

BULLETIN D'INFORMATIONS  
EPIDEMIOLOGIQUE



EPIDEMIOLOGICAL  
NEWSLETTER

**Semaine / Week 37 (09 au 15/09/19)**

**23 Septembre 2019 / September 23, 2019**

**Contenu**

- **Thème Focus : Fièvre Hémorragique de Crimée-Congo**
- **Situation Epidémiologique de la fièvre de Lassa,**
- **Situation Epidémiologique de la fièvre Jaune,**
- **Situation Epidémiologique de la Dengue,**
- **Epidémie à Virus Ebola en République Démocratique du Congo (RDC) : mise à jour.**

**Contents**

- **Focus Theme: Crimean-Congo Hemorrhagic Fever**
- **Epidemiological situation of Lassa fever,**
- **Epidemiological situation of yellow fever,**
- **Epidemiological situation of dengue fever,**
- **Ebola Virus epidemic in the Democratic Republic of Congo (DRC): Update.**

**Thème Focus : Fièvre Hémorragique de Crimée-Congo dans l'espace CEDEAO**

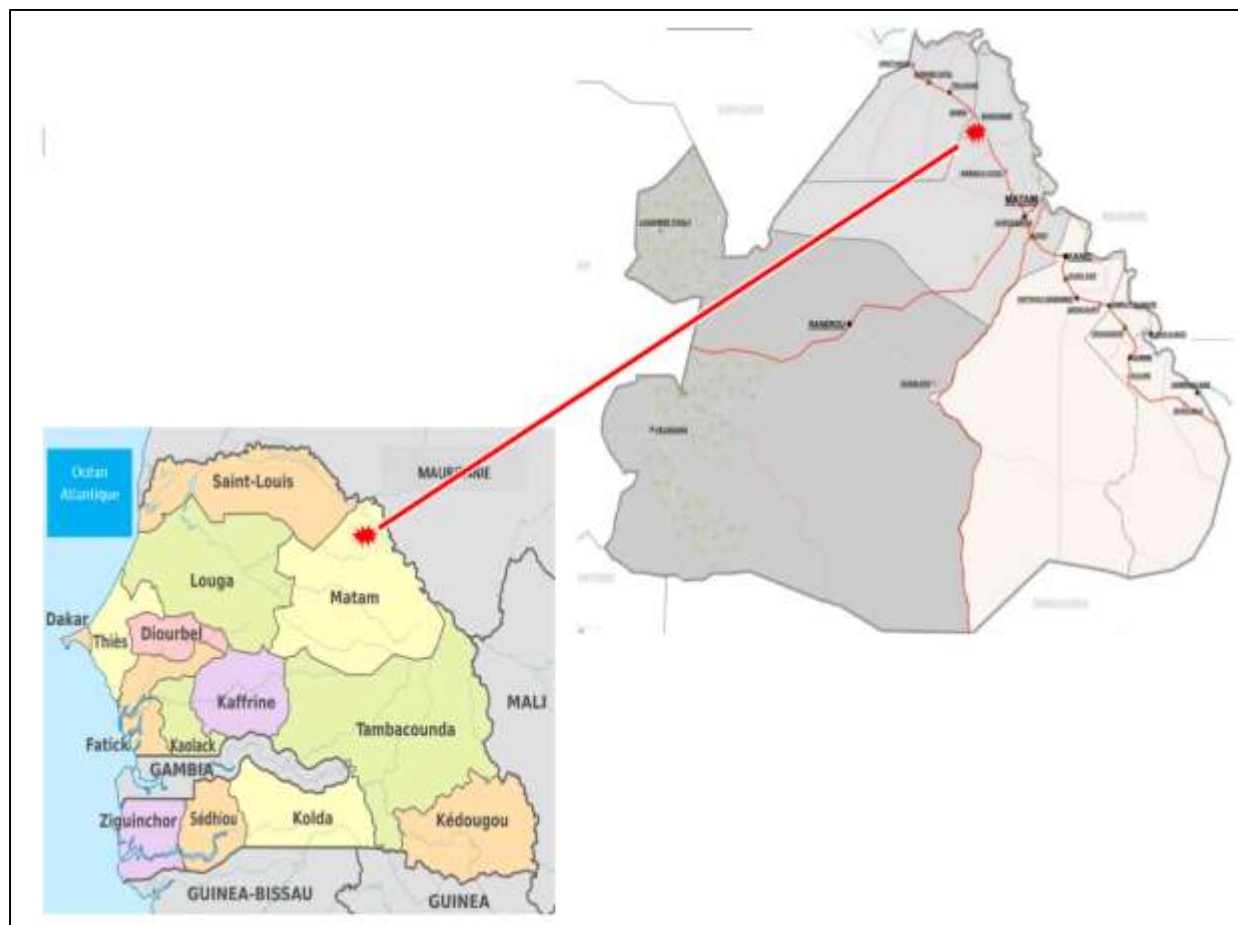
Un cas humain de fièvre hémorragique de Crimée-Congo (FHCC) a été confirmé à Bokidiawé dans la région de Matam au Nord-Est du Sénégal (voir figure 1). Il s'agit d'une femme de 47 ans reçue le 04/09/2019 au poste de santé de Bokidiawé pour syndrome fébrile, céphalées, douleur rétro-orbitaires, arthralgie, myalgie. Le début de la maladie remonterait au 03/09/2019. Un prélèvement a été effectué 04/09/2019. Le prélèvement a été reçu à l'Institut Pasteur de Dakar le 06/09/2019. La confirmation de la maladie fièvre hémorragique de Crimée Congo a été obtenue le 13/09/2019. Les autorités sanitaires ont tenu une réunion d'urgence et déployé une équipe d'investigation sur site.

Avant ce cas du Sénégal, aucun cas n'avait été notifié dans l'espace CEDEAO en 2019. Les derniers cas autochtones enregistrés dans la région remontent en juillet 2017 toujours au Sénégal, avec 2 cas importés de la Mauritanie et 1 cas autochtone. La Mauritanie, pays de l'Afrique de l'Ouest et voisin du Sénégal, recense annuellement des cas de FHCC et constitue une source de propagation de la maladie en Afrique de l'Ouest (voir figure 2).

**Focus Theme: Crimean-Congo Hemorrhagic Fever in the ECOWAS region**

A human case of Crimean-Congo haemorrhagic fever (CCHF) has been confirmed in Bokidiawé in the Matam region of northeastern Senegal (see Figure 1). This is a 47-year-old woman received on 04/09/2019 at the Bokidiawé health Center for febrile syndrome, headache, retro-orbital pain, arthralgia, myalgia. The onset of the disease have started on 03/09/2019. A sample was taken on 04/09/2019. The sample was received at the Pasteur Institute in Dakar on 06/09/2019. Confirmation of Crimean Congo haemorrhagic fever disease was obtained on 13/09/2019. The health authorities held an emergency meeting and deployed an on-site investigation team.

Before this case of Senegal, no cases had been reported in the ECOWAS region in 2019. The last indigenous cases recorded in the region date back to July 2017, again in Senegal, with 2 cases imported from Mauritania and 1 indigenous case. Mauritania, a West African country and neighbour of Senegal, reports annual cases of CCHF and may constitute a source of the disease's spread in West Africa (see Figure 2).



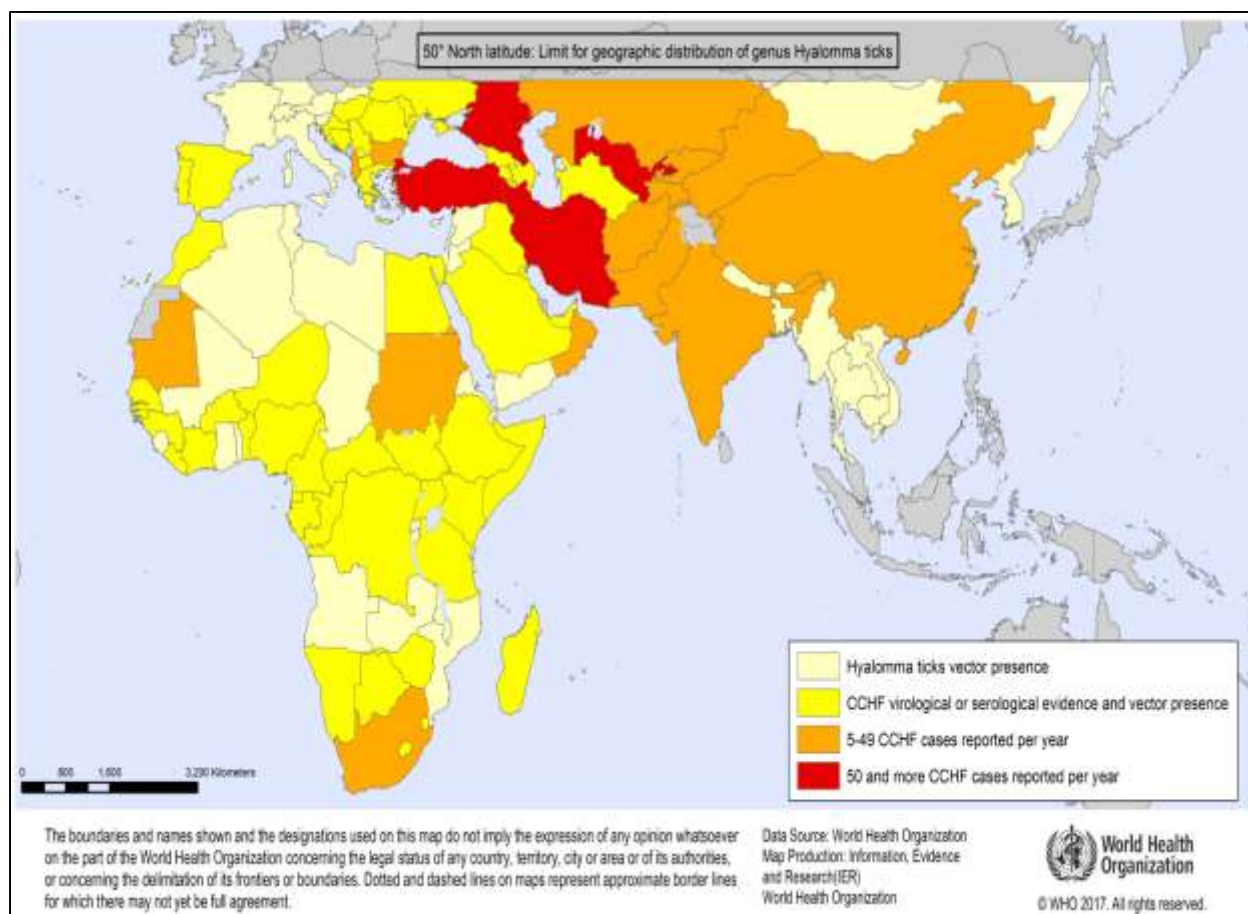
**Fig 1: Localisation du cas confirmé de FHCC au Sénégal à la semaine 37, 2019/ Location of confirmed case of Crimée-Congo Hemorrhagic fever in Senegal at week 37, 2019.**

La fièvre hémorragique de Crimée-Congo (FHCC) est une maladie infectieuse aiguë provoquée par un virus (*Nairovirus*) de la famille des Bunyaviridés, transmis par les tiques. C'est une anthro-po-zoonose, endémique en Afrique, dans les Balkans, au Moyen-Orient et en Asie, dans les pays en deçà du 50<sup>ème</sup> degré de latitude nord, limite géographique de la principale espèce vectorielle, une tique (voir figure 2). Les hôtes du virus de la FHCC comprennent une large gamme d'animaux sauvages et domestiques tels que le bétail, les moutons et les chèvres.

Le virus de la FHCC est transmis à l'homme soit directement par contact via du sang ou des tissus infectés d'animaux infectés, du sang ou des fluides corporels d'une personne contaminée, soit indirectement par morsure de tiques infectées. De nombreuses espèces de tiques sont incriminées dans la transmission vectorielle du virus de la CCHF, en particulier celles appartenant au genre *Hyalomma*.

Crimean Congo Hemorrhagic Fever (CCHF) is an acute infectious disease caused by a virus (*Nairovirus*) of the Bunyaviridae family, transmitted by ticks. It is an anthro-po-zoonosis, endemic in Africa, the Balkans, the Middle East and Asia, in countries below 50 degrees north latitude, the geographical limit of the main vector species, a tick (see Figure 2). CCHF virus hosts include a wide range of wild and domestic animals such as livestock, sheep and goats.

CCHF virus is transmitted to humans either directly through contact with infected blood or tissues from infected animals, blood or body fluids from an infected person, or indirectly through biting infected ticks. Many tick species are implicated in the vectorial transmission of the CCHF, particularly those belonging to the genus *Hyalomma*.



**Fig 2: Zones endémiques à la FHCC dans le monde / CCHF Endemic Areas in the World.**

Des infections nosocomiales peuvent aussi se produire à cause d'une mauvaise stérilisation du matériel médical, de la réutilisation des aiguilles et de la contamination des fournitures.

Après une période d'incubation de 2 à 14 jours selon le mode de contamination, la maladie se manifeste comme suit :

- ✓ une phase de début ou pré-hémorragique marqué par les symptômes les plus courants suivant : fièvre soudaine, frissons, myalgies, maux de tête, vomissements, douleurs abdominales et arthralgies.
- ✓ Une phase d'Etat ou hémorragique avec des saignements des muqueuses, des hématomes, des ecchymoses, des moelénas, des hématuries, des saignements nasaux, vaginaux, une bradycardia...

Nosocomial infections can also occur due to poor sterilization of medical equipment, re-use of needles and contamination of supplies.

After an incubation period of 2 to 14 days depending on the mode of contamination, the disease appears as follows:

- ✓ an early or pre-hemorrhagic phase marked by the following most common symptoms: sudden fever, chills, myalgia, headache, vomiting, abdominal pain and arthralgia.
- ✓ A state or haemorrhagic phase with bleeding mucous membranes, haematomas, bruises, moelenas, haematuria, nasal and vaginal bleeding, bradycardia...

La FHCC provoque chez l'homme des flambées de fièvre hémorragique virale sévère, avec un taux de létalité de 10 à 40%. Une prise en charge précoce et basé sur un traitement symptomatique de soutien à visée générale (réhydratation, surveillance des fonctions vitales...) permet de réduire la létalité. L'administration de la ribavirine (médicament antiviral) au début semble efficace pour une évolution favorable de la maladie.

Il n'existe pas de vaccin animal ou humain et la prévention repose sur les volets suivants :

- ✓ **Réduction du risque de transmission de la tique à l'homme en luttant contre leurs piqûres** (protection individuelle, utilisation d'acaricides homologués, maintien d'un environnement sain...)
- ✓ **Réduction du risque de transmission de l'animal à l'homme** (équipement de protection lors de la manipulation des animaux...)
- ✓ **Réduction du risque de transmission interhumaine dans la communauté** (éviter tout contact physique rapproché avec les personnes infectées par la FHCC, lavage systématique des mains et l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections dans les centres de soins).

L'OOAS renouvelle sa disponibilité et encourage les Etats Membres à :

- ✓ Poursuivre les efforts de préparation et de réponses aux épidémies,
- ✓ Renforcer la surveillance basée sur la notification des cas et la confirmation en laboratoire,
- ✓ Renforcer les capacités des laboratoires pour favoriser une détection et une riposte précoces.
- ✓ Adopter une approche intégrée et multisectorielle pour une prise en compte effective de la lutte antivectorielle dans les interventions,
- ✓ Améliorer l'engagement communautaire pour une lutte anti-vectorielle durable;
- ✓ A renforcer la formation et l'application des mesures de préventions et de contrôle des infections dans les centres de soins.

CCHF causes outbreaks of severe viral haemorrhagic fever in humans, with a case-fatality rate of 10 to 40%. Early management based on general supportive symptomatic treatment (rehydration, monitoring of vital functions, etc.) reduces lethality. The administration of ribavirin (antiviral drug) at the beginning seems to be effective for a favorable evolution of the disease.

There is no animal or human vaccine and prevention is based on the following components:

- ✓ **Reduction of the risk of transmission from the tick to humans by controlling their bites** (personal protection, use of registered acaricides, maintenance of a healthy environment, etc.).
- ✓ **Reduction of the risk of transmission from animal to human** (protective equipment when handling animals...).
- ✓ **Reduced risk of human-to-human transmission in the community** (avoid close physical contact with people infected with CHF Canada, systematic handwashing and the application of infection prevention and control measures in health centres).

WAHO renews its availability and encourages Member States to:

- ✓ Continue efforts to prepare for and respond to epidemics,
- ✓ Strengthen surveillance based on case notification and laboratory confirmation,
- ✓ Strengthen laboratory capacity to support early detection and response.
- ✓ Adopt an integrated and multisectoral approach to ensure that vector control is effectively taken into account in interventions,
- ✓ Improve community engagement for sustainable vector control;
- ✓ To strengthen the training and implementation of infection prevention and control measures in health centres.



### Situation épidémiologique de la fièvre de Lassa dans l'espace CEDEAO

Dans l'espace CEDEAO des cas de fièvre de Lassa continuent à être enregistrés notamment au Libéria et au Nigéria.

Au Libéria, un nouveau cas confirmé a été notifié dans le comté de Grand Bassa le 14 septembre 2019. Il s'agit d'une fille de 10 ans résidente d'un camp de scieries situé dans une plantation de la Compagnie Libérienne d'Agriculture (CLA). Elle est malade depuis le 8 septembre 2019 et a consulté dans un centre de soins le 11 septembre 2019. Le diagnostic de la fièvre de Lassa a été évoqué le 12 septembre 2019 et un échantillon de sang total prélevé et envoyé au laboratoire le jour même. Les résultats de laboratoire ont été publiés le 14 septembre 2019 : le cas a été testé positif pour l'infection au virus de Lassa par RT-PCR au Laboratoire National de référence du Libéria.

Depuis le début de cette flambée, le 22 Août 2019 au Libéria, 06 cas ont été confirmés dans les comtés de Bong (4) et de Grand Bassa (2). Deux décès (2) ont été notés parmi les cas confirmés à Bong ; 01 est en cours de traitement et 03 ont été guéris. Entre le 1<sup>er</sup> Janvier et le 15 Septembre 2019, **28** cas ont été confirmés et **11** décès parmi les cas confirmés (soit une létalité de **40%**). Les hommes sont plus touchés avec 52% des cas confirmés et l'âge moyen est de 26, 5 ans.

Au Nigéria, **09** nouveaux cas ont été signalés à la semaine 36 dans les Etats d'Edo (03) et d'Ondo (06). Il n'y a pas eu de nouveau décès durant cette semaine. Entre le 01 janvier et le 08 septembre 2019, **687** cas confirmés dont **147** décès ont été recensés dans 24 Etats (sur un total de 36 Etats plus la capitale Fédérale Abuja). Les Etats d'Edo et de Ondo sont les plus touchés avec respectivement **37%** et **30%** des cas confirmés.

Depuis le début de l'année 2019, le nombre de cas de fièvre de Lassa dans l'espace CEDEAO, s'élève à **729** cas confirmés (687 au Nigéria, 28 au Libéria, 10 au Bénin, 02 en Sierra-Leone, 01 au Togo et 01 en Guinée) et à **163** décès parmi les cas confirmés (147 au Nigéria, 11 au Libéria, 01 au Bénin, 02 en Sierra-Leone, 01 au Togo et 01 en Guinée), soit une létalité de **22,3 %**.

### Epidemiological situation of Lassa Fever in the ECOWAS region

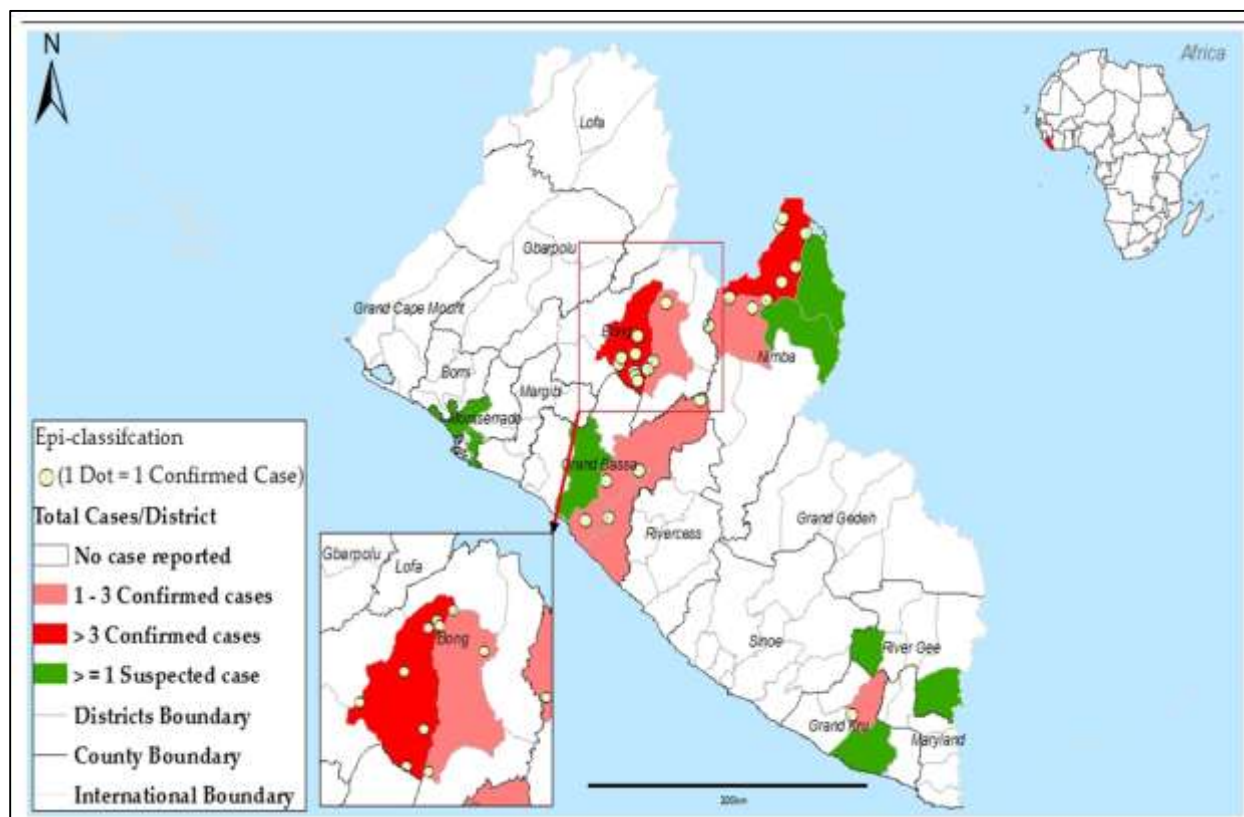
In the ECOWAS region, cases of Lassa fever continue to be recorded, particularly in Liberia and Nigeria.

In Liberia, a new confirmed case was reported in Grand Bassa County on 14 September 2019. She is a 10-year-old girl residing in a sawmill camp located in a plantation of the Liberian Agricultural Company (LAC). She has been ill since September 8, 2019 and consulted in a health centre on September 11, 2019. The diagnosis of Lassa fever was discussed on September 12, 2019 and a whole blood sample was collected and sent to the laboratory the same day. The laboratory results were published on 14 September 2019: the case tested positive for Lassa virus infection by RT-PCR at the National Reference Laboratory of Liberia.

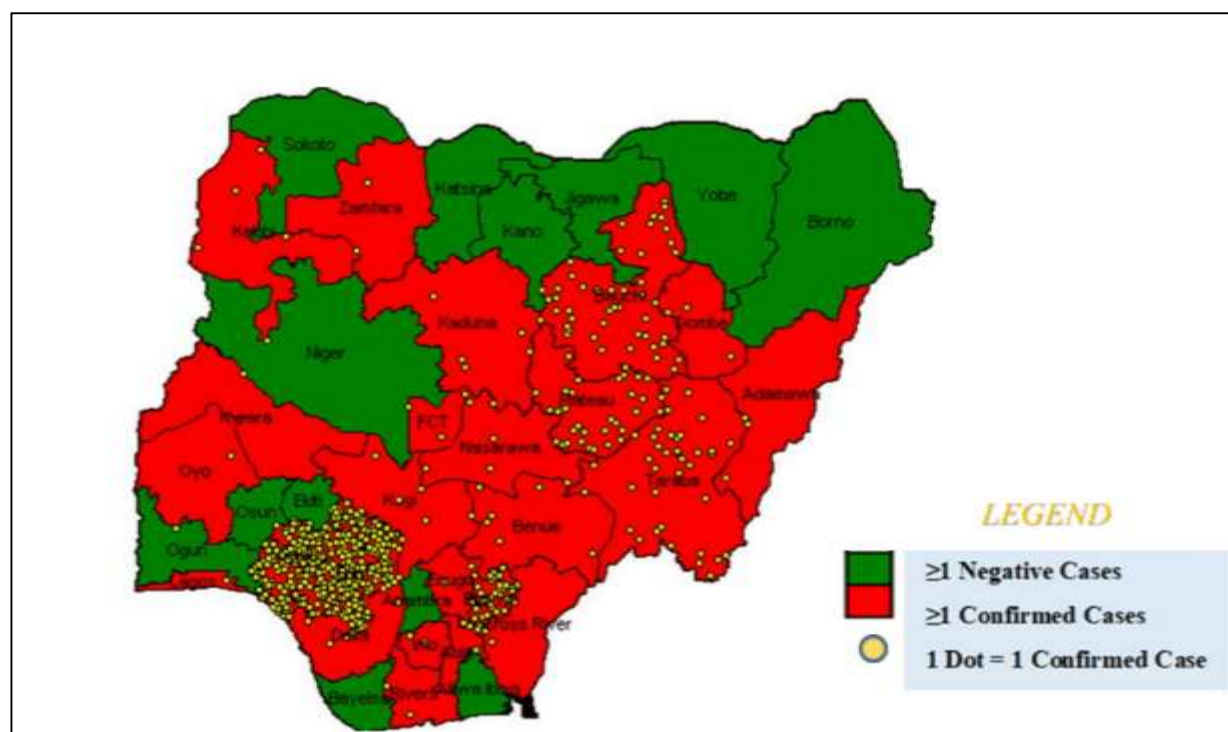
Since the outbreak began on August 22, 2019 in Liberia, 06 cases have been confirmed in Bong (4) and Grand Bassa (2) counties. Two deaths (2) were reported among the confirmed cases in Bong; 01 is in treatment and 03 have been cured. Between January 1 and September 15, 2019, **28** cases were confirmed and **11** deaths among the confirmed cases (CFR of **40%**). Men are more affected with 52% of confirmed cases and the average age is 26.5 years.

In Nigeria, **09** new cases were reported at week 36 in Edo (03) and Ondo (06) States. There were no new deaths during this week. Between January 1 and September 8, 2019, **687** confirmed cases including **147** deaths were reported in 24 states (out of a total of 36 states plus the federal capital Abuja). Edo and Ondo States are the most affected with **37%** and **30%** of confirmed cases respectively.

Since the beginning of 2019, the number of Lassa fever cases in the ECOWAS region has risen to **729** confirmed cases (687 in Nigeria, 28 in Liberia, 10 in Benin, 02 in Sierra Leone, 01 in Togo and 01 in Guinea) and **163** deaths among confirmed cases (147 in Nigeria, 11 in Liberia, 01 in Benin, 02 in Sierra Leone, 01 in Togo and 01 in Guinea), a lethality of **22.3%**.



**Fig 3: Répartition des cas confirmés de fièvre de Lassa au Libéria au 18 septembre 2019/**  
**Distribution of confirmed Lassa fever cases in Liberia at 18 September 2019.**



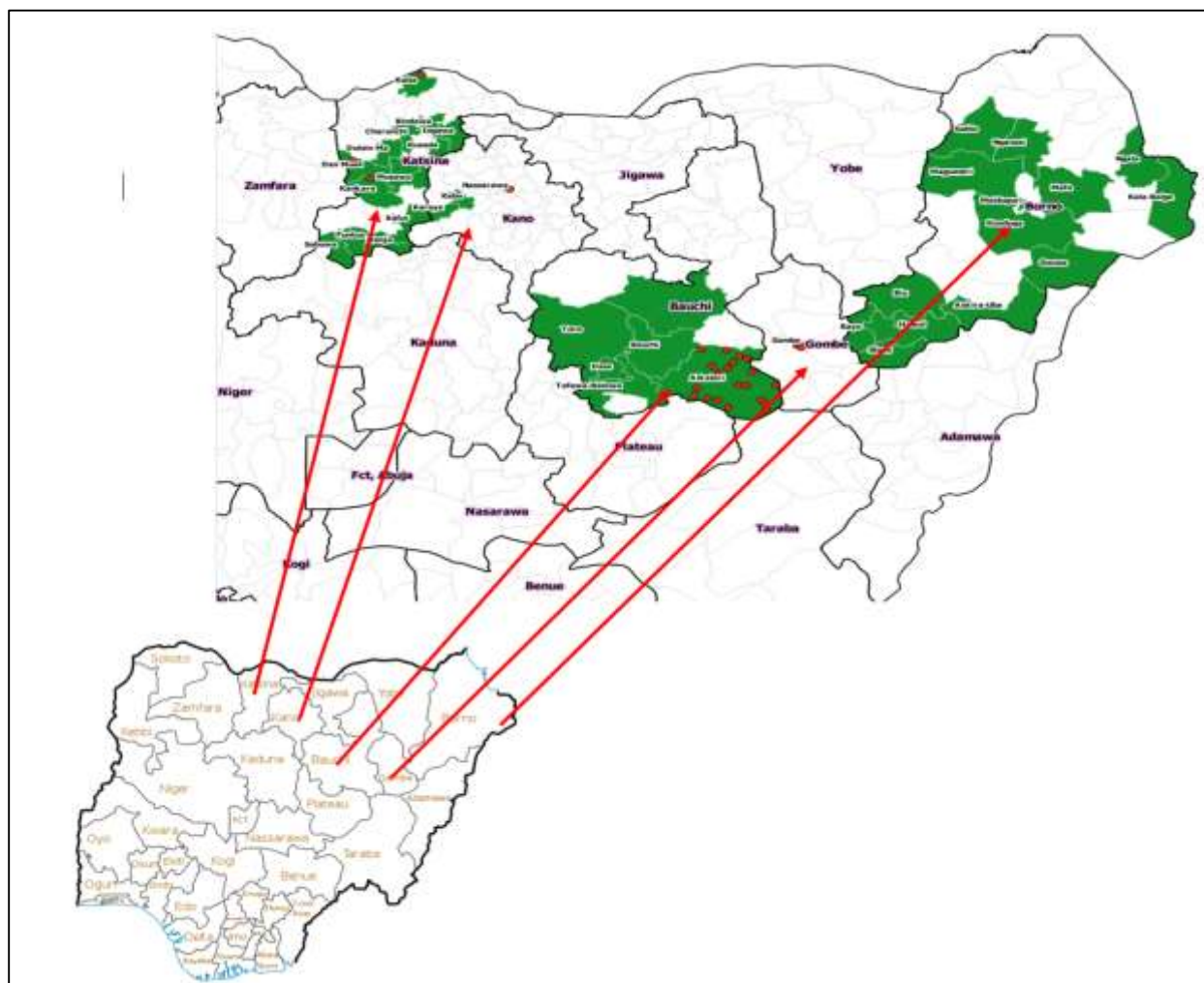
**Fig 4: Répartition des cas confirmés de fièvre de Lassa au Nigeria au 8 septembre 2019 /**  
**Distribution of Confirmed Lassa Fever cases in Nigeria as at 8th September, 2019.**

### Situation épidémiologique de la fièvre Jaune dans l'espace CEDEAO

Au Nigéria, la flambée d'épidémie de fièvre jaune qui a débuté le 29 Août 2019 dans l'Etat de Kano, se poursuit. Sur le plan épidémiologique, les autorités sanitaires ont notifié **28** cas confirmés par l'Institut Pasteur de Dakar (laboratoire de référence) et **10** cas positifs à la sérologie (IgM++ et dont la confirmation est en cours). Les cas ont été confirmés dans les Etats de Bauchi (20), de Gombe (03), de Kano (1) et de Katsina (04). Par ailleurs, cinq décès (5) ont été rapportés parmi les cas confirmés, tous dans l'Etat de Bauchi.

### Epidemiological situation of Yellow Fever in the ECOWAS region

In Nigeria, the yellow fever outbreak that began on 29 August 2019 in Kano State continues. Epidemiologically, the health authorities reported **28** cases confirmed by the Institut Pasteur de Dakar (reference laboratory) and **10** serologically positive cases (IgM++ and currently under confirmation). Cases were confirmed in Bauchi (20), Gombe (03), Kano (1) and Katsina (04) States. In addition, five deaths (5) were reported among the confirmed cases, all in Bauchi State.



**Fig 5: Localisation des cas confirmés de fièvre jaune dans les 5 Etats affectés du Nigéria à la semaine 37, 2019 / Location of confirmed cases of yellow fever in the 5 affected states of Nigeria at week 37, 2019.**



Depuis le début de l'année, le Nigéria a recensé **45** cas confirmés de fièvre jaune et **06** décès parmi les cas confirmés et au niveau régional **77** cas ont été enregistrés dont **07** décès.

L'OOAS renouvelle aux Etats Membres les recommandations suivantes :

- ✓ Renforcer le taux de couverture vaccinale (inférieur à 80% dans la plupart des Etats selon l'OMS et l'UNICEF) par la vaccination systématique des enfants,
- ✓ Poursuivre les efforts d'amélioration des capacités de surveillance épidémiologique y compris des indicateurs entomologiques et environnementaux,
- ✓ Renforcer les capacités des laboratoires pour favoriser une détection et une riposte précoces.

**Actualités sur la vaccination anti-amarile:** Selon une étude menée par des chercheurs de l'Institut National de Santé et de Recherche Médicale (INSERM) de France et de l'Institut Robert Koch de Berlin, une dose unique du vaccin anti-amaril ne permettrait pas une couverture optimale lorsqu'il est administré à des enfants en bas âge. Cette étude publiée dans le Lancet Infectious Disease: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1473-3099%2819%2930323-8> nous intéresse parce que:

- ✓ d'une part tous les Etats Membres de la CEDEAO font partis des pays où la maladie est endémique et le risque d'épidémie élevé.
- ✓ d'autre part, l'étude a été menée dans 2 Etats Membres de la CEDEAO en l'occurrence le Mali (avec la participation du « National Institute of Research on Public Health » de Bamako) et du Ghana (avec la participation du « Navrongo Health Research Centre and Research Laboratory »).

L'OMS recommande une dose unique de vaccin contre la fièvre jaune à partir de l'âge de 9 mois pour les personnes qui habitent ou se rendent dans les zones à risque de transmission de la maladie, mais des données manquent sur l'efficacité à long terme du vaccin lorsqu'il est administré aux nourrissons.

Since the beginning of the year, Nigeria has recorded **45** confirmed cases of yellow fever and **06** deaths among confirmed cases and **77** cases have been recorded at the regional level, including **07** deaths.

WAHO reiterates the following recommendations to Member States:

- ✓ Increase immunization coverage (less than 80% in most states according to WHO and UNICEF) through routine childhood immunization,
- ✓ Continue efforts to improve epidemiological surveillance capacity, including entomological and environmental indicators,
- ✓ Strengthen laboratory capacity to support early detection and response.

**News on anti-amaril vaccination:** According to a study conducted by researchers at the Institut National de Santé et de Recherche Médicale (INSERM) in France and the Institut Robert Koch in Berlin, a single dose of the anti-amaril vaccine would not provide optimal coverage when administered to young children. This study published in the Lancet Infectious Disease: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1473-3099%2819%2930323-8> interests us because:

- ✓ on the one side, all ECOWAS Member States are among the countries where the disease is endemic and the risk of an epidemic is high.
- ✓ on the otherside, the study was conducted in 2 ECOWAS Member States, namely Mali (with the participation of the National Institute of Research on Public Health in Bamako) and Ghana (with the participation of the Navrongo Health Research Centre and Research Laboratory).

WHO recommends a single dose of yellow fever vaccine from the age of 9 months for people living or travelling in areas at risk of disease transmission, but data are lacking on the long-term effectiveness of the vaccine when administered to infants.



Cette étude avait pour objectif de déterminer le risque d'échec de la vaccination et de vérifier si la politique de la dose unique garantit une immunité au niveau de la communauté supérieure à **80%** (seuil de protection contre la fièvre jaune).

Il s'agissait d'une étude de cohorte longitudinale à long terme qui a inclus un groupe de **436** enfants Ghanéens et un autre de **587** enfants Maliens tous âgés de moins de 02 ans. Elle a montré une baisse rapide de l'immunité dès les premières années qui suivent le premier contact avec le vaccin anti-amaril. L'évaluation a montré que 4 à 5 ans après, l'immunité contre la fièvre jaune a baissé de 30,3% chez les enfants Maliens et jusqu'à 60,1% chez les enfants Ghanéens.

Les résultats de l'étude suggèrent que la dose unique de vaccin anti-amaril chez les enfants de bas âge (moins de 2 ans) est insatisfaisante surtout dans les zones endémiques et recommandent entre autres de procéder à une dose de rappel après 5 ans pour atteindre un niveau d'immunisation de la population plus appropriée contre les flambées de fièvre jaune.

The objective of this study was to determine the risk of vaccination failure and to verify whether the single-dose policy guarantees immunity at community level above **80%** (yellow fever protection threshold).

This was a long-term longitudinal cohort study that included a group of **436** Ghanaian children and another of **587** Malian children, all under the age of 02 years. It showed a rapid decline in immunity from the first few years after first contact with the amaril vaccine. The evaluation showed that 4 to 5 years later, immunity against yellow fever decreased by 30.3% in Malian children and up to 60.1% in Ghanaian children.

The results of the study suggest that the single dose of yellow fever vaccine in young children (under 2 years of age) is unsatisfactory, especially in endemic areas, and recommend, among other things, that a booster dose be given after 5 years to achieve a more appropriate level of immunization of the population against yellow fever outbreaks.

### Situation épidémiologique de la Dengue dans l'espace CEDEAO

Le Sénégal a déclaré le 14 septembre 2019, un cas confirmé de cas de Dengue type 2 dans la région de Kaolack. Il s'agit d'un Homme âgé de 35 ans reçu le 16/08/2019 au poste de santé Abattoirs (Région de Kaolack) pour fièvre à 39.8°, céphalées, myalgie et asthénie sans signes hémorragiques. Le début de la fièvre remonterait au 15/08/2019. Le prélèvement effectué le même jour a été reçu au labo le 29/08/2019. Le résultat est revenu positif à la Dengue type 2 le 13/09/2019. Il s'agit du premier cas notifié dans le pays en 2019. En 2018, c'est durant la même période (le 19 septembre) que l'épidémie de dengue avait démarré et avait fait **377** cas confirmés dont **01** décès parmi les cas confirmés.

### Epidemiological situation of Dengue Fever in the ECOWAS region

Senegal reported on 14 September 2019, a confirmed case of type 2 Dengue fever in the Kaolack region. This is a 35-year-old man received on 16/08/2019 at the Abattoirs health center (Kaolack region) for fever at 39.8°, headaches, myalgia and asthenia without bleeding signs. The onset of the fever have started on 15/08/2019. The sample taken on the same day was received at the lab on 29/08/2019. The result came back positive for Dengue type 2 on 13/09/2019. This is the first case reported in the country in 2019. In 2018, it was during the same period (September 19) that the dengue epidemic began and caused **377** confirmed cases, including **01** deaths among confirmed cases.



**Fig 6: Localisation du cas confirmé de Dengue au Sénégal à la semaine 37, 2019/ Location of confirmed case of Dengue fever in Senegal at week 37, 2019.**

Entre les semaines 01 et 37 de 2019, le nombre de cas de dengue notifié dans l'espace CEDEAO, s'élevaient à **357** cas confirmés dont une forme hémorragique (347 Côte d'Ivoire, 09 au Bénin et 01 au Sénégal) et à **04** décès parmi les cas confirmés y compris le cas hémorragique (02 au Bénin et 02 Côte d'Ivoire), soit une létalité de **1,12 %**.

Between weeks 01 and 37 of 2019, the number of dengue cases reported in the ECOWAS region amounted to **357** confirmed cases, including one haemorrhagic form (347 Côte d'Ivoire, 09 in Benin and 01 in Senegal) and **04** deaths among confirmed cases including the haemorrhagic case (02 in Benin and 02 Côte d'Ivoire), representing a CFR of **1.12%**.

#### **Epidémie à Virus Ebola en République Démocratique du Congo (RDC) : mises à jour**

A la date du 22 Septembre 2019, l'épidémie d'Ebola dans les provinces du Nord-Kivu, du Sud-Kivu et de l'Ituri en RDC a recensé **3.168** cas (**3.057** confirmés et **111** probables) dont **2.115** décès (**2.004** confirmés et **111** probables) soit une létalité globale de **66,7 %** (**65,5 % chez les cas confirmés**).

#### **Ebola Virus epidemic in the Democratic Republic of Congo (DRC): Update.**

As of 22 September 2019, the Ebola epidemic in the provinces of North Kivu, South Kivu and Ituri in the DRC has recorded **3,168** cases (**3,057** confirmed and **111** probable), including **2,115** deaths (**2,004** confirmed and **111** probable), representing an overall CFR of **66.7%** (**65.5% in confirmed cases**).

Depuis notre dernier rapport sur la situation (le 16 Septembre 2019), **49** nouveaux cas d’Ebola ont été confirmés et **25** décès signalés dans les trois provinces touchées.

Le nombre de nouveaux cas confirmés cette semaine a légèrement augmenté par rapport à la semaine dernière.

Les autres principaux faits saillants sont :

- ✓ la baisse relative du nombre de cas provenant de la zone sanitaire de Béni restée pendant longtemps le foyer de l’épidémie,
- ✓ les incidents sécuritaires qui se poursuivent et entravent la bonne mise en œuvre de la riposte surtout dans les zones durement affectées.

Le risque de propagation de l’épidémie reste élevé aux niveaux national et régional et faible au niveau mondial.

L’OOAS continue de suivre de près l’évolution de la situation en RDC et dans toute la région de l’Afrique centrale et rappelle les recommandations suivantes :

- ✓ Suivre la liste de contrôle consolidée pour améliorer la préparation à faire face à la maladie à virus Ebola,
- ✓ Actualiser les plans de riposte en tenant compte des leçons apprises,
- ✓ Mettre à niveau les points d’entrées (PoE),
- ✓ Renforcer la vigilance à tous les niveaux,
- ✓ Ne pas fermer les frontières ou imposer des restrictions aux déplacements et au commerce.

Since our last situation report (September 16, 2019), **49** new cases of Ebola have been confirmed and **25** deaths reported in the three affected provinces.

The number of new confirmed cases this week has slightly increased compared to last week.

Other key highlights include:

- ✓ the relative decline in the number of cases from the Béni health zone, which remained the focus of the epidemic for a long time,
- ✓ ongoing security incidents that hamper the successful implementation of the response, particularly in hard-hit areas.

The risk of the epidemic spreading remains high at the national and regional levels and low at the global level.

WAHO continues to closely monitor developments in the DRC and throughout the Central African region and recalls the following recommendations:

- ✓ Follow the consolidated checklist to improve preparedness for Ebola disease,
- ✓ Update response plans based on lessons learned,
- ✓ Upgrade entry points (PoE),
- ✓ Enhance vigilance at all levels,
- ✓ Do not close borders or impose restrictions on movement and trade.