



Assemblée générale

Distr. générale
10 janvier 2015
Français
Original : anglais

Soixante-neuvième session

Point 124 de l'ordre du jour

Santé mondiale et politique étrangère

Lettre datée du 12 janvier 2015, adressée au Président de l'Assemblée générale par le Secrétaire général

La présente lettre, qui rend compte de l'action menée par le système des Nations Unies face à l'épidémie d'Ebola qui sévit en Afrique de l'Ouest, fait le point des événements survenus entre le 1^{er} novembre 2014 et le 1^{er} janvier 2015, date qui marque l'échéance de 90 jours depuis la création de la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE). On y trouve un aperçu des activités menées par mon Envoyé spécial pour l'Ebola et la MINUAUCE depuis mon compte rendu du 12 novembre 2014 (A/69/573) et un point sur les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs énoncés dans la résolution 69/1 de l'Assemblée générale.

Point sur l'épidémie d'Ebola

Au 31 décembre 2014, 20 206 cas confirmés, probables et présumés d'Ebola avaient été signalés dans cinq pays touchés (Guinée, Libéria, Mali, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et Sierra Leone) et quatre pays dans lesquels le virus a été éliminé (Espagne, États-Unis d'Amérique, Nigéria et Sénégal). Un cas confirmé a été signalé au Royaume-Uni le 29 décembre. Au total, 7 905 décès ont été signalés.

Dans les trois pays les plus touchés, c'est-à-dire la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone, la propagation de la maladie a nettement ralenti. À l'époque où l'Assemblée générale adoptait sa résolution historique 69/1 du 19 septembre 2014, dans laquelle elle se félicitait de mon intention de créer la MINUAUCE, le nombre de cas augmentait de manière exponentielle, doublant toutes les trois à quatre semaines. Chaque mois, plus de 4 000 nouvelles personnes étaient infectées, dont plus de la moitié sont décédées, alors que les dispositifs d'urgence des systèmes de santé locaux étaient submergés.

L'épidémie continue de se stabiliser dans les trois pays les plus touchés, la moyenne hebdomadaire des nouveaux cas étant comparable à celle enregistrée début octobre, avec une légère diminution en décembre.

Toutefois, ces chiffres masquent des différences considérables à l'intérieur d'un même pays et d'un pays à un autre. Le nombre de nouveaux cas qui sont



signalés fluctue en Guinée, tandis qu'il diminue au Libéria. En Sierra Leone, la transmission est plus élevée dans la partie ouest du pays, mais certains signes laissent entendre qu'elle se ralentit. Les chiffres sont sensiblement les mêmes d'une semaine à l'autre, mais la maladie est désormais plus largement dispersée, ce qui complique notablement la tâche des intervenants.

Au niveau national, la tendance fluctue en Guinée depuis septembre et il est actuellement impossible de dire si elle se dirige à la baisse ou à la hausse : 144 cas confirmés ont été signalés pendant la semaine qui a précédé le 31 décembre contre 153 pendant celle qui a mené au 1^{er} décembre et 117 pendant la semaine menant au 1^{er} novembre. Pendant la semaine terminée le 24 décembre, la Guinée a signalé 156 cas confirmés, soit l'incidence la plus élevée depuis le début de l'épidémie. Cela s'explique principalement par 54 cas dans la préfecture de Kissidougou, où l'incidence a depuis baissé pour s'établir à 14 nouveaux cas la dernière semaine de décembre. Le taux de transmission reste très élevé dans la capitale, Conakry, avec 26 cas confirmés signalés pendant la semaine qui a précédé le 31 décembre. D'autres districts ont signalé des taux de transmission élevés, à savoir Coyah, Forécariah, Macenta et N'zérékoré. L'épicentre se situe toujours dans la région de la Guinée forestière, dans le sud-est du pays. Dans le même temps, trois districts qui avaient précédemment signalé des cas d'Ebola n'ont fait état d'aucun cas confirmé ou probable pendant la semaine considérée. Au 31 décembre, la Guinée comptait 2 797 cas et 1 709 décès. Les efforts faits en Guinée se heurtent parfois à une résistance violente face aux campagnes de sensibilisation et certaines pratiques dangereuses se poursuivent dans de nombreuses zones reculées de la Guinée forestière, qui a des frontières communes avec la Côte d'Ivoire, le Libéria et la Sierra Leone.

Au Libéria, l'incidence des cas a diminué au niveau national depuis la mi-novembre. Trente et un cas confirmés ont été signalés pendant la semaine terminée le 31 décembre, ce qui contraste avec la progression rapide enregistrée à la mi-septembre, plus de 450 cas par semaine étant alors signalés. Le 31 décembre, pour la première fois en plusieurs mois, le Libéria n'a signalé aucun nouveau cas. Le comté de Montserrado, qui englobe la capitale, Monrovia, continue d'enregistrer le taux le plus élevé de transmission, avec 19 cas confirmés pour la semaine menant au 31 décembre. De nouveaux cas de transmission continuent d'être signalés dans le comté de Grand Cape Mount. Seuls deux autres comtés ont signalé des cas la même semaine et 11 autres n'en ont signalé aucun. Pour la huitième semaine consécutive, le comté de Lofa, qui était précédemment l'épicentre de l'épidémie, n'a signalé aucun cas, ce qui dénote la force du dispositif d'intervention dans le district. Au 31 décembre, le Libéria avait signalé 8 018 cas au total et 3 423 décès.

Des trois pays les plus touchés, la Sierra Leone connaît actuellement les taux de transmission les plus élevés, avec 337 nouveaux cas confirmés pendant la semaine menant au 31 décembre. Pendant la dernière semaine de novembre, 537 nouveaux cas y ont été confirmés, ce qui représente plus de 81 % des 657 cas signalés la même semaine dans l'ensemble des trois pays. Avec plus de 9 446 cas et 2 758 décès, la Sierra Leone compte le nombre le plus élevé de victimes de tous les pays touchés, surpassant le nombre de cas auquel le Libéria a dû faire face. La transmission est beaucoup plus marquée dans les districts de l'ouest et du nord, mais certains signes laissent entendre que la progression de l'épidémie a commencé récemment à se ralentir. Pendant la semaine menant au 31 décembre, 44 % des

149 nouveaux cas confirmés qui ont été signalés l'ont été dans la capitale, Freetown, ce qui représente l'incidence la plus élevée depuis le début de l'épidémie.

Le 17 décembre, le Gouvernement sierra-léonais et le système des Nations Unies, par l'intermédiaire de la MINUAUCE, ont lancé un plan d'urgence pour la zone de l'ouest en vue d'intensifier les mesures prises pour freiner la propagation de la maladie dans les régions occidentales du pays, y compris Freetown. À terme, cela devrait faciliter la réduction du nombre de cas, même si le nombre de cas comptabilisés augmente du fait d'une surveillance plus stricte. Le taux de transmission est resté élevé dans le district de Kono, dans l'est du pays, mais le nombre de cas a diminué ces dernières semaines dans d'autres districts, tels que Bo et Tonkolili. Quatre districts dans le sud et l'est du pays – Bonthe, Kailahun, Kenema et Pujehun – n'ont signalé aucun nouveau cas confirmé.

La récente apparition de l'Ebola au Mali a rappelé brutalement que l'épidémie ne connaissait pas de frontières. Le Mali a enregistré deux cas de référence depuis le 23 octobre. À la demande du Président du Mali, Ibrahim Boubacar Keïta, la MINUAUCE a ouvert un bureau à Bamako afin d'aider les autorités nationales à enrayer l'épidémie et à renforcer leur état de préparation. Le bureau est devenu opérationnel le 26 novembre sous la direction du docteur Ibrahima Socé Fall (Sénégal), nommé Responsable de la gestion de la crise de l'Ebola au niveau national, pour une période initiale de deux mois.

Si le premier cas signalé le 23 octobre est resté isolé, un deuxième cas signalé à Bamako le 11 novembre a entraîné six autres cas. Sur les huit cas signalés au Mali, six se sont soldés par un décès, dont celui de deux professionnels de la santé. Le 15 décembre, le Mali a mis fin à la période de surveillance de 21 jours de toutes les personnes qui avaient été en contact avec la chaîne de transmission et aucun nouveau cas n'a été signalé. Cela montre que les mesures prises par le Gouvernement depuis mai 2014 pour renforcer l'état de préparation ont porté leurs fruits. Je tiens à remercier le Gouvernement malien des mesures prises, qui mettent en évidence l'importance qu'il y a à accorder au dispositif de préparation. Lorsque le premier cas a été signalé au Mali, les autorités du pays ont pris des mesures sans tarder et ont mis en place un dispositif robuste avec la création d'un centre opérationnel d'urgence et la désignation d'un coordonnateur de la lutte contre l'Ebola faisant directement rapport au Président. Le fait que les cas n'aient pas été plus nombreux au Mali tient aussi aux mesures vigoureuses prises par plusieurs entités du système des Nations Unies sous la direction de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de la MINUAUCE.

Les équipes médicales restent très exposées. À la fin de la période considérée, le nombre d'agents sanitaires infectés s'élevait à 678, dont 380 sont décédés. Le Libéria compte le plus grand nombre de cas cumulés, avec 369 cas au total, tandis que la Sierra Leone en a signalé 143 et la Guinée 148. Le nombre de nouvelles infections a cependant diminué au Libéria et en Sierra Leone, encore que le nombre de cas reste élevé dans ce dernier pays. Les cas de transmission parmi les agents sanitaires restent préoccupants, notamment en Guinée où sept nouveaux cas ont été signalés dans la semaine menant au 21 décembre. Nombre des agents sanitaires infectés l'ont été dans des centres de soins qui n'étaient pas spécialisés dans le traitement de la maladie, ce qui montre à quel point il importe de renforcer les mesures de prévention et de contrôle de la transmission dans le dispositif sanitaire

traditionnel, dans le cadre d'une démarche intégrée visant à mettre un terme à l'épidémie.

Au 31 décembre, sept cas confirmés de transmission de l'Ebola avaient été signalés parmi des membres du personnel des Nations Unies et quatre parmi de proches parents. Cinq décès ont été confirmés. Grâce à la générosité des États Membres et dans le cadre d'accords avec des partenaires commerciaux, des services sanitaires adaptés au traitement de la maladie à virus Ebola et d'autres pathologies et des services d'évacuation sanitaire ont été mis à la disposition du personnel des Nations Unies, du personnel humanitaire et du personnel connexe en poste dans les pays touchés.

Du fait des difficultés d'accès aux zones reculées, du manque de fiabilité des données transmises et de la sous-déclaration probable des cas en raison de la résistance de certaines populations, notamment en Guinée, la collecte des données reste problématique et les données épidémiologiques manquent de qualité. Cela est particulièrement notable au niveau des districts. Il importe de disposer en temps opportun de données plus exactes pour comprendre l'évolution de l'épidémie, évaluer l'efficacité des interventions et allouer au mieux des ressources par ailleurs modestes. La MINUAUCE coopère avec des organismes clefs qui participent à la collecte de données, notamment Médecins sans frontières (MSF), l'OMS et les Centres des États-Unis pour le contrôle et la prévention des maladies, en vue d'améliorer la situation dans le cadre de la mise au point d'un système informatique unifié de communication de l'information. Le déploiement de nouveaux spécialistes de la gestion de l'information et la formation des gestionnaires des données chargés du système aideront à disposer progressivement de données plus fiables.

Bien que le ralentissement général de la propagation de l'Ebola dans la région soit un soulagement, la situation dans les pays et d'un pays à un autre reste variable, le nombre de nouveaux cas reste élevé et ceux-ci sont largement répartis dans de nombreux districts des trois pays touchés.

Progrès accomplis au titre du cadre opérationnel visant à mettre un terme à l'épidémie d'Ebola

Évaluation d'ensemble

Des progrès notables ont été faits en ce qui concerne le cadre opérationnel visant à mettre un terme à l'épidémie d'Ebola, qui a été institué à l'issue d'une conférence regroupant diverses parties prenantes organisée par la MINUAUCE en octobre. Le cadre était organisé autour de quatre axes d'intervention : a) dépistage au moyen de la surveillance, analyses en laboratoire et recherche des sujets-contacts; b) prise en charge des personnes infectées par les unités de traitement de l'Ebola et les centres de soins de proximité; c) inhumations sans risque et dans la dignité; d) participation des populations et mobilisation sociale. Les mesures concertées prises par le système des Nations Unies et ses partenaires dans le cadre de ces quatre axes d'intervention concourent à arrêter la propagation de l'Ebola dans les trois pays les plus touchés.

Il convient aussi de noter que le ralentissement de la propagation de la maladie résulte en grande partie des mesures prises par les populations touchées. Les comportements ont évolué et les pratiques traditionnelles qui favorisaient la transmission du virus, telles que la toilette des défunts, ont été adaptées. Dans la

plupart des cas, les changements de comportement sont le fruit d'une mobilisation sociale et d'activités de sensibilisation menées auprès des populations sous la direction énergique des autorités nationales. Les progrès sont manifestes, encore que les mesures de sensibilisation exigent d'être fortement renforcées dans plusieurs régions, notamment dans les zones rurales de la Guinée et dans les districts de l'ouest de la Sierra Leone, y compris Freetown.

Les efforts de la communauté internationale ont également joué un rôle essentiel dans la diminution de la propagation de l'Ebola. En facilitant l'ouverture de centres de traitement et la constitution d'équipes spécialisées dans les inhumations sans risque et dans la dignité, ainsi que la formation de milliers de personnes à la recherche de sujets-contacts et à la mobilisation sociale, les activités menées ont largement contribué à réduire la propagation de l'épidémie, à sauver des centaines de vies puisqu'un traitement mieux adapté est proposé plus tôt, et à prévenir une transmission à plus grande échelle.

Grâce aux efforts collectifs des autorités nationales, des populations touchées et du système des Nations Unies et de ses partenaires, tous les pays ont fait des progrès notables dans les quatre domaines d'intervention, à savoir le dépistage et la recherche de sujets-contacts, l'isolement et la prise en charge des personnes infectées, l'inhumation sans risque et la mobilisation sociale.

Progrès accomplis dans la réalisation des principaux objectifs

Il est certes malaisé de connaître les chiffres exacts puisque tous les décès dus à l'Ebola ne sont pas signalés, mais l'on estime que plus de 90 % des victimes ont pu être inhumées sans risque et dans la dignité. Par mesure de précaution, même les personnes dont on ne sait pas avec certitude si elles sont décédées du virus sont inhumées ainsi. À l'heure actuelle, 221 équipes ont été formées aux inhumations sans risque et ce nombre devrait augmenter pour répondre aux besoins futurs. Si, globalement, des progrès ont été faits, les procédures d'inhumation sûres n'ont pas été instaurées dans toutes les régions et il faudrait que les équipes spécialisées soient mieux réparties et plus mobiles. Par ailleurs, une partie de la population reste sceptique quant à ces pratiques et procède à des inhumations clandestines effectuées sans précaution. Certaines familles auraient également procédé à la toilette du défunt avant d'appeler l'équipe d'inhumation.

À l'échéance de 60 jours, l'objectif consistant à isoler et à traiter 70 % des malades a été atteint en Guinée et au Libéria, ainsi que dans de nombreux districts de Sierra Leone, mais pas dans tous. En Guinée et au Libéria, l'ouverture d'unités de traitement de l'Ebola et de centres de soins de proximité a été accompagnée d'initiatives locales visant à encourager la mise en quarantaine à domicile des personnes identifiées comme porteuses du virus, ce qui a permis d'isoler et de traiter plus de 70 % de toutes ces personnes.

En Sierra Leone, à l'échéance de 60 jours, l'objectif reste à atteindre dans quatre districts dans lesquels le taux de transmission reste élevé (district urbain de la zone de l'Ouest, district rural de la zone de l'Ouest, Port Loko et Bombali), en raison principalement du nombre insuffisant de centres de traitement adaptés. Lors d'une visite effectuée en Sierra Leone du 30 novembre au 2 décembre, mon Représentant spécial et mon Envoyé spécial ont rencontré le Président, Ernest Bai Koroma, avec qui ils ont examiné les différents moyens de ralentir la transmission du virus dans l'ouest et le nord du pays.

Le Gouvernement sierra-léonais a élaboré un plan d'urgence pour la zone de l'Ouest, avec le soutien actif du système des Nations Unies prodigué par l'intermédiaire de la MINUAUCE et de ses partenaires. Le 3 décembre, l'ONU a déployé une équipe d'intervention d'urgence à l'appui du Centre sierra-léonais de lutte contre l'Ebola pendant la phase de mise en œuvre. Lancée le 17 décembre, l'opération visait à endiguer la propagation du virus en augmentant le nombre de lits et en intensifiant l'appui donné dans le cadre des différents axes d'intervention. La MINUAUCE a mobilisé les partenaires opérationnels, les incitant à fournir les moyens nécessaires pour combler des lacunes majeures, tels que des lits ou des centres de convalescence, et à faciliter l'acheminement de nouvelles installations de laboratoire dans la région, l'acheminement par des moyens aériens de prélèvements sanguins et le déploiement de spécialistes des données de laboratoire.

À l'échéance de 90 jours, l'objectif était d'isoler 100 % des malades et d'inhumer sans risque de contamination et dans la dignité 100 % des victimes. Nombreux sont ceux parmi les districts touchés à avoir atteint les objectifs fixés, tandis que d'autres peuvent encore y parvenir. Les trois pays disposent de moyens suffisants pour isoler et traiter la totalité des patients identifiés et le nombre total de lits est supérieur à celui des patients. La Guinée signale ainsi qu'elle dispose de 1,9 lit pour chaque patient, le Libéria annonce une capacité de 13,9 lits par patient et la Sierra Leone dit disposer de 3,6 lits par patient. De même, il y a suffisamment d'équipes d'inhumation pour garantir une inhumation sans risque et dans la dignité à toutes les victimes d'Ebola. Dans la pratique, toutefois, il y a encore des patients qui ne sont pas traités et des victimes qui ne peuvent pas être inhumées sans risque et dans la dignité.

Les moyens disponibles pour isoler les patients ne sont pas uniformes d'une région à une autre ou d'un district à un autre et la pénurie persiste dans plusieurs districts. Il faut du temps pour déployer les moyens voulus, alors que la maladie peut rapidement gagner de nouvelles zones. Certains districts peuvent ainsi disposer de plus de lits qu'il n'y a de patients, tandis que d'autres sont déficitaires. Des mesures sont actuellement prises pour corriger ces écarts, d'une part en ajoutant des lits dans les zones mal desservies et d'autre part en transférant dans celles-ci une partie des lits dont sont équipées les zones mieux loties.

Le nombre de laboratoires d'analyse médicale est passé de 17 à 23 dans les trois pays, dont 4 en Guinée, 8 au Libéria et 11 en Sierra Leone. Il est désormais possible d'accéder à un laboratoire dans les 24 heures, quel que soit le district. Au 28 décembre, il était possible d'analyser 1 700 échantillons par jour : la Guinée pouvait en analyser 190, le Libéria 760 et la Sierra Leone 750.

Le nombre de lits équipant les unités de traitement de l'Ebola est resté relativement stable au Libéria et en Guinée en décembre, mais a beaucoup augmenté en Sierra Leone, notamment dans la zone de l'ouest. Le nombre de centres de soins de proximité opérationnels a également augmenté dans les trois pays, passant de 22 à la fin novembre à 42 à la fin de la période considérée (33 en Sierra Leone et 9 au Libéria), et bien d'autres devraient devenir opérationnels dans les semaines qui viennent.

La Guinée compte cinq unités de traitement de l'Ebola offrant une capacité de 265 lits. Une nouvelle unité de traitement équipée de 15 lits a ouvert ses portes à Coyah le 30 décembre et la capacité d'accueil devrait être portée progressivement à

100 lits. La construction des 62 centres de soins de proximité qui étaient prévus est en cours.

Le Libéria compte 13 unités de traitement de l'Ebola offrant une capacité de 660 lits, contre 790 à la fin novembre, diminution qui s'explique par la fermeture d'une unité dans le comté de Lofa et la réduction des capacités d'autres unités du fait de la baisse du nombre de nouveaux cas. Fin décembre, on estimait que seuls 12 % des lits étaient occupés. Le Libéria compte également 103 lits dans des centres de soins de proximité.

C'est en Sierra Leone que le nombre de lits a le plus augmenté, avec 19 unités de traitement de l'Ebola opérationnelles à la fin décembre, soit une capacité de 896 lits, qui s'ajoute aux 291 lits équipant les centres de soins de proximité. Cette capacité a presque doublé en décembre, dans le cadre du plan d'urgence pour la zone de l'ouest; cette zone regroupe 620 lits à elle seule.

Il y a également eu des progrès constants dans le domaine des inhumations sans risque. À la fin de la période considérée, 254 équipes d'inhumation étaient opérationnelles : 63 en Guinée (objectif atteint dans son intégralité), 89 au Libéria (objectif atteint à 89 %) et 101 en Sierra Leone (objectif atteint à 89 %). Au total, on estime que la dépouille de quelque 95 % des victimes est enlevée dans les 24 heures au Libéria et en Sierra Leone et inhumée sans risque et dans la dignité; ce pourcentage atteint 88 % en Guinée.

Des progrès considérables ont également été accomplis en ce qui concerne la mobilisation sociale et la participation des populations pendant la période considérée. Plus de 150 groupes de mobilisation sociale, composés d'organisations non gouvernementales internationales et nationales, d'associations d'inspiration religieuse et d'associations locales, apportent leur concours à la composante mobilisation sociale, coprésidée par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Ministère de la santé dans chaque pays. Selon l'UNICEF, en Guinée, 1 465 des 2 935 comités locaux de surveillance qu'il avait été prévu d'établir ont été créés dans les 18 préfectures touchées par l'épidémie. En Guinée toujours, 47 communautés ont été au centre des mesures de sensibilisation en décembre. Au Libéria et en Sierra Leone, les responsables religieux et les responsables locaux ont plaidé en faveur d'une inhumation sans risque dans tous les districts, tandis qu'en Guinée c'était 72 % des districts qui étaient ainsi touchés. De façon générale, plus de 100 000 enseignants, dirigeants religieux, chefs traditionnels et membres des comités locaux de surveillance ont bénéficié d'une formation aux techniques de sensibilisation à l'Ebola dans les trois pays, leur mission étant ensuite de sensibiliser les populations.

Problèmes rencontrés dans la réalisation des principaux objectifs

Il importe de régler un certain nombre de problèmes si l'on veut aller de l'avant et veiller à ce que l'intervention de la communauté internationale continue d'aller dans le sens des objectifs les plus ambitieux.

Il est crucial que les mesures prises restent souples et modulables de façon à pouvoir les adapter à l'évolution de l'épidémie. Il convient notamment d'adapter la façon dont les moyens sont répartis à mesure que l'intensité de l'épidémie diminue mais que l'aire touchée s'élargit. Actuellement, les interventions se font district par district de façon à faciliter véritablement la mise en quarantaine, le diagnostic et le

traitement des personnes infectées et à mobiliser des moyens de surveillance, ce qui passe par la participation des populations, le dépistage et la recherche des sujets-contacts. Il importe de généraliser cette stratégie axée sur les districts de façon à mieux cibler les interventions en fonction de la situation sur le terrain, ce qui aidera à dépister plus tôt les nouveaux cas et les nouvelles flambées et à intervenir plus rapidement.

Il convient de prendre des mesures afin de mettre fin à la résistance que certaines populations opposent aux mesures de prévention réputées endiguer la transmission de l'Ebola. Dans les zones où une certaine réticence se fait sentir, la sous-déclaration des décès, le recours à des pratiques d'inhumation dangereuses, la déclaration tardive des nouveaux cas et l'absence de mise en quarantaine continuent de compter parmi les principaux facteurs de transmission. Ces facteurs continuent de poser de nombreux problèmes dans certaines zones du Libéria et dans la zone ouest de la Sierra Leone, ainsi que dans certaines zones rurales de Guinée; dans ce dernier pays, on constate ainsi une augmentation du nombre de préfectures qui signalent des cas dans lesquels des populations ont refusé l'aide qui leur était proposée, nombre qui est passé de 16 en octobre à 22 à la fin décembre; les populations ont accueilli les intervenants par la violence à plusieurs reprises. De plus, dans certaines des zones où l'incidence des cas diminue, les populations peuvent baisser la garde et risquent de ne plus appliquer les mesures préventives aussi rigoureusement qu'elles le devraient. Pour éviter cela, on s'attachera à renforcer et à améliorer la mobilisation des populations, notamment en obtenant le concours des dirigeants locaux et des anciens. Il convient également de veiller à ce que les efforts de sensibilisation se poursuivent, y compris dans les districts dans lesquels les nouveaux cas d'infection sont rares, voire inexistantes, et ce afin d'éviter un relâchement de la vigilance et de prévenir toute nouvelle flambée de l'épidémie.

Il faut veiller à ce que le personnel médical international soit en nombre suffisant, bien formé, expérimenté et doté des compétences linguistiques voulues de façon à aider le personnel national à faire face à des flambées dispersées un peu partout. Étant donné que l'épidémie est de plus en plus dispersée, il convient de disposer de nombreux moyens de traitement et de surveillance de base plus aisément déployables au niveau des districts.

Il faut pouvoir déplacer rapidement les capacités d'intervention, notamment les capacités d'intervention rapide, de façon à secourir les malades dans les villages reculés. L'augmentation des dons de véhicules adaptés aux conditions locales, notamment des motos, facilite les déplacements des personnes chargées de rechercher les sujets-contacts et de celles chargées d'acheminer les prélèvements auprès des laboratoires. Pour faciliter la mise en place de moyens d'intervention rapide dans des endroits stratégiques, comme les capitales, en vue de les déployer rapidement dans des zones reculées de façon à endiguer des flambées isolées, une stratégie consistant à isoler et à traiter rapidement les personnes infectées est devenue opérationnelle le mois dernier au Libéria. La MINUAUCE et les Services aériens d'aide humanitaire des Nations Unies collaborent afin de mettre des moyens aériens à la disposition des intervenants chargés de mettre la stratégie en œuvre.

État actualisé des activités opérationnelles menées par les organismes des Nations Unies, par l'intermédiaire de la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola, et ses partenaires

La situation d'urgence engendrée par l'Ebola a suscité une action mondiale de grande ampleur visant à aider les autorités des trois pays les plus touchés par l'épidémie. Un nombre sans précédent d'acteurs internationaux ont apporté un appui financier, opérationnel et médical à cette action.

Lors de ma récente visite dans la région, du 18 au 20 décembre, j'ai eu le privilège d'être témoin des activités menées dans le cadre de cette action d'envergure mondiale. Je me suis rendu dans la région pour manifester ma solidarité avec les autorités et les peuples des pays touchés et ai exprimé tout mon soutien aux nombreux intervenants de première ligne qui s'acquittent de leur tâche avec courage.

Les partenaires du système des Nations Unies

Les activités opérationnelles sont exécutées par une large gamme d'intervenants, notamment des gouvernements, des acteurs de la société civile, des organismes, fonds et programmes des Nations Unies et des organisations non gouvernementales nationales et internationales, qui gèrent les unités de traitement d'Ebola et sont en première ligne dans la lutte contre la maladie.

L'organisation Médecins sans frontières assure à elle seule le fonctionnement de sept unités de traitement dans les trois pays les plus touchés. En octobre, elle a commencé à distribuer des médicaments antipaludéens à Monrovia avec l'objectif de toucher 300 000 personnes en trois mois, et envisage de faire de même à Freetown. La Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge a formé et déployé des centaines d'équipes chargées d'inhumer les victimes dans la dignité et la sécurité, ce qui a largement contribué à enrayer la transmission du virus. De nombreuses autres organisations non gouvernementales fournissent un appui dans des domaines clefs, notamment les systèmes de communication, l'aide alimentaire et la cartographie.

Le déploiement d'équipes internationales d'intervention médicale a grandement contribué à améliorer la capacité de traitement des malades. La large gamme d'intervenants susvisée comprend le personnel médical africain dépêché auprès des autorités nationales dans le cadre de l'initiative de soutien de l'Union africaine à la lutte contre l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest. Depuis le lancement de cette initiative en septembre, l'Union africaine a déployé des centaines de spécialistes de la santé en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone. À la fin de la période considérée, elle avait ainsi envoyé dans ces pays 550 épidémiologistes, soignants et agents hospitaliers, dont 81 de République démocratique du Congo, 187 d'Éthiopie et 196 du Nigéria. Des experts de l'Union africaine assurent déjà, en coopération avec les ministères de la santé des pays concernés, la gestion d'une unité de traitement d'Ebola au Libéria (Congo Town) et en Sierra Leone (Bombali). Je tiens à remercier l'Union africaine d'avoir déployé des volontaires qualifiés dans le cadre de cette initiative.

L'Organisation ouest-africaine de la santé a envoyé du personnel pour prêter main forte aux centres de traitement de l'Ebola situés en Guinée et au Libéria. La Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) a mobilisé

des centaines de médecins africains, qui recevront une formation avant d'être déployés dans les pays touchés. En outre, l'Union du fleuve Mano favorise la coopération transfrontière dans le cadre de cette action.

Des équipes médicales étrangères fournies par l'Afrique du Sud, l'Australie, la Chine, Cuba, la Fédération de Russie, la France, le Kenya, l'Ouganda, la République centrafricaine, la République de Corée et la Suède appuient également l'intervention, de même que des membres des forces de défense nationales et étrangères, en particulier celles envoyées par la France, les États-Unis et le Royaume-Uni, qui ont joué un rôle de premier plan respectivement en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone. La coordination entre l'action militaire et les activités menées par les civils, assurée par les officiers de liaison civilo-militaire de la MINUAUCE, est entièrement mise en œuvre au moyen des mécanismes de coordination nationaux et de ceux de la Mission.

Le secteur privé s'est également mobilisé pour apporter son concours à l'action contre l'Ebola. Les entreprises des pays touchés, essentiellement celles du secteur minier, ont fourni matériel et entrepôts. Certaines d'entre elles, en s'engageant à poursuivre leurs activités durant l'épidémie, ont contribué à préserver des centaines de milliers d'emplois et laissé entrevoir des perspectives de reprise économique. Les entreprises de transport ont appuyé la fourniture de l'aide à l'échelle internationale en offrant des services gratuits de transport par air et par mer, et en s'opposant à une restriction des déplacements aériens pouvant être préjudiciable. Les entreprises du secteur des communications et de l'informatique ont offert des services d'analyse de données aux intervenants et fait don de téléphones portables qui ont servi à la collecte d'informations sur l'épidémie et ont permis aux malades de garder le contact avec leur famille. En collaboration avec des opérateurs de téléphonie mobile et d'autres sociétés, la Commission de l'Union africaine a lancé une campagne par messagerie instantanée (SMS) visant à mobiliser des ressources au profit de l'initiative de soutien de l'Union africaine à la lutte contre l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest. Les laboratoires pharmaceutiques, qui ont équipé les intervenants de combinaisons de protection et leur ont distribué des fournitures médicales, s'emploient actuellement à mettre au point des vaccins et à les tester, en partenariat avec l'OMS. Les organisations du secteur privé ont créé un groupe de mobilisation du secteur privé contre l'Ebola afin de mieux coordonner l'aide qu'elles apportent aux intervenants en Afrique de l'Ouest, et se sont engagées par là même à assurer la sécurité de leurs employés et à faire en sorte que l'activité économique puisse se poursuivre.

Le système des Nations Unies

Dans les trois pays les plus touchés, la MINUAUCE appuie les plans nationaux de lutte contre l'Ebola et s'efforce d'assurer la cohérence et l'efficacité de toutes les interventions. La Mission, dont les responsables me font directement rapport, travaille en étroite collaboration avec les gouvernements et les organismes, fonds et programmes des Nations Unies pour veiller à ce que toutes les entités participant à l'action engagée se conforment à un cadre opérationnel commun, sous la direction du Gouvernement du pays concerné. Elle aide les autorités à gérer la lutte contre la crise tant à l'échelle nationale qu'au niveau des districts, et recense les problèmes et les lacunes, qu'elle s'emploie à combler par l'allocation de ressources. Étant dotée d'un mandat régional, elle a une vision plus globale de l'épidémie et des mesures à prendre, ce qui lui permet notamment de favoriser la

collaboration transfrontière et de réaffecter le matériel dans un pays ou un autre en fonction des besoins.

La MINUAUCE a aidé les autorités des trois pays les plus touchés à rendre opérationnelles les structures nationales chargées de gérer la crise, notamment en déployant des agents à l'appui de la Cellule nationale de lutte contre Ebola en Guinée, en fournissant une aide en matière de recrutement et de communications à la Cellule nationale de la Sierra Leone et un appui dans le domaine de la planification au système de gestion des incidents au Libéria, et en lançant la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre l'Ebola à l'échelle des districts, notamment en contribuant à recenser les besoins et les lacunes à combler au niveau des districts, conformément aux plans nationaux. Elle a également facilité le transport de responsables et d'intervenants sanitaires nationaux et de fournitures d'urgence vers les districts touchés, ainsi que la livraison d'échantillons de sang aux laboratoires. En outre, en collaboration avec le Programme alimentaire mondial (PAM) et les Services aériens d'aide humanitaire des Nations Unies, elle a facilité le déploiement d'équipes d'isolement rapide et de traitement de l'Ebola.

La MINUAUCE s'est employée à renforcer la coopération transfrontière en matière d'action préventive et de lutte contre l'Ebola, notamment en organisant une réunion technique sur la question le 9 décembre. Accueillie par le Gouvernement libérien, cette réunion a rassemblé des délégations gouvernementales du Libéria, de la Sierra Leone, du Mali et du Nigéria et des représentants de l'Union du fleuve Mano, de l'Union africaine, de la CEDEAO, du système des Nations Unies et de partenaires internationaux. Les participants se sont accordés à dire que la stratégie de lutte qu'il fallait mettre en place devait être régionale plutôt que multinationale. Le transfert du laboratoire parrainé par l'Union européenne du Libéria (Foya, dans le comté de Lofa) en Sierra Leone (Freetown) constitue un exemple concret de la collaboration transfrontière mise en place à l'issue de la réunion. En outre, la MINUAUCE a facilité des rencontres sur les questions transfrontières entre les délégations des pays touchés, tels que la Guinée et le Mali.

La MINUAUCE a également mobilisé d'importantes ressources logistiques et humaines pour faciliter la lutte contre la maladie. Elle a ouvert un siège dans un pays et des bureaux opérationnels dans quatre autres. Elle met actuellement en place une capacité de liaison à Dakar en vue d'améliorer la coordination avec les organismes, fonds et programmes des Nations Unies en ce qui concerne le rétablissement des services essentiels et d'assurer la planification des activités de relèvement rapide. Au 31 décembre, elle avait déployé 211 agents, notamment dotés d'une expérience en matière de coordination des crises ou dans un autre domaine pertinent, dont 126 (59 %) dans les pays les plus touchés. On compte parmi ces agents 21 responsables de la gestion de la crise sur le terrain, qui seront chargés d'aider, au niveau des districts, à coordonner les activités de lutte contre l'Ebola, et seront épaulés par des agents itinérants de collecte de données dont la MINUAUCE facilite actuellement le déploiement.

Afin de mobiliser rapidement des spécialistes de la coordination agréés, la MINUAUCE a également fait jouer les mécanismes de renfort du Bureau de la coordination des affaires humanitaires. En vue d'aider les autorités nationales et la MINUAUCE à créer des structures de coordination, le Bureau a déployé des équipes des Nations Unies pour l'évaluation et la coordination en cas de catastrophe au siège de la Mission, au Ghana, ainsi qu'au Libéria et au Mali.

À ce jour, 176 organisations mettent en œuvre des programmes d'urgence dans les trois pays les plus touchés par l'Ebola. Au Libéria, grâce aux huit groupes transversaux pour l'humanitaire, tous coprésidés par un responsable gouvernemental et rattachés au coordonnateur résident et à la MINUAUCE, la stratégie mise en œuvre l'a été de manière particulièrement intégrée. Des groupes transversaux pour l'humanitaire ont été constitués dans les domaines suivants : coordination logistique; santé (y compris la nutrition); eau, assainissement et hygiène; sécurité alimentaire; protection (y compris la protection de l'enfance); relèvement rapide; et éducation. Les groupes chargés de la santé et de la logistique font également partie du cadre opérationnel de la MINUAUCE. En outre, un mécanisme de coordination intergroupe a été mis en place.

L'OMS a continué de dispenser une formation à un grand nombre d'agents sanitaires et de membres de communautés, à savoir : 160 épidémiologistes, 84 employés de la Croix-Rouge et 400 membres de comités de village en Guinée; 1 500 agents sanitaires, 800 volontaires s'occupant de mobilisation sociale dans le comté de Montserrado et 20 groupes locaux de femmes au Libéria; et 722 agents sanitaires en Sierra Leone. En Guinée et au Libéria, elle a chargé des équipes de spécialistes de la prévention et de la maîtrise des infections d'apprendre au personnel de santé à utiliser des équipements de protection individuelle, de mettre au point des plans pour l'évaluation des infrastructures, d'enquêter sur les cas d'infection parmi le personnel de santé et de mettre en œuvre des outils permettant d'évaluer le degré de prévention et de maîtrise de la maladie dans les centres de traitement de l'Ebola. En Sierra Leone, elle a ainsi évalué 34 centres de traitement.

Le PAM fournit une plateforme de services communs comprenant le transport aérien, la construction de centres de soins, l'acheminement final et la coordination logistique. Le vaste réseau logistique dont il dispose pour la lutte contre le virus dans les trois pays se compose d'une base de soutien logistique principale, de 11 bases de soutien logistique de l'avant, de 3 points de distribution du matériel, de 3 plateformes principales et de 3 points de distribution régionaux faisant office d'entrepôts provisoires à l'usage de plus d'une quarantaine de partenaires d'exécution. Le PAM a également géré la construction de huit unités de traitement de l'Ebola en Guinée et au Libéria, y compris celle qui a ouvert ses portes à Coyah (Guinée) le 30 décembre. Depuis le début des opérations de lutte contre l'Ebola, le groupe chargé de la logistique a assuré, pour le compte de plus de 25 partenaires, le transport de 5 186 tonnes de fournitures humanitaires et de plus de 22 000 mètres cubes de fret vers des entrepôts et des centres de traitement de l'Ebola. Depuis le mois de septembre, la cellule de coordination aérienne basée à Copenhague, qui a été mise en place par le groupe logistique et est supervisée par le PAM et l'UNICEF, a non seulement mis en place des ponts aériens stratégiques régionaux mais aussi organisé 95 vols interinstitutions intégralement financés qui ont permis de transporter 4 548 tonnes de marchandises vers les pays touchés. Au cours du seul mois de décembre, au moins 742 tonnes ont été acheminées vers la région de l'Afrique de l'Ouest dans le cadre de 30 vols, notamment au moyen de ponts stratégiques régionaux.

Le personnel de la Mission des Nations Unies au Libéria (MINUL) a fourni un appui logistique et technique à l'action engagée dans ce pays. En outre, la Mission multidimensionnelle intégrée des Nations Unies pour la stabilisation au Mali (MINUSMA) a contribué à l'action menée en fournissant du personnel et un appui

logistique et matériel à la structure de coordination nationale, et prêté son concours à l'opération de suivi de la propagation de la maladie lancée par le Gouvernement.

En partenariat avec les gouvernements, les organisations de la société civile et les organisations non gouvernementales, l'UNICEF a sensiblement intensifié ses efforts pour mettre en place des centres de soins de proximité offrant un éventail de soins de base, un service de dépistage et divers services de prévention. Il a également diffusé des messages de sensibilisation à l'intention d'au moins 2 millions de personnes, aide les autorités nationales à établir des protocoles devant faciliter la réouverture des écoles, fournit une assistance technique à la mise en œuvre de formules de scolarisation à distance, notamment l'enseignement radiodiffusé, et dispense des services de protection de l'enfance à plus de 1 800 enfants.

En partenariat avec les gouvernements, les organisations locales et les organisations non gouvernementales, l'UNICEF a sensiblement intensifié ses efforts pour mettre en place des centres de soins de proximité, faire participer les communautés grâce à la mobilisation sociale, assurer la protection de l'enfance, offrir des services vitaux d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène et fournir des produits essentiels tels que des équipements de protection individuelle. Il contribue également à maintenir et améliorer la prise en charge des personnes présentant une affection autre que l'Ebola et la prestation de services d'éducation, notamment des cours radiodiffusés. Par exemple, en Sierra Leone, 36 centres de soins de proximité sont désormais opérationnels et 10 équipes d'isolement rapide et de traitement de l'Ebola possèdent tout l'équipement nécessaire. En Guinée, 1 290 comités de veille établis dans les villages mènent une action de mobilisation sociale, et plus de 200 voitures et 700 motos sont utilisées pour la recherche des sujets-contacts, le transport des patients et des échantillons de sang, et l'inhumation sans risque des morts. Au Libéria, l'UNICEF a aidé un réseau de mobilisateurs sociaux à donner à 175 000 ménages, par le biais de visites à domicile et de réunions-débats, des informations sur les moyens de prévenir l'infection, l'importance de signaler sans délai les nouveaux cas et d'isoler rapidement les malades, et la lutte contre la stigmatisation des personnes touchées par la maladie. En Sierra Leone, plus de 4 300 agents sanitaires et 2 600 auxiliaires ont reçu une formation sur la prévention et la maîtrise de l'infection. La division des approvisionnements de l'UNICEF a distribué plus de 4 000 tonnes de fournitures à l'appui de l'ensemble des services essentiels.

Dans le cadre du dispositif de rémunération des prestataires de soins traitant l'Ebola mis en place par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), qui aide à éviter toute interruption dans la prestation des services de santé, le dépistage de la maladie et l'inhumation sans risque des morts, plus de 97 % des agents sanitaires agissant contre l'Ebola enregistrés sont rattachés à des mécanismes de paiement et 90 % ont été rémunérés à temps. Avec le soutien du PNUD, l'ONU a pu faciliter deux versements effectués par le Gouvernement sierra-léonais le 14 novembre et le 5 décembre, dont chacun a permis de rémunérer plus de 14 000 agents. Le PNUD offre un appui technique aux autorités nationales pour la conception et la mise en œuvre de ces systèmes de paiement.

Le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) a continué de donner une formation à la recherche des sujets-contacts en Sierra Leone. En décembre, il a ainsi formé, en partenariat avec le Ministère de la santé et de l'assainissement,

1 803 personnes, ce qui porte à 5 030 le nombre total d'agents formés à la recherche des sujets-contacts. Le FNUAP a également collaboré avec les ministères de la santé des pays de l'Union du fleuve Mano à l'élaboration d'un projet destiné à proposer des services de santé procréative, maternelle et infantile, dans le cadre duquel plus de 500 sages-femmes, médecins et auxiliaires sont actuellement en cours de recrutement, l'objectif étant d'ouvrir au moins 20 établissements de soins obstétricaux dans les trois pays les plus touchés par l'Ebola.

En collaboration avec les autorités guinéennes et des partenaires, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme a organisé, à Conakry et Nzérékoré, une série de manifestations sur l'épidémie d'Ebola envisagée sous l'angle des droits de l'homme.

La Banque mondiale et la Banque africaine de développement ont largement appuyé les efforts déployés par les gouvernements pour enrayer la transmission du virus Ebola et assurer la prise en charge des malades, notamment en versant des fonds aux différentes entités du système des Nations Unies qui viennent en aide aux pouvoirs publics, en finançant la création d'un dispositif permettant de déployer des équipes médicales internationales dans la région et en renforçant les budgets nationaux afin que les autorités puissent continuer à proposer des services essentiels dans divers secteurs.

Activités menées par l'Envoyé spécial pour l'Ebola et dans le cadre de la Coalition mondiale contre l'Ebola

À la suite de la vaste mobilisation mondiale intervenue en octobre et novembre en faveur des trois pays les plus touchés, mon Envoyé spécial pour l'Ebola est retourné dans la région du 25 novembre au 3 décembre. Il s'est rendu au siège de la MINUAUCE, à Accra, et a rencontré des responsables gouvernementaux et des partenaires de l'action contre l'Ebola en Guinée, en Sierra Leone, au Libéria et au Mali. Dans ces quatre pays, il a noté une forte volonté politique au plus haut niveau et l'existence de solides mécanismes de coordination.

La Coalition mondiale contre l'Ebola, présidée par mon Envoyé spécial, continue de servir d'instance d'échange et de partage de l'information entre les différents acteurs, tant dans les pays touchés que dans les capitales du monde. Elle continue de prendre de l'ampleur, l'objectif étant de constituer un réseau de partenaires étroitement liés qui puissent continuer de recenser les blocages et d'élaborer des stratégies mondiales pour y remédier sous l'autorité des gouvernements nationaux.

À ma demande, mon Envoyé spécial a également dirigé la création d'un centre d'information mondial sur l'Ebola. Logé au Siège de l'ONU, ce centre rassemble des spécialistes de la communication de l'ensemble du système des Nations Unies et des partenaires du secteur privé en vue de transmettre des messages clairs et fermes sur l'épidémie. Il offrira des services de messagerie, mettra au point une stratégie impliquant les médias et les autres partenaires de communication et travaillera en étroite collaboration avec les autorités des pays touchés pour motiver la communauté internationale à appuyer davantage les efforts que celles-ci déploient.

En coordination avec le Bureau de la coordination des affaires humanitaires, la Banque mondiale, l'Union européenne et l'organisation internationale ONE, mon Envoyé spécial continuera de diriger les efforts déployés par la Coalition pour

donner une idée précise des besoins de financement et des décaissements liés à la lutte contre la maladie en continuant de communiquer des données actualisées. Au 31 décembre, le montant des contributions annoncées ou effectivement versées au Fonds d'affectation spéciale pluripartenaires pour l'action contre l'Ebola s'élevait à 141 millions de dollars. Entre le 1^{er} novembre et le 1^{er} janvier, le Fonds a alloué plus de 105,5 millions de dollars pour pallier le défaut de financement de certains aspects importants de la lutte contre la maladie dans les trois pays les plus touchés. L'allocation la plus importante, de 34 millions de dollars, visait à financer les opérations logistiques du PAM, et les autres décaissements ont servi, notamment, à financer la surveillance épidémiologique dans ces trois pays, à fournir un appui à 10 centres de soins de proximité en Guinée, à assurer la protection des enfants infectés par le virus au Libéria et à soutenir le centre de lutte contre l'Ebola et les équipes d'intervention rapide et de stabilisation en Sierra Leone.

Pour plus de transparence et de clarté en ce qui concerne les lacunes et les besoins de financement, j'ai demandé à mon Envoyé spécial de publier un rapport sur les ressources nécessaires pour obtenir les résultats visés le 22 décembre. Ce rapport donne un aperçu détaillé des besoins des pays touchés, mis en évidence par les autorités nationales, ainsi que des ressources disponibles, des décaissements effectués et des lacunes restant à combler. Des rapports concernant chacun des trois pays les plus touchés, qui ont été mis à la disposition des autorités de ces pays, contiennent des chiffres précis sur les ressources allouées par les principaux organismes des Nations Unies et les fonds décaissés, rapportés aux besoins actuels et futurs des pays.

La Coalition continuera également d'agir pour que l'action de relèvement rapide et de reprise de l'activité soit pleinement intégrée à la lutte contre l'épidémie, ce qui impliquera d'appuyer l'élaboration d'un plan harmonisé englobant les systèmes de santé, les économies et les sociétés de l'Afrique de l'Ouest. Chaque pays œuvrera à son propre relèvement en suivant un programme spécifique, sachant que la Coalition aidera à assurer une transition sans heurt entre les mesures de lutte contre l'Ebola et la reprise consécutive à la crise.

Prochaines étapes

Le succès de l'action mondiale contre l'Ebola dépend aussi d'activités ne relevant pas du mandat de la MINUAUCE mais entrant dans le cadre des mandats des organismes, fonds et programmes des Nations Unies et s'inscrivant dans la stratégie d'ensemble qu'a conçue mon Envoyé spécial pour l'Ebola. Cette stratégie vise non seulement à juguler l'épidémie et à traiter les personnes infectées, par exemple, mais également à fournir des services de première nécessité, à préserver la stabilité et à éviter que l'épidémie se propage dans des pays jusqu'à présent épargnés. Les organismes, fonds et programmes des Nations Unies coordonnent, avec leurs partenaires, l'action amorcée en vue de lutter contre les effets intersectoriels de l'épidémie, que dirigent les coordonnateurs résidents de la Guinée, du Libéria et de la Sierra Leone.

Stopper l'épidémie et traiter les personnes infectées

Si nous voulons endiguer l'épidémie, nous devons faire en sorte de mieux adapter notre intervention à la réalité locale et au mode de propagation de la maladie. La première phase, qui consistait à intervenir aux épicentres de l'épidémie

pour en contenir la propagation par le dépistage et l'isolement des malades, doit faire place à une phase où nous nous emploierons à enrayer la transmission du virus dès son apparition, notamment en mettant l'accent sur la recherche des sujets-contacts et la surveillance. Nous faisons désormais face à une propagation sous forme de poussées plus localisées mais disséminées sur une vaste zone géographique. Il nous faut donc davantage raisonner en terme de district que de pays, et c'est la raison pour laquelle les gouvernements, les partenaires et les organismes des Nations Unies s'emploient actuellement à lancer des interventions ciblées dans chacun des 62 districts des trois pays les plus touchés (33 en Guinée, 15 au Libéria et 14 en Sierra Leone).

Dans le cadre de cette stratégie à l'échelle des districts, ceux-ci seront classés en fonction, d'une part, de la manière dont la maladie se propage et, d'autre part, de la nature du district. C'est principalement l'intensité de la transmission (forte, moyenne, ou nulle) qui dictera la nature de l'intervention, mais l'ampleur de cette dernière et son mode de mise en œuvre seront également déterminés par la configuration géographique du district (urbain, rural ou frontalier). Une analyse de chaque district sur la base de ces critères nous permettra d'adapter nos interventions aux besoins et donc d'optimiser leur efficacité et l'affectation des ressources.

Dans les districts particulièrement touchés par le virus, nous mettrons l'accent sur les capacités de traitement des malades et d'inhumation sans risque des morts, tandis que dans ceux où aucun cas n'a été recensé, nous privilégierons les mesures de surveillance. De même, le type de centre de traitement et le nombre d'équipes différeront suivant s'il s'agit d'une zone urbaine ou rurale. Dans les districts frontaliers, en particulier ceux qui sont limitrophes des pays épargnés par l'épidémie, des mesures spéciales devront être prises, notamment le renforcement des mécanismes de surveillance de façon à prévenir toute propagation transfrontière, et la coopération, l'échange d'informations et la mobilisation de ressources à l'échelle transfrontalière.

Des équipes d'intervention rapide, prêtes à être déployées en cas de poussée soudaine de la maladie dépassant les capacités mises en place dans les districts, devront également être constituées.

Il faudra aussi veiller à ce que des équipes de surveillance et de recherche des sujets-contacts soient présentes dans tous les districts, y compris ceux où aucun cas n'a été signalé. Il sera ainsi possible d'intervenir rapidement en cas de nouvelle poussée et de prévenir toute propagation, tout en utilisant moins de ressources que si la réponse avait été plus tardive. Des capacités de base pour surveiller les maladies infectieuses devront également être constituées dans le cadre de la stratégie de retrait de la MINUAUCE, sachant que ces capacités seront appelées à rester en place une fois l'épidémie actuelle maîtrisée et l'intervention en cours terminée.

Les organismes des Nations Unies, par l'intermédiaire de la MINUAUCE, exercent un contrôle de plus en plus poussé à l'échelle des districts pour savoir si les personnes nouvellement infectées font bien partie des sujets-contacts déjà recensés. Cette information donne en effet une indication de la mesure dans laquelle on est parvenu à maîtriser la propagation de la maladie.

Avec l'appui du système des Nations Unies, par l'intermédiaire de la MINUAUCE, et de ses partenaires, les gouvernements des trois pays les plus

touchés ont déjà commencé à mettre en œuvre cette stratégie à l'échelle des districts. Le 20 décembre, en Sierra Leone, le centre de lutte contre l'Ebola a réuni l'ensemble des coordonnateurs de district et du personnel médical local en vue d'élaborer des plans d'intervention au niveau des districts, lesquels serviront de base à un document de synthèse sur les besoins qui sera présenté aux donateurs. En Guinée, le système des Nations Unies, par l'intermédiaire de la MINUAUCE, a appuyé la stratégie du Gouvernement visant à décentraliser la coordination des interventions au profit des préfectures, qui a consisté à nommer un coordonnateur préfectoral dans chacune des 18 préfectures touchées par le virus. Des spécialistes de la gestion des crises de la MINUAUCE ont été déployés dans six lieux d'affectation hors siège, couvrant ainsi 11 de ces préfectures. Au Libéria, les spécialistes de la gestion des crises de la MINUAUCE contribuent à faciliter les activités menées sur le terrain par les équipes sanitaires de comté.

Fourniture de services essentiels et préservation de la stabilité

Compte tenu de l'impact que l'épidémie d'Ebola a eu sur les services de base dans les pays touchés, j'ai demandé à mon Envoyé spécial de veiller à ce que, dans le cadre de la lutte intégrée contre la crise, toute l'attention voulue soit consacrée à la fourniture d'urgence des services essentiels dans de bonnes conditions de sécurité. La MINUAUCE et les coordonnateurs résidents feront en sorte que l'action menée en ce sens soit adaptée aux priorités de chaque pays, étayée par une stratégie d'appui et exécutée de manière coordonnée. En collaboration avec mon Envoyé spécial et l'OMS, le Bureau de la coordination des affaires humanitaires s'emploie actuellement à réviser l'évaluation des besoins et nécessités, dont une nouvelle version sera publiée à la mi-janvier, en vue de la mise à jour du cadre stratégique régional d'ensemble de l'intervention. Cette révision sera par ailleurs l'occasion de réfléchir à la meilleure manière de réussir la transition entre la phase d'intervention immédiate et la phase de relèvement après la crise.

Dans le même temps et en vue de renforcer le lien entre ses activités opérationnelles et celles menées par les organismes, fonds et programmes des Nations Unies participant aux efforts de rétablissement des services essentiels et de relèvement rapide, la MINUAUCE a établi à Dakar un bureau de liaison chargé de faciliter le partage de locaux avec les bureaux régionaux de la plupart de ces organismes, fonds et programmes. Je remercie le Gouvernement sénégalais d'avoir accepté d'accueillir ce bureau au Sénégal.

Prise en charge des malades autres que ceux infectés par le virus Ebola

La peur de la contagion, la pénurie de personnel de santé et le manque d'équipements de protection individuelle et de mécanismes d'aiguillage permettant de prévenir et de maîtriser l'infection ont eu des conséquences catastrophiques sur la prise en charge des malades autres que ceux infectés par l'Ebola. Le Ministère libérien de la santé estime qu'à la fin de la période considérée, moins de 45 % des infrastructures de santé publique du pays étaient opérationnelles. Dans bon nombre de cas, les personnes atteintes de paludisme, de pneumonie, de tuberculose ou de typhoïde ne peuvent pas se faire soigner, et les traitements contre le VIH/sida ne sont plus disponibles. La santé maternelle pose particulièrement problème, le FNUAP estimant qu'en 2015, ce sont quelque 100 000 accouchements qui présenteront des complications potentiellement mortelles dans les pays touchés. De surcroît, depuis le mois de mai, l'épidémie d'Ebola perturbe le bon déroulement des

campagnes de vaccination de routine du fait de l'inquiétude que suscitent les rassemblements de foules.

Outre qu'il est urgent d'améliorer la prise en charge des malades atteints d'affections autres que l'Ebola et de répondre aux besoins de santé ordinaires, il sera nécessaire, pour enrayer l'épidémie, de renforcer les services de santé des pays touchés en les dotant de mécanismes de surveillance leur permettant de détecter précocement le virus. Il faudra impérativement veiller à ce que les installations sanitaires vouées au traitement des personnes souffrant de pathologies non liées à l'Ebola puissent fournir des services de base tout en protégeant leur personnel et leurs patients contre le virus. En outre, rouvrir les centres de soins en prenant toutes les précautions nécessaires permettra aux patients susceptibles d'être infectés par l'Ebola de se faire soigner localement en toute sécurité, ce qui réduira le risque de propagation de la maladie à des régions jusqu'à présent épargnées.

Afin d'encourager les centres de soins à rouvrir et à recommencer à accepter des patients, l'OMS a élaboré une série d'instructions destinées à aider le personnel sanitaire de proximité à éviter tout contact physique avec les malades. En outre, pour faciliter la reprise des services de santé de base, MSF a commencé à mettre en place des centres d'aiguillage à Monrovia. Les trois pays touchés ont adopté des plans de réaménagement de leur système de santé. Au Libéria, l'OMS collabore avec des partenaires en vue d'aider le Gouvernement à réaliser une étude de l'impact de l'épidémie d'Ebola sur les services de santé, l'objectif étant d'accélérer le rétablissement des services essentiels tout en renforçant le système dans son ensemble.

Protection

Plus de 25 000 enfants ont bénéficié des services de protection de l'UNICEF, qui a contribué à la création de centres de soins provisoires destinés aux enfants ayant été en contact avec l'Ebola, fourni un soutien psychosocial pendant le séjour des enfants dans ces centres et après leur sortie, tenté de retrouver les parents des enfants non accompagnés et recouru à diverses solutions de prise en charge comme l'aide financière en espèces aux survivants et aux personnes s'occupant des enfants.

Dans le même temps, eu égard aux déplacements de population provoqués par l'épidémie, l'Organisation internationale pour les migrations a élaboré une stratégie destinée à faciliter la fourniture de services de prévention, de soins et de soutien psychosocial adaptés aux besoins des migrants, en particulier ceux vivant dans des zones reculées ou frontalières.

Éducation

Selon les estimations, environ 10 000 écoles demeurent fermées dans les trois pays touchés, ce qui empêche quelque 5 millions d'enfants âgés de 3 à 17 ans d'acquérir les connaissances et les compétences dont ils ont tant besoin. Les Ministères de l'éducation guinéen, libérien et sierra-léonais sont désireux de voir ces établissements rouvrir, ce qui rassurerait les populations et créerait un sentiment de stabilité. Toutefois, si l'on veut que les enfants puissent retourner à l'école en toute sécurité, il convient dans un premier temps d'établir les protocoles voulus et d'adopter les mesures de prévention et de contrôle qui s'imposent. La reprise des cours pourra alors venir compléter les efforts déjà déployés pour enrayer l'épidémie.

Au niveau local en effet, l'école peut s'avérer très utile pour ce qui est de sensibiliser le public, rechercher les sujets-contacts et surveiller la maladie.

En attendant la réouverture des écoles, l'UNICEF et d'autres partenaires du secteur de l'éducation contribuent à la mise en œuvre des plans d'intervention adoptés par les ministères de l'éducation des trois pays les plus touchés. Les enseignants apprennent à mener des activités de mobilisation sociale afin d'enrayer la propagation du virus. Les programmes d'auto-apprentissage et les programmes éducatifs à distance mis en place à l'échelle des pays, y compris ceux diffusés à la radio, permettent d'assurer la continuité de l'enseignement. Une fois que les écoles auront rouvert leurs portes, des programmes parallèles de ce type continueront d'être offerts aux enfants non scolarisés et aux enfants les plus défavorisés.

Sécurité alimentaire

Ainsi qu'il ressort d'une étude récemment réalisée par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et ses partenaires, la fermeture des frontières et les restrictions imposées aux voyages et aux rassemblements ont été lourdes de conséquences sur la sécurité alimentaire et la nutrition dans les pays les plus touchés en ce qu'elles ont entravé la production de denrées alimentaires, et donc l'accès à ces denrées et leur disponibilité, perturbé les marchés et les échanges commerciaux transfrontaliers, réduit les prix à l'exploitation des produits agricoles et fait baisser le revenu et le pouvoir d'achat des ménages.

Depuis le mois d'août, le PAM et ses partenaires ont fourni une aide alimentaire à près de 1,9 million de personnes vivant dans les zones les plus touchées par l'épidémie. La FAO, le PAM et Action contre la faim ont évalué la sécurité alimentaire dans les trois pays où elle fait le plus de ravages.

Eau, assainissement et hygiène

Dans ce domaine, l'UNICEF, l'OMS et leurs partenaires d'exécution interviennent principalement sur deux fronts. D'une part, ils intensifient l'action qu'ils mènent dans le secteur de la santé pour enrayer la transmission du virus, veillant à ce que les sites d'isolement, les centres de traitement et les centres d'orientation des patients soient approvisionnés en eau et les mesures d'assainissement et d'hygiène voulues soient appliquées tant dans ces lieux que chez les ménages touchés. À ce jour, on estime que 86 % des centres de traitement et des centres de soins de proximité dans les trois pays les plus touchés sont équipés d'installations d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène fonctionnelles. D'autre part, ils contribuent à freiner la propagation du virus et à réduire le risque de transmission au niveau local en s'assurant que la population a accès à l'eau et à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats. L'UNICEF a ainsi aidé plus de 160 000 ménages, notamment en leur fournissant des kits d'hygiène et des trousseaux pour le traitement de l'eau et l'assainissement.

Conséquences économiques, moyens de subsistance et planification du relèvement rapide

L'épidémie d'Ebola a été lourde de conséquences sur les économies des pays touchés, réduisant à néant les avancées enregistrées par ceux-ci en matière de développement et de croissance. Dans de nombreuses régions, la perturbation des

travaux agricoles a mis en péril les moyens de subsistance et la sécurité alimentaire. Ce sont cependant les restrictions à la libre circulation des personnes et des biens et la fermeture des marchés qui empêchent des milliers de personnes de gagner leur vie en les privant de leur source de revenus. De grandes entreprises privées internationales ont ralenti ou arrêté leurs activités, en particulier dans les secteurs minier et forestier. La fermeture des banques a restreint l'accès aux ressources financières nécessaires aux investissements et à la consommation. Dans les secteurs de l'exploitation minière et du tourisme, deux grandes sources d'emplois et de recettes, l'activité a également ralenti.

Il ressort de récentes études menées par le PNUD et de l'examen que la Commission économique pour l'Afrique a consacré aux conséquences socioéconomiques de la maladie à virus Ebola pour l'Afrique que le prix de l'huile végétale, du riz et des pommes de terre a augmenté de 20 à 30 % dans certaines zones rurales du Libéria et le prix du riz a augmenté d'au moins 30 % en Sierra Leone. Les répercussions de l'épidémie d'Ebola sur les économies des pays touchés sont encore aggravées par la suspension des activités de nombreux investisseurs étrangers et l'effondrement des échanges commerciaux transfrontaliers dû à la fermeture des frontières. Le revenu des ménages a souffert, chutant de près de 12 % en Guinée et de 35 % au Libéria, ce qui pourrait compromettre la paix et la stabilité. Par rapport à 2013, le nombre d'emplois perdus à cause de l'épidémie a augmenté en moyenne de 3 % dans le secteur des transports, de 6,8 % dans le secteur des télécommunications, de 8,6 % dans le secteur de l'hôtellerie et du tourisme et de 22,9 % dans le secteur du bâtiment et des travaux publics.

Le PNUD a réalisé une évaluation socioéconomique des conséquences de l'épidémie d'Ebola en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone (« Assessing the Socioeconomic Impact of Ebola Virus Disease in Guinea, Liberia and Sierra Leone: The Road to Recovery ») qui vient compléter les études d'impact menées au niveau des différents pays en collaboration avec les gouvernements nationaux. Il en ressort que les retombées à court terme de l'épidémie se chiffrent à 93 millions de dollars pour le Libéria [4,7 % du produit intérieur brut (PIB)], à 79 millions de dollars pour la Sierra Leone (1,8 % du PIB) et à 120 millions de dollars pour la Guinée (1,8 % du PIB).

Dans le cadre des dispositifs de protection sociale, des programmes de transfert d'espèces associant des mesures d'incitation en faveur du renforcement de l'éducation et de l'alphabétisation des adultes à une aide à la subsistance et une assistance en espèces visant à couvrir les besoins élémentaires sont mis en place à l'intention de ceux que la crise a privés de leurs moyens de subsistance. Avec l'appui du PNUD, des initiatives de ce type, destinées aux négociants touchés par l'interdiction préventive du commerce de la viande de brousse, ont déjà été lancées au Libéria le 2 décembre. Au mois de janvier, un programme comparable sera mis en place dans les trois pays touchés à l'intention de 15 000 ménages parmi les plus démunis. En Sierra Leone, 5 000 ménages vulnérables et 1 250 jeunes bénéficieront de programmes de travail contre rémunération et de renforcement des compétences conçus pour les aider à trouver de nouveaux moyens de subsistance. Par ailleurs, en collaboration avec les syndicats et le secteur privé, le PNUD s'emploie à élaborer des normes et procédures de sécurité relatives à Ebola afin d'aider certains groupes de négociants à attirer des entreprises.

En ce qui concerne la planification du relèvement après la crise, le 12 décembre, à ma demande, le Secrétaire général adjoint a chargé le PNUD de diriger l'action menée par le système des Nations Unies à cet égard. Le Programme a recommandé qu'une évaluation conjointe des mesures à mettre en œuvre en vue du relèvement soit effectuée dans le cadre de l'accord tripartite conclu en 2008 entre l'ONU, la Banque mondiale et l'Union européenne, l'objectif étant de définir les domaines d'intervention prioritaires aux fins de l'établissement de plans de relèvement multisectoriels intégrés aux niveaux des pays et de la région. Plusieurs réunions de consultation ont été tenues en vue de préparer cette évaluation, prévue pour la mi-janvier 2015.

Prévention de l'épidémie dans les pays épargnés

Par l'intermédiaire de la MINUAUCE, les organismes des Nations Unies s'emploieront à renforcer la coopération entre les pays touchés par le virus et les pays voisins afin qu'elle ne se limite plus à la mise en œuvre de mesures efficaces de contrôle des frontières mais s'étende à la recherche des sujets-contacts, aux tests en laboratoire et aux traitements. Un premier pas a été accompli dans cette direction avec l'organisation de la réunion technique sur la coopération transfrontière qui s'est tenue au Libéria le 9 décembre.

Par ailleurs, l'OMS et d'autres organismes des Nations Unies s'attacheront à renforcer les capacités de prévention et l'état de préparation des pays d'Afrique épargnés par l'épidémie mais néanmoins particulièrement à risque. Les missions internationales créées à cet effet ont jusqu'à présent évalué 14 des 15 pays d'Afrique initialement considérés par l'OMS comme nécessitant une attention prioritaire, à savoir le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, le Cap-Vert, le Congo, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, la Fédération de Russie, la Gambie, le Ghana, la Guinée-Bissau, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal et le Togo. Sur la base de la liste de contrôle consolidée pour se préparer à faire face à la maladie à virus Ebola établie par l'OMS, elles ont recommandé que ces pays mettent en place des équipes d'intervention rapide, désignent des centres d'isolement et forment le personnel de santé à la prise en charge des malades, à la recherche des sujets-contacts et à la mise en œuvre des protocoles relatifs aux mesures permettant de prévenir et de combattre l'infection. De surcroît, par l'intermédiaire de la MINUAUCE, les organismes des Nations Unies ont fourni des conseils techniques au Ghana en vue de la révision de son plan de prévention et de préparation anti-Ebola et ont contribué à renforcer les capacités de l'unité de traitement que le pays a créée dans la ville portuaire de Tema. Un appui comparable devrait être fourni à tous les pays présentant un risque immédiat dans lesquels les missions se sont rendues.

Les 11 et 12 décembre 2014, l'OMS a organisé à Genève une réunion de haut niveau sur le renforcement des systèmes de santé et l'amélioration de la résilience dans les trois pays les plus touchés. Cette réunion, qui a rassemblé des ministres des finances et de la santé, des acteurs non étatiques, des donateurs et des organismes techniques internationaux, avait pour objet de jeter les bases du renforcement à moyen et long terme des systèmes de santé des pays touchés par l'Ebola. Les participants ont recensé les principaux obstacles et difficultés rencontrés par ces pays pour ce qui est de réaménager leurs systèmes de santé et d'améliorer leur résilience; examiné les meilleurs moyens d'établir et de financer, à moyen et long termes, des systèmes de santé nationaux et sous-nationaux capables non seulement

de fournir des services de base de bonne qualité, mais aussi de faire face aux situations d'urgence et de crise; et évalué, sur la base des avantages relatifs des différentes parties prenantes, les rôles et responsabilités à attribuer à chacune dans la mise en place de systèmes de santé nationaux résilients dans le cadre d'un processus coordonné placé sous la direction des autorités du pays concerné. Ils sont convenus que, en coopération avec des partenaires, notamment l'OMS, les trois pays les plus touchés établiraient des plans nationaux et régionaux, lesquels seraient présentés à une réunion organisée par la Banque mondiale en avril 2015.

Conclusions

L'action mondiale contre l'épidémie d'Ebola a changé le cours des choses, mais nous ne devons pas relâcher notre vigilance. Cette épidémie reste une urgence de santé publique de portée internationale. Le système des Nations Unies continuera d'intensifier ses efforts et nous comptons sur tous nos partenaires pour nous apporter un soutien croissant et de plus en plus vigoureux afin que nous puissions ensemble y mettre fin.

Dans le même temps, nous devons aussi commencer à réfléchir aux moyens de répondre aux besoins à plus grande échelle qui sont liés au relèvement rapide des trois pays les plus touchés, en particulier dans les secteurs de la santé et de l'éducation, et de renforcer la résilience à long terme de ces derniers afin qu'ils puissent dans l'avenir résister aux épidémies. Là où il est possible de le faire sans nuire à la célérité et à l'efficacité de la neutralisation du virus, tous les efforts déployés dans le cadre de la lutte contre l'Ebola doivent tendre au renforcement de la résilience et des systèmes de santé des pays touchés.

Des mesures de relèvement rapide doivent être prises sans tarder et devraient être intégrées à la stratégie d'intervention en mettant davantage l'accent sur la fourniture de services essentiels. Tous les signes de stigmatisation et de discrimination liés à l'Ebola doivent être combattus. La mise en place d'une protection sociale qui réponde aux besoins des survivants et des communautés et foyers touchés doit également faire partie des mesures de relèvement rapide visant à reconstruire les moyens de subsistance et les activités commerciales dans les pays touchés.

Il faudra pour endiguer l'épidémie s'assurer la collaboration et le soutien constants de la communauté internationale. La deuxième phase de l'action menée, axée sur l'élimination du virus dans chaque district, aura des incidences supplémentaires en termes de ressources. Toutefois, le coût des risques d'épidémie qui persistent à l'échelle mondiale est considérablement plus élevé. J'engage les États Membres à donner la priorité aux mesures prises afin de préserver le formidable élan imprimé.

À ce jour, les donateurs ont annoncé, promis ou versé des contributions dont le montant s'élève à plus 1,16 milliard de dollars afin de financer les besoins sur la base de l'évaluation révisée des moyens nécessaires pour faire face à l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest. Quant au Fonds d'affectation spéciale pluripartenaires pour l'action contre l'Ebola, ce sont 141 millions de dollars qui ont été reçus, annoncés ou promis. Je remercie tous ceux qui ont versé des contributions. Nous sommes toutefois encore loin des 1,5 milliard qui sont nécessaires et le Fonds d'affectation spéciale s'est donné pour objectif de lever

500 millions de dollars avant mars 2015. J'engage donc tous les pays qui sont en mesure de le faire à contribuer ou à contribuer davantage.

Si l'action menée exige des ressources financières supplémentaires, elle requiert davantage encore des moyens en personnel qualifié et expérimenté dans des domaines tels que l'épidémiologie, la mobilisation sociale, la prévention et la maîtrise de l'infection et la logistique. Maintenant que l'action s'oriente vers le dépistage précoce et l'intervention rapide au niveau des districts, nous avons besoin sur place de personnel de terrain qualifié pour mener à bien les tâches essentielles, former le personnel de santé national et renforcer ainsi les capacités. Non seulement cela sera crucial pour ce qui est de contenir l'épidémie, mais encore les systèmes de santé locaux s'en trouveront consolidés une fois terminée la crise de l'Ebola.

Comme je l'ai dit dès le début de cette crise, les besoins vont au-delà des ressources financières. Stopper la transmission ne pourra se faire qu'en trouvant chaque malade et chaque sujet-contact, et nous devons, à cette fin, renforcer nos capacités et notre présence dans les zones à forte prévalence pour procéder plus intensément à la recherche des sujets-contacts. Davantage de mobilisateurs communautaires doivent être recrutés et formés pour mieux faire comprendre comment l'Ebola se transmet, se prévient et se traite, et comment les morts peuvent être inhumés en toute sécurité. Les gouvernements doivent disposer d'établissements en nombre suffisant et bien répartis où le personnel recruté sur le plan national reçoit une formation et un appui afin de fournir des soins cliniques et des services de laboratoire et de gestion des crises. Les obstacles logistiques doivent également être levés pour permettre l'acheminement rapide de la nourriture et de l'assistance sanitaire aux communautés placées en quarantaine. Il faut mettre en place des réseaux de transport pour relier aux laboratoires les centres de mise en quarantaine et les centres de soins, et des dons de motocyclettes sont donc essentiels à cet égard.

Du personnel international qualifié doit être recruté pour mettre en place et faire fonctionner les unités de traitement anti-Ebola dans les districts. Le manque de moyens dont souffrent les laboratoires ralentit les traitements en raison du retard accumulé dans l'examen des échantillons, ce qui accroît les risques de transmission entre des malades qui n'ont pas été diagnostiqués et d'autres membres de la communauté. Il est également nécessaire de veiller à ce que les déchets médicaux, qui peuvent être un important vecteur du virus, soient éliminés en toute sécurité et d'une manière écologiquement viable.

Une intervention au niveau des districts supposera des ressources plus conséquentes dispersées sur une étendue plus vaste. Les spécialistes de la gestion des crises et les équipes d'intervention dans les districts qu'ils dirigent joueront un rôle capital pour ce qui est d'assurer une large couverture géographique, tout en maintenant un niveau d'efficacité opérationnelle élevé. Il sera indispensable de faire appel à des spécialistes de la santé, tels que des épidémiologistes et des spécialistes de la prévention et de la maîtrise des infections, pour suivre la propagation de la maladie et former et appuyer les équipes locales qui participent au dépistage, à la recherche des sujets-contacts et à la surveillance. En outre, des équipes d'intervention rapide seront nécessaires aux échelles nationale et régionale pour assurer un déploiement rapide des ressources en cas de poussée soudaine de l'épidémie.

L'Ebola continue à faire peser un lourd fardeau sur les habitants de la plupart des pays touchés, et nous devons faire beaucoup plus pour endiguer l'épidémie. Dans le même temps, des avancées spectaculaires ont été réalisées dans la lutte contre l'Ebola au cours des 90 derniers jours. Tant qu'il restera ne serait-ce qu'une seule personne infectée, le risque de transmission et la possibilité de voir l'épidémie repartir existeront.

Nous ne devons pas permettre que cela se produise. L'ONU est déterminée à faire tout son possible, par solidarité avec les peuples de la Guinée, du Libéria, du Mali et de la Sierra Leone, et au service de tous les peuples du monde, pour venir à bout de cette crise.

Je salue l'esprit d'initiative dont font preuve les Gouvernements guinéen, libérien, malien et sierra-léonais. Je remercie les milliers de membres du personnel médical national et international qui sont en première ligne pour combattre l'épidémie.

Je rends hommage à tous les États Membres, à toutes les organisations régionales et à tous les donateurs qui participent à ce combat. Je les remercie pour les contributions qu'ils ont versées et leur demande d'être prêts à donner davantage. J'exprime ma gratitude au personnel des Nations Unies, aux organisations non gouvernementales et aux acteurs de la société civile qui jouent un rôle essentiel dans l'action menée.

Le 3 janvier, mon nouveau Représentant spécial et Chef de la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola, Ismail Ould Cheikh Ahmed, a pris ses fonctions. Je vous demande de lui apporter à cette occasion votre soutien et votre constant concours. Je remercie Anthony Banbury pour son rôle durant la phase critique du démarrage de la Mission et pour l'excellent travail qu'il a accompli s'agissant de rendre la Mission opérationnelle sur le terrain.

Enfin, au nom de la famille des Nations Unies, je souhaite rendre hommage à Marcel Rudasingwa, responsable de la gestion de la crise pour la Guinée, qui a sacrifié sa vie au service de la lutte contre l'Ebola et nous a malheureusement quittés le 18 novembre. J'adresse mes condoléances à sa famille.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir porter la présente lettre à l'attention des membres de l'Assemblée générale.

(Signé) **BAN** Ki-moon
