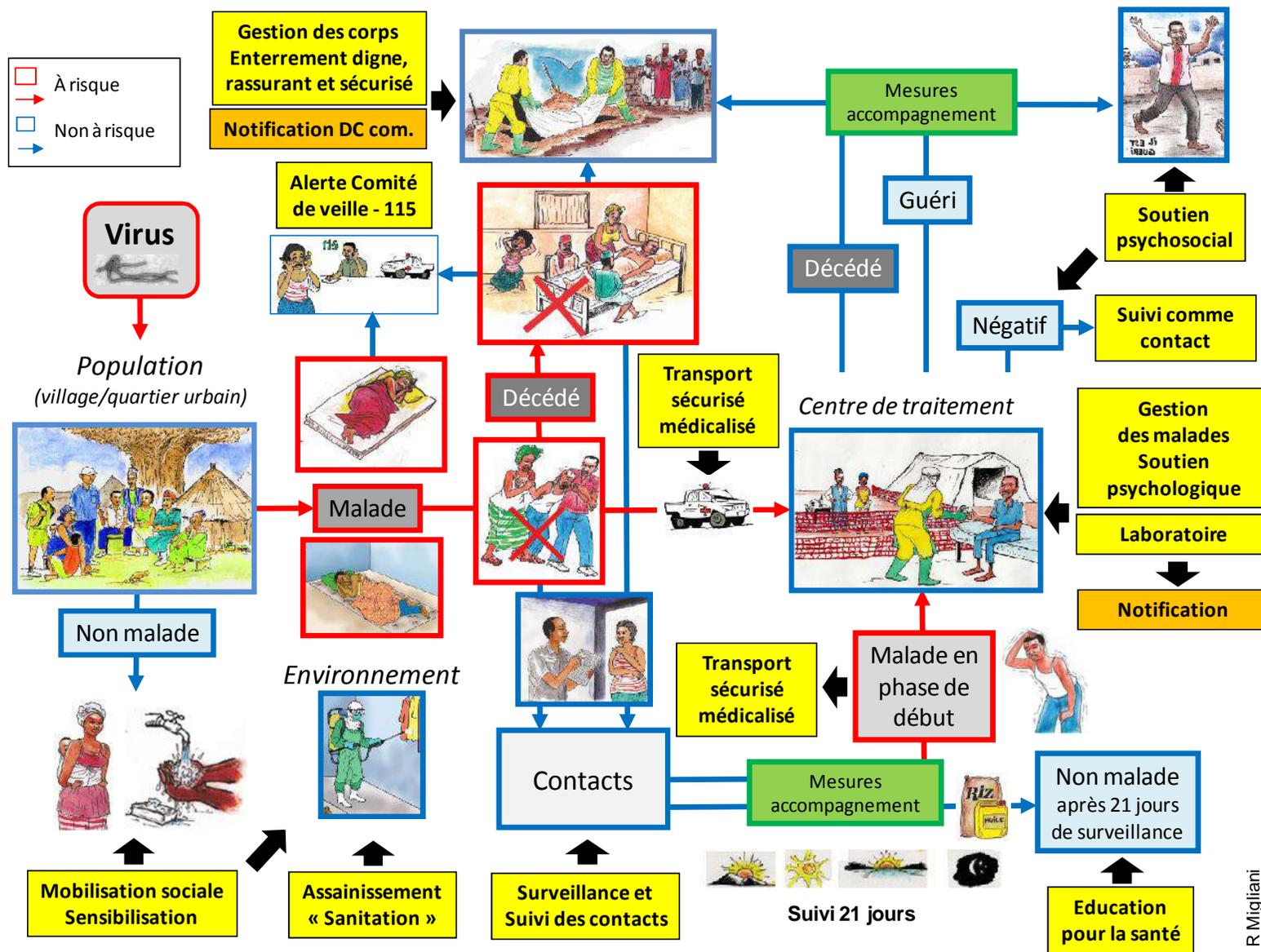


Stratégies de lutte

La lutte contre le virus Ebola est globale (annexe) et associe plusieurs stratégies :

- Mobilisation sociale et sensibilisation des populations et des enfants en milieu scolaire à l'aide de supports de communication adaptés (messages radiodiffusés en langues vernaculaires au niveau des radios rurales, distribution de dépliants, utilisation d'une boîte à images [en cours de duplication avant diffusion], ...) avec prévention et contrôle des réticences par la négociation avec l'appui des ressortissants (personnalités ne vivant plus dans la localité) des localités réticentes et l'adaptation des protocoles d'intervention des équipes de sensibilisation et d'investigation ; l'emploi des forces de gendarmerie n'est mis en œuvre qu'en dernier recours dans les situations les plus graves de troubles à l'ordre public ; l'initiative de remobilisation intitulée « Zéro Ebola en 60 jours » a été mise en œuvre à partir de la semaine 02/2015. Elle s'est poursuivie jusqu'au 15 avril à la demande des présidents des pays de l'Union du fleuve Mano (« Mano River Union ») (figure 11).
- mise en place d'un système d'alerte précoce par les agents communautaires, les tradipraticiens et les comités de veille villageois (CVV), lors de l'apparition de cas et/ou de décès communautaires suspects ;
- enterrements sécurisés par les équipes de la croix rouge guinéenne en présence de membres de la famille associés à des mesures d'accompagnement (sensibilisation préalable par les CVV et les autorités traditionnelles villageoises, condoléances, offrandes) ; l'objectif de 100% d'enterrements suspects sécurisés est un des objectifs de l'initiative « Zéro Ebola en 60 jours » (figure 11) ;
- identification des sujets contacts et suivi à 100% de ces contacts pendant une durée de 21 jours au maximum (incubation maximale de la maladie à virus Ebola [MVE]) avec mesures d'incitation au maintien à domicile par la fourniture de denrées alimentaires adaptées (riz, ...) ; le suivi à 100% des contacts est un objectif majeur pour contrôler la transmission et atteindre l'objectif d'élimination de la MVE en Guinée ;
- alerte par l'entourage, le CVV ou les agents communautaires en cas de départ effectif (ou suspicion par non présentation au contrôle quotidien pendant 2 jours consécutifs) de la préfecture d'un sujet contact par tous les moyens possibles (coursier vers le centre de santé le plus proche, téléphone ou appel au 115, alerte auprès des services aéroportuaire de Conakry et des capitales régionales ainsi que dans les pays frontaliers) en indiquant l'identité du contact et autant que possible le lieu probable de destination et les coordonnées de la famille d'accueil ;
- prise en charge médicale rapide des contacts présentant des signes de MVE avec transport médical sécurisé vers le centre de transit/centre de traitement Ebola (CTE) le plus proche. Le pronostic des patients infectés est influencé par la rapidité et la qualité de la prise en charge, notamment la réhydratation.

Annexe 2 : Schéma synthétique des stratégies de lutte contre l'infection hémorragique à virus Ebola → Une approche globale, complexe à mettre en œuvre.



R. Migliani

Annexe 2 : Publications sur l'épidémie d'Ébola en Guinée (liste non exhaustive)

1. Sylvain Baize & al. Emergence of Zaire Ebola Virus Disease in Guinea- Preliminary Report, *N Engl J Med* 16 April 2014
2. Bah EI, Lamah M-C, Fletcher T, *et al.* Clinical Presentation of Patients with Ebola Virus Disease in Conakry, Guinea. *N Engl J Med* 2014; : 141105140010007
3. WHO Ebola Response Team (2014).Ebola Virus Disease in West Africa. The First 9 Months of the Epidemic and Forward Projections. *N Engl J Med*
4. Barry M, Traoré FA, Sako FB, Kpamy DO, Bah EI, Poncin M, Keita S, Cisse M, Touré A. Ebola outbreak in Conakry, Guinea: epidemiological, clinical, and outcome features. *Med Mal Infect* 2014;44:491-4
5. Baggi F, Taybi A, Kurth A, Van Herp M, Di Caro A, Wolfel R, Gunther S, Decroo T, Declerck H, Jonckheere S. Management of pregnant women infected with Ebola virus in a treatment centre in Guinea, June 2014 *Euro Surveill* 2014;19(49)
6. Kuhn JH, Andersen KG, Baize S *et al.* Nomenclature- and database-compatible names for the two Ebola virus variants that emerged in Guinea and the Democratic Republic of the Congo in 2014. *Viruses* 2014; 6:4760-99
7. Bausch DG, Schwarz L. Outbreak of ebola virus disease in Guinea: where ecology meets economy *PLoS Negl Trop Dis* 2014;8:e3056
8. Calvignac-Spencer S, Schulze JM, Zickmann F, Renard BY. Clock rooting further demonstrates that Guinea 2014 EBOV is a member of the Zaire lineage. *PLoS Curr* 2014
9. Dudas G, Rambaut A. Phylogenetic analysis of Guinea 2014 EBOV Ebolavirus outbreak. *PLoS Curr* 2014
10. Nau JY. [Why does the Ebola virus (which is prevalent in Guinea today) not scare us?] *Rev Med Suisse* 2014
11. Faye O, Boëlle PY, Heleze E, Faye O, Loucoubar C, Magassouba N, Soropogui B, Keita S, Gakou T, Bah EH, Koivogui L, Sall AA, Cauchemez S. Chains of transmission and control of Ebola virus disease in Conakry, Guinea, in 2014: an observational study. *Lancet Infect Dis* 2015; S1473-3099:71075-8
12. Victory KR, Coronado F, Ifono SO, Soropogui T, Dahl BA. Ebola transmission link to a single funeral ceremony, Kissidougou, Guinea, decembre 2014-janvier 2015. *MMWR* April 2015;64:386-88.
13. Walker PGT, White MT, Griffin JT, Reynolds A, Ferguson NM, Ghani A. Malaria morbidity and mortality in Ebola-affected countries caused by decreased health-care capacity, and the potential effect of mitigation strategies: a modelling analysis. *Lancet Infect Dis* Published online April 24, 2015, [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(15\)70124-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(15)70124-6).
14. Ndawin JDA, Cissé M, Diallo MSK, Sidibé CT, D'Ortenzio E. Prevention of HIV spread during the Ebola outbreak in Guinea. *Lancet* 2015;385, April 11, 1393.
15. Qureschi AI, Chughtai M. Acute specialized care of patients with Ebola virus disease: gaps and opportunities. *JVNI* 2015;8:S1-3.
16. Qureschi AI, Chughtai M, Bah EI, Barry M, Béavogui K, Loua TO, Malik AA. High survival rates and associated factors among Ebola virus disease patients hospitalized at Donka national hospital, Conakry, Guinea. *JVNI* 2015;8:S4-11.
17. Shuchman M. Ebola vaccine trials in west Africa faces criticism. *TheLancet.com* 2015;385:1933-34.
18. Simon-Lorieri E, Faye O, Faye O, Koivogui L, Magassouba N, Keita S, Thiberge JM, Dincourt L, Bouchier C, Vandebogaert, Caro V, Fall G, Buchmann JP, MatrangaCB, Sabeti PC, Manuguerra JC, Holmes EC, Sall A. Distinct lineages of Ebola virus in Guinea during the 2014 West African epidemic. 2015, doi:10.1038/Nature14612.
19. Røttingen JA. Ebola vaccine trial in Guinea. *TheLancet.com* 2015;385:2459-60.
20. Carroll JW, Matthews DA, Hiscox JA *et al.* Temporal and spatial analysis of the 2014–2015 Ebola virus outbreak in West Africa. *Nature* 2015; doi:10.1038/nature14594.
21. Sagui E, Janvier F, Baize S, Foissaud V, Koulibaly F, Savini H, Maugey N, Aletti M, Granier H, Carmoi T. Severe Ebola virus infection with encephalopathy. Evidence for direct virus involvement. *Clin Infect Dis*. 2015 Jul 21. pii: civ606. [Epub ahead of print].
22. Plucinski MM, Guilavogui T, Sidikiba S, Diakité N, Diakité S, Dioubaté M, Bah I, Hennessee I, Butts JK, Halsey ES, McElroy PD, Kachur SP, Aboulhab J, James R, Keita M. Effect of the Ebola-virus-disease epidemic on malaria case management in Guinea, 2014: a cross-sectional survey of health facilities. *Lancet Infect Dis* Published online June 24, 2015, [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(15\)00061-4/](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(15)00061-4/)

23. Qureshi AI, Chughtai M, Loua TO3, Pe Kolie J, Camara HF, Ishfaq MF, N'Dour CT, Beavogui K. Study of Ebola Virus Disease Survivors in Guinea. *Clin Infect Dis* 2015 Jun 9. pii: civ453. [Epub ahead of print].
24. Henao-Restrepo AM, Longini IM, Egger M, Dean NE, Edmunds WJ, Camacho A, Miles W Carroll MW, Doumbia M, Draguez B, Duraffour S, Enwere G, Grais R, Gunther S, Hossmann S, Kondé MK, Kone S, Kuisma E, Levine MM, Mandal S, Norheim G, Riveros X, Soumah A, Trelle S, Vicari AS, Watson CH, Kéïta S, Kieny MP, Røttingen JA. Efficacy and effectiveness of an rVSV-vectored vaccine expressing Ebola surface glycoprotein: interim results from the Guinea ring vaccination cluster-randomised trial. *www.thelancet.com*. Published online July 31, 2015, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61117-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61117-5).
25. Li Z, Teng Z, Feng X, Li Y, Zhang H. Dynamical Analysis of an SEIT Epidemic Model with Application to Ebola Virus Transmission in Guinea. *Comput Math Methods Med* 2015;2015:582625. doi: 10.1155/2015/582625. Epub 2015 Jul 2.
26. van Griensven J, De Weigheleire A, Delamou A, Smith PG, Edwards T, Vandekerckhove P, Ibrahima Bah E, Colebunders R, Herve I, Lazaygues C, Haba N, Lynen L. The use of Ebola Convalescent Plasma to treat Ebola Virus Disease in resource constrained settings: A perspective from the field. *Clin Infect Dis* 2015 Aug 10. pii: civ680. [Epub ahead of print].
27. Pigott DM, Golding N, Mylne A, Huang Z, Henry AJ, Brady OJ et al. Mapping the zoonotic niche of Ebol virus disease in Africa. *eLife* 2014;3: e04395. DOI: 107554/eLife.04395.