



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L' **Afrique**

AFR/RC65/10
24 novembre 2015

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-cinquième session
N'Djamena, République du Tchad, 23-27 novembre 2015

Point 14 de l'ordre du jour

**ÉPIDÉMIE 2014 DE MALADIE À VIRUS EBOLA : LEÇONS APPRISSES
ET PERSPECTIVES**

Rapport du Secrétariat

SOMMAIRE

Paragraphes

INTRODUCTION	1-14
ENJEUX ET DÉFIS	15-25
MESURES PROPOSÉES	26-39

INTRODUCTION

1. L'épidémie 2014 de maladie à virus Ebola (MVE) en Afrique de l'Ouest est apparue en mars 2014 en Guinée, puis s'est propagée au Libéria et en Sierra Leone. Les investigations et la recherche rétrospective des cas menées par l'OMS ont établi que le premier cas probable de la maladie à virus Ebola a été notifié à la fin du mois de décembre 2013, trois mois avant la déclaration de la maladie. Des cas d'Ebola ont ensuite été rapportés au Mali, au Nigéria, au Sénégal, en Espagne, au Royaume-Uni et aux États-Unis d'Amérique. En août 2014, le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré que l'épidémie de MVE constitue une urgence de santé publique de portée internationale.

2. La propagation rapide de la maladie est favorisée par sa détection tardive, sa transmission dans des zones urbaines densément peuplées, la faiblesse des systèmes de santé, le retard dans la mise en œuvre des mesures de lutte transfrontalières, les pratiques culturelles à risque et les enterrements non sécurisés¹. En outre, les agents de santé des pays touchés n'avaient aucune expérience de la lutte contre la MVE. Pourtant, grâce à la préparation et à la sensibilisation qui ont permis de détecter rapidement la maladie, l'épidémie a été enrayée dans les pays touchés par la suite, à savoir le Mali, le Nigéria et le Sénégal. La MVE a aussi été enrayée en République démocratique du Congo, qui était touchée par une flambée distincte de l'épidémie survenue en Afrique de l'Ouest.

3. L'épidémie actuelle de MVE est bien plus grave que les 20 précédentes flambées², enregistrées pour l'essentiel en Afrique centrale. Au 18 octobre 2015, la MVE avait provoqué 11 298 décès sur un total de 28 476 cas d'infection recensés, y compris 1049 cas d'infection et 535 décès notifiés chez les personnels soignants dans six pays africains : la Guinée, le Libéria, le Mali, le Nigéria, le Sénégal et la Sierra Leone.

4. Au début de l'épidémie de MVE, la réponse nationale et internationale n'était pas appropriée ni proportionnelle à l'ampleur de la maladie. L'OMS a progressivement joué un rôle de chef de file dans la coordination de la riposte en mobilisant l'action internationale, et aussi en élaborant et en soutenant la mise en œuvre des stratégies pertinentes de riposte sanitaire nécessaires pour lutter contre l'épidémie de MVE³. Plus de 3800 experts, au nombre desquels 1250 issus de la Région africaine de l'OMS, ont été déployés sur le terrain. Des experts issus d'autres Régions et du Siège de l'OMS, des *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) des États-Unis d'Amérique, d'institutions du système des Nations Unies, de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), de l'Union africaine, de Médecins sans frontières (MSF) et d'autres organisations non gouvernementales ont également été déployés dans les pays touchés afin de fournir un appui technique à la lutte contre l'épidémie. Au total, 49 centres de traitement d'Ebola et 25 laboratoires mobiles ont été construits ou déployés en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone.

5. Au regard de l'ampleur de l'épidémie et de l'implication des secteurs non sanitaires, les ministres de la Santé de la CEDEAO ont demandé la mise en place d'une coordination centralisée. Le rôle de coordination initialement dévolu au Centre sous-régional de coordination de la réponse à

¹ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest : le point sur la situation et leçons apprises* (document AFR/RC64/9). Brazzaville (Congo), 2014.

² Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest : le point sur la situation et leçons apprises* (document AFR/RC64/9). Brazzaville (Congo), 2014.

³ Organisation mondiale de la Santé. *Liste de contrôle consolidée pour se préparer à faire face à la maladie à virus Ebola*. Publication de l'OMS (janvier 2015).

l'épidémie d'Ebola (SEOCC), dont le siège était établi en Guinée, a été transféré à la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (UNMEER), basée au Ghana.

6. Depuis la tenue de la soixante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique en novembre 2014, certaines rencontres de haut niveau ont été organisées (notamment la cent trente-sixième session du Conseil exécutif de l'OMS et la vingt-quatrième session ordinaire de la Conférence de l'Union africaine⁴), et des missions ont été effectuées en vue du renforcement des systèmes de santé. Un comité consultatif scientifique et technique sur les interventions expérimentales anti-Ebola a été établi. Des essais de vaccins et de médicaments destinés au traitement curatif de la MVE sont en cours, et les équipes d'appui à la préparation continuent d'effectuer des missions dans les pays à haut risque. La collaboration transfrontalière a été renforcée, et la volonté politique réaffirmée par la décision des chefs d'État et de gouvernement des pays membres de l'Union du fleuve Mano⁵ visant à atteindre l'objectif de « zéro cas » d'Ebola dans un délai de 60 jours à compter du 15 février 2015. Grâce à ces actions, l'incidence de la MVE régresse depuis le mois de janvier 2015. Le 3 septembre 2015, l'OMS a déclaré la fin de la troisième vague d'Ebola au Libéria.

7. Depuis le mois d'août 2015, la riposte à Ebola est entrée dans sa « phase 3 », qui consiste à briser toutes les chaînes de transmission du virus et à entamer le travail de relèvement afin de parvenir au « zéro cas résilient » et de maintenir ce cap. La phase 3 de la riposte s'appuie sur les activités menées pendant la phase 1 (entre août et décembre 2014) et axées sur la fourniture rapide de lits pour le traitement des patients d'Ebola, les inhumations sans risque et dans la dignité et la promotion du changement des comportements face à la MVE. La phase 3 s'appuie aussi sur les activités de renforcement des capacités de recherche des cas et des contacts et de collaboration avec les communautés réalisées au titre de la phase 2 (de janvier à juillet 2015).

8. Des facteurs comprenant un leadership national solide, des mécanismes de coordination des partenaires fonctionnels, une forte mobilisation des communautés et la mise en œuvre réussie des interventions complètes de santé publique ont été essentiels pour freiner très tôt la propagation de l'épidémie d'Ebola.

9. La coopération Sud-Sud et Nord-Sud et la coordination sous-régionale ont permis de renforcer la capacité des pays touchés à répondre à l'épidémie. Dans un esprit de solidarité, de nombreux pays africains ont fourni un appui aux pays touchés dans divers domaines tels que l'épidémiologie et la capacité de laboratoire.

10. L'OMS continue de soutenir la recherche-développement (R-D) sur de nouveaux moyens de diagnostic et sur des traitements et des vaccins expérimentaux anti-Ebola, en collaboration avec les partenaires et les ministères de la Santé. En août 2015, deux vaccins candidats anti-Ebola qui avaient déjà été soumis aux essais cliniques de phase 1 et de phase 2 se trouvaient en phase 3 des essais dans les trois pays touchés par la MVE. Il ressort de l'analyse provisoire des résultats des essais de phase 3 que l'un des vaccins candidats s'est avéré efficace à 100 % en Guinée. Par conséquent, la stratégie

⁴ Assembly/AU/Decl.4(XXIII). *Déclaration spéciale reconnaissant le rôle des bénévoles africains dans la lutte contre l'épidémie Ebola*. Vingt-quatrième session ordinaire de la Conférence de l'Union africaine, 30-31 janvier 2015. Addis-Abeba (Éthiopie).

⁵ Sommet de l'Union du fleuve Mano : le communiqué final de la rencontre. Disponible en suivant le lien ci-après : www.newsdeguinee.com/a-la-une/sommet-mano-river-le-communiqué-final-de-la-rencontre/. Consulté le 1^{er} avril 2015.

des essais circulaires en utilisant ce vaccin candidat à 100 % efficace a été étendue en Sierra Leone pour aider ce pays à enrayer l'épidémie. En outre, la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone ont bénéficié d'un appui pour appliquer l'immunothérapie par injection, compte tenu de son efficacité avérée à traiter certaines maladies et eu égard au potentiel que recèle cette option de traitement en matière de prise en charge des cas de MVE.

11. Depuis le 20 octobre 2014, l'OMS fournit un appui technique aux pays non touchés pour renforcer la préparation à la MVE, en mettant un accent particulier sur les quatorze pays prioritaires identifiés comme potentiellement à haut risque. Ce soutien technique est aussi apporté aux pays dans le cadre des visites d'appui que les équipes de renforcement de la préparation mènent dans les pays pour les aider à déterminer et hiérarchiser les besoins et les lacunes, et leur proposer des orientations et outils techniques. Entre le mois d'octobre 2014 et le mois de septembre 2015, l'OMS a organisé plus de 285 déploiements dans les pays prioritaires pour leur prêter assistance dans l'application des plans nationaux de préparation. Des fonctionnaires chargés de la préparation à la MVE ont été déployés pour accompagner 12 pays dans la mise en œuvre de leurs plans nationaux de préparation.

12. Le groupe de travail chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola a publié un rapport à la suite d'une évaluation indépendante des activités de riposte à la MVE. Les recommandations du groupe de travail étaient adressées aussi bien à l'OMS qu'aux États Membres. Il a indiqué que d'importants changements s'avèrent nécessaires à l'OMS, et que les États Membres doivent, aux plus hauts niveaux politiques, fournir à leur Organisation le soutien politique et financier dont elle a besoin. Le rapport a relevé non seulement des failles organisationnelles dans le fonctionnement de l'OMS, mais aussi des insuffisances dans l'application du Règlement sanitaire international (RSI, 2005). Le rapport contient des recommandations portant sur trois domaines : le RSI (2005) ; les capacités de riposte de l'OMS en cas d'urgence sanitaire ; et le rôle et la coopération de l'OMS avec les systèmes sanitaires et humanitaires au sens large⁶.

13. En réponse à la réforme menée par l'OMS dans le domaine des flambées épidémiques et des urgences de santé, le groupe organique Sécurité sanitaire et situations d'urgence (HSE) a été créé récemment au Bureau régional de l'Afrique à l'effet de fournir un appui aux États Membres par la mise en place d'une riposte plus précise et plus diligente aux menaces pour la santé. En outre, des mécanismes de coordination sont institués pour établir de meilleures synergies entre les programmes axés sur des maladies spécifiques, le programme d'action du groupe organique Sécurité sanitaire et situations d'urgence et les fonctions essentielles des systèmes de santé au niveau des pays.

14. Eu égard à ce qui précède, le présent document résume les enjeux et défis identifiés lors de la gestion de l'épidémie et propose des mesures susceptibles d'orienter la gestion de l'épidémie en cours et celle de futures épidémies dans la Région.

ENJEUX ET DÉFIS

15. *Une appropriation et un leadership communautaires faibles.* Très peu de responsables de communautés ont été identifiés, sensibilisés à la maladie et informés des messages qui devaient être délivrés à la population. En conséquence, certaines familles cachaient des patients dans la maison ou inhumaient secrètement les dépouilles des personnes décédées des suites d'Ebola et la participation communautaire à la lutte anti-Ebola était faible, surtout aux premiers stades de la riposte. Ces

⁶ <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf>.

pratiques ont favorisé la propagation de la maladie. Divers organes de presse ont diffusé un certain nombre de messages inexacts qui ont suscité l'incompréhension et la perpétuation de pratiques néfastes dans les communautés. Ces messages ont attisé la peur au sein des populations touchées, qui ont parfois réagi en évitant de se rendre dans les établissements de santé.

16. *L'impact négatif des croyances et pratiques culturelles.* Au début de l'épidémie, les mesures et précautions d'usage s'appliquant à la prévention et au contrôle d'une épidémie de MVE afin d'éviter une transmission interhumaine du virus n'ont pas donné de résultats probants à cause des pratiques culturelles locales. Les croyances et pratiques fortement ancrées dans les communautés touchées et concernant les soins aux patients et la manipulation des dépouilles mortuaires ont entravé la mise en œuvre des mesures de lutte contre l'infection. Le refus de collaborer et la propagation de fausses rumeurs ont favorisé le rejet des interventions proposées, un rejet parfois cristallisé par la violence à l'égard des personnels soignants déployés sur le terrain.

17. *La complexité de l'environnement urbain.* L'épidémie s'est aussi propagée aux zones urbaines, causant des problèmes supplémentaires en rapport avec le confinement social des cas suspects dans leur communauté, ou à domicile, car ces personnes étaient extrêmement mobiles. Malheureusement, il n'existait pas de centres d'isolement des patients infectés au début de l'épidémie. La situation était donc très difficile et il a fallu beaucoup plus de temps pour briser les chaînes de transmission.

18. *La faiblesse et l'inadéquation des systèmes de santé.* La Guinée, le Libéria et la Sierra Leone étaient dotés de systèmes de santé faibles et touchés par une pénurie de ressources humaines pour la santé. Au début de l'épidémie, de nombreux personnels soignants ont été infectés et sont décédés à cause des mauvaises pratiques de lutte contre l'infection, qui ont encore aggravé la situation. En outre, le manque de personnel formé au diagnostic et à la prise en charge de la MVE, conjugué à la faiblesse des capacités d'intervention avant l'apparition de l'épidémie, a entraîné des retards dans la détection et la notification des cas, avec pour corollaire la propagation rapide de la maladie. Cette faiblesse et cette impréparation des systèmes de santé reflètent la situation qui prévaut dans de nombreux pays de la Région.

19. *La mauvaise application de la Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR) et du Règlement sanitaire international (RSI).* Souvent, les ressources humaines qualifiées, la logistique et les modes opératoires normalisés font défaut. La surveillance électronique n'est pas bien développée dans la Région. Le système d'alerte précoce et les activités transfrontalières conjointes ne sont donc pas fonctionnels. Certains pays continuent d'imposer des restrictions aux mouvements transfrontaliers, sans tenir compte des recommandations du RSI. Ces facteurs pourraient entraîner des retards dans la détection et la notification, tout comme dans la prévention ou le contrôle des événements majeurs de santé publique.

20. *Le manque de centres opérationnels d'urgence.* Le manque d'équipes de supervision centrale se traduit par une mauvaise coordination, un manque de cohérence dans l'action et la faible priorité accordée aux activités des partenaires et des parties prenantes nationales. En outre, l'inexactitude des rapports de situation et leur présentation hors délai ont entraîné des retards dans l'analyse de données commune et la collecte d'informations factuelles devant éclairer la prise de décision.

21. *Les ressources, l'engagement international et la collaboration limités.* Les moyens qui auraient permis de gérer l'épidémie continuent de faire défaut à cause de la faible mobilisation des ressources. Les systèmes de santé ont éprouvé des difficultés majeures résultant de l'appui financier

insuffisant fourni aux pays touchés et à la Région africaine de l'OMS, alors que le manque de ressources a affecté la capacité de l'Organisation à mobiliser les moyens d'action requis pour mettre en place une riposte à la dimension de l'épidémie. Le Fonds africain pour les urgences de santé publique n'est pas doté de ressources suffisantes, certains États Membres n'acquittant pas leurs contributions, et les efforts déployés au niveau international n'ont pas permis de mobiliser toutes les ressources nécessaires. Au début de l'épidémie, la participation internationale et le déploiement des ressources humaines qualifiées, l'appui logistique, la construction de centres de traitement d'Ebola et les laboratoires mobiles n'ont pas bénéficié d'un financement approprié. La fermeture des frontières et les restrictions aux voyages ont constitué des obstacles majeurs à l'application du RSI (2005).

22. *La conformité insuffisante aux mesures de prévention contre l'infection.* Le risque de propagation de l'épidémie est accentué par la faible capacité de détection aux points d'entrée et de sortie des pays touchés par l'épidémie, conjuguée au fait que ces pays ne disposent pas de la capacité à identifier les personnes infectées pendant la période d'incubation de la maladie. Étant donné qu'aucun pays de la Région africaine n'a jusqu'à présent acquis les capacités essentielles requises en vertu du Règlement sanitaire international, l'épidémie actuelle de MVE pourrait encore se propager à d'autres pays d'Afrique et au-delà du continent, et un tel risque de propagation subsistera tant qu'il y aura des cas d'infection dans un pays donné.

23. *Le taux de létalité élevé.* Le taux de létalité de l'épidémie actuelle de maladie à virus Ebola a considérablement varié d'un centre de traitement à un autre : il était élevé dans certains centres et faible dans d'autres. Les raisons de cette variation ne sont pas bien connues, mais pourraient être liées aux retards dans l'accès aux établissements de santé, ou à des retards dans la confirmation et la prise en charge des cas. Cette variation peut aussi être liée à l'expertise des personnes travaillant dans les centres de traitement et à des différences dans les protocoles thérapeutiques utilisés.

24. Malgré les problèmes liés à la résistance des communautés dans certaines localités, les améliorations enregistrées récemment dans la participation communautaire en Guinée et en Sierra Leone ont renforcé le suivi des contacts, tout comme l'identification des cas et des chaînes de transmission. En conséquence, la Guinée et la Sierra Leone n'ont enregistré aucun nouveau cas confirmé d'infection par la maladie à virus Ebola dans la semaine qui s'est achevée le 4 octobre 2015. C'était la première fois depuis le mois de mars 2014 qu'une semaine épidémiologique complète s'achevait sans qu'un seul cas confirmé d'Ebola ait été notifié. La fin de l'épidémie sera déclarée le 7 novembre 2015 si aucun nouveau cas d'infection n'est notifié entre-temps. Malheureusement, au cours de la semaine 42 qui s'est achevée le 18 octobre 2015, la Guinée a rapporté trois nouveaux cas confirmés. La forte baisse de l'incidence de la MVE traduit les efforts continus et l'engagement des gouvernements des pays touchés, avec l'appui de l'OMS et des partenaires, ainsi que la participation accrue des communautés aux initiatives visant à atteindre l'objectif de « zéro cas » d'infection par Ebola.

25. Compte tenu des enjeux et défis évoqués ci-dessus et des leçons apprises, les mesures décrites ci-après sont proposées aux États Membres et à l'Organisation mondiale de la Santé.

MESURES PROPOSÉES

Les mesures proposées aux États Membres sont énoncées dans les paragraphes 26 à 33, ci-après.

26. *Renforcer l'appropriation et le rôle moteur des communautés.* Les pays devraient collaborer avec les partenaires pour renforcer la participation des responsables de communautés aux activités de riposte à la MVE. Les États Membres devraient aussi faire intervenir des anthropologues, car ceux-ci permettront de mieux comprendre les croyances, la culture, les perceptions, les opinions et les désirs des communautés par rapport à la MVE. Les pays touchés devraient veiller à ce que des messages ne heurtant pas les sensibilités culturelles et pertinents du point de vue technique soient délivrés aux populations, surtout dans les localités où subsistent des résistances.

27. *Renforcer les efforts pour atteindre l'objectif de « zéro cas ».* Les pays devraient déployer leurs agents de santé qualifiés, mobiliser des experts chevronnés d'autres pays et coordonner les ressources et la logistique. Le renforcement des actions visant à soutenir la participation des communautés permettra d'accélérer les progrès vers l'atteinte de l'objectif de « zéro cas » d'infection par Ebola, au même titre que les initiatives transfrontalières et la consolidation de la coordination et de la collaboration sous-régionales.

28. *Accélérer le renforcement et le relèvement des systèmes de santé.* Les pays devraient améliorer la coordination du personnel, de la logistique, des fournitures, de l'équipement et des infrastructures connexes, en assurant parallèlement le relèvement et le renforcement durable des systèmes de santé. Cette mesure devrait être appliquée le plus tôt possible et aboutir à des plans d'action à court et long termes, axés non seulement sur l'élargissement de l'accès des communautés aux systèmes de santé de base, mais également sur la préparation de la riposte et l'amélioration de la qualité des services de santé.

29. *Mettre en place des systèmes et services de santé résilients.* Les pays devraient élaborer des politiques et plans nationaux de santé qui s'attaquent aux vulnérabilités des systèmes de santé. De tels plans devraient prendre en considération les priorités essentielles au relèvement rapide, telles que la collaboration avec les communautés, la prestation d'un ensemble de services essentiels, la capacité à assurer des services et à garantir l'accès à ces services, sans oublier la préparation aux chocs sanitaires qui pourraient survenir à l'avenir. En outre, il faudrait accorder l'attention nécessaire à la sécurité des patients et des personnels soignants et savoir gré aux personnels de santé des sacrifices consentis, en garantissant notamment leur protection par des régimes d'assurance-maladie. Il convient par ailleurs d'améliorer la surveillance et la riposte, de renforcer l'interaction entre districts de santé et communautés et d'instituer des mécanismes permettant aux services de santé de réagir en toute efficacité en cas d'événements de santé inattendus ou inconnus.

30. *Renforcer les systèmes de préparation.* Les pays devraient se doter de systèmes de préparation immédiate et à long terme en facilitant l'évaluation des risques, la cartographie des zones à potentiel épidémique, l'élaboration et la mise en œuvre des plans de préparation, la formation des ressources humaines à la prévention et à la prise en charge des maladies émergentes et réémergentes, et en adoptant des approches multisectorielles.

31. *Renforcer la mise en œuvre de la stratégie de Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte et l'application du Règlement sanitaire international.* Cette mesure englobe le renforcement de la capacité de surveillance, et aussi les flux d'information et de données entre les niveaux local, national et international afin de mettre en place une riposte efficace en cas d'épidémie. Ceci suppose une responsabilisation accrue de la part des États Membres, qui doivent déclarer à temps les épidémies à l'OMS. Les États Membres devraient mettre en œuvre la stratégie de Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte en s'appuyant sur des technologies novatrices telles que la surveillance

électronique, les renseignements sur l'épidémie et les centres opérationnels d'urgence. Les pays à haut risque devraient établir des centres opérationnels d'urgence pour pouvoir répondre aux épidémies. Le financement de la sécurité sanitaire en vertu du RSI devrait incomber premièrement aux États Membres, avec le concours des partenaires.

32. *Améliorer la conformité aux mesures de prévention.* Les pays devraient renforcer leur collaboration transfrontalière en mettant en place un système fonctionnel d'échange d'informations et en menant des activités transfrontalières conjointes. Cela permettra d'accélérer le contrôle de l'épidémie actuelle de MVE, d'éviter qu'elle ne se propage à d'autres pays et de contribuer à l'atteinte de l'objectif de « zéro cas » d'infection. De plus, les États Membres devraient éviter d'effectuer les contrôles inopérants aux frontières qui entravent le commerce, les déplacements de populations, ainsi que les activités sociales et économiques. Les pays devraient plutôt s'appuyer sur le mécanisme transfrontalier actuel pour prévenir et détecter de futures flambées.

33. *Accélérer les efforts pour réduire le taux de létalité de la maladie.* Toutes les parties prenantes doivent améliorer la qualité de leurs différentes interventions pour garantir une détection et une prise en charge en temps voulu de tous les cas d'infection. Tous les pays touchés doivent établir des mécanismes pour garantir une recherche efficace des contacts, ainsi que la prévention et le contrôle de l'infection.

Les mesures proposées à l'Organisation mondiale de la Santé sont énoncées dans les paragraphes 34 à 38, ci-après.

34. Assurer la documentation interne de la riposte à l'épidémie de MVE pour être mieux préparée à faire face à des situations d'urgence de grande ampleur.

35. *Renforcer le rôle de chef de file de l'Organisation et sa coordination technique de la réponse aux épidémies et de la recherche-développement sur la MVE.* L'OMS devrait aussi continuer de jouer son rôle qui consiste à coordonner la recherche sur les vaccins anti-Ebola et la mise au point de médicaments. L'Organisation devrait par ailleurs réaliser et soutenir les études portant sur l'impact social et économique de l'épidémie de MVE.

36. *Intensifier les efforts de mobilisation de ressources.* En collaboration avec les partenaires, l'OMS devrait poursuivre son plaidoyer auprès des pays en faveur de la mobilisation de ressources financières, en exhortant notamment aux États Membres à payer leurs contributions au Fonds africain pour les urgences de santé publique et au fonds mondial d'urgence nouvellement créé.

37. *Contribuer à la réforme mondiale des interventions d'urgence.* L'OMS devrait œuvrer à la réforme et au renforcement des équipes d'intervention d'urgence et de riposte aux épidémies pour garantir une coordination efficace des épidémies qui surviendront dans la Région et une riposte adéquate. Les interventions envisagées devraient être liées au cadre d'action d'urgence recommandé.

38. Constituer un groupe de ressources humaines dotées de l'éventail des compétences voulues afin d'organiser une riposte diligente en cas de flambées épidémiques et d'urgences.

39. Le Comité régional est invité à examiner le présent rapport et à adopter les mesures proposées.