

SITUATION INTERNATIONALE

● Les autorités nigériennes ont notifié officiellement à l'Organisation mondiale de la Santé les cas de choléra qui se sont déclarés dans la région du fleuve Niger. Elles ont pris les mesures nécessaires pour enrayer l'épidémie. Un centre de vaccinations a été installé au service des grandes endémies. Les ressortissants nigériens et étrangers sont nombreux à s'y faire vacciner.

Selon les indications recueillies, l'épidémie est circonscrite. Les prélèvements effectués à Niamey

sont à ce jour négatifs. Le ministère de la Santé du Niger estime qu'il est en mesure, par ses propres moyens, de faire face à la campagne de vaccination qu'il a lancée.

● Au Pérou, 9 cas de fièvre jaune ont été notifiés à l'Organisation mondiale de la Santé dans la semaine du 29 juin au 5 juillet. Ces cas, tous mortels, sont survenus entre le 30 janvier et le 14 mai

dans les régions de Huanuco (1), Léoncio Prado (5), Junin (1), Madre de Dios (1) et San Martin (1). La vaccination antiamarille n'est pas exigée des voyageurs internationaux par les autorités péruviennes, mais compte tenu du risque de contracter la maladie au Pérou (ainsi que dans les pays avoisinants : Colombie, Brésil, Bolivie), il est très vivement recommandé aux voyageurs se rendant dans ces pays de se faire vacciner contre la fièvre jaune.

LE POINT SUR...

ORTHOPOXVIROSE SIMIENNE DE L'HOMME : MISE A JOUR DE L'O.M.S.

BILAN DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES DE SURVEILLANCE

L'orthopoxvirose simienne de l'homme est une zoonose qui survient sporadiquement dans les forêts tropicales humides d'Afrique occidentale et centrale. Le virus appartient au genre **Orthopoxvirus** et bien qu'il appartienne à une espèce distincte de la variole, il peut se manifester par une éruption généralisée et provoquer un taux de léthalité élevé, en particulier chez les enfants. Au laboratoire, le virus a une large gamme d'hôtes. Parmi les animaux infectés dans la nature figurent certaines espèces de primates autres que l'homme, mais les hôtes réservoirs sont inconnus. L'homme est un hôte occasionnel et la transmission inter-humaine est limitée.

La ressemblance entre les manifestations cliniques de l'infection humaine par l'**orthopoxvirus simien** et le virus de la variole ont conduit la Com-

mission mondiale pour la certification de l'éradication de la variole à recommander dans son rapport final de décembre 1979 que la surveillance de l'orthopoxvirose simienne de l'homme soit maintenue en Afrique occidentale et centrale pour permettre une étude plus approfondie des caractéristiques cliniques, du comportement épidémiologique et de l'histoire naturelle de la maladie. Bien que cette maladie nouvellement découverte constitue depuis l'éradication de la variole la plus importante orthopoxvirose de l'homme, les informations actuellement disponibles montrent qu'elle ne pose pas un problème de santé publique.

Le Comité des infections à orthopoxvirus s'est réuni à Genève du 28 au 30 mars 1984. A son ordre du jour figurait l'examen de la situation générale de l'orthopoxvirose simienne de l'homme à la lumière des données obtenues par la surveillance continue, en particulier au cours des

cinq dernières années. Dans le mois qui a précédé la réunion, deux consultants ont effectué, avec le secrétariat de l'O.M.S., une analyse intensive des données pour faciliter l'examen du Comité.

Les vues et les recommandations présentées dans le rapport de la troisième réunion du Comité sur les infections à orthopoxvirus (document WHO/SE/84.162) sont résumées ci-après.

DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DES FORÊTS HUMIDES ET DES CAS HUMAINS D'ORTHOPOXVIROSE SIMIENNE

Presque tous les cas humains d'orthopoxvirose simienne ont été dépistés dans les régions de forêts humides tropicales ; la majorité des forêts humides d'Afrique occidentale et centrale se trouvent au Zaïre (tabl. 1). Ceci explique la forte proportion de cas décelés au Zaïre et la concentration des activités de surveillance dans ce pays.

Tableau 1. — Nombre de cas notifiés d'orthopoxvirose simienne de l'homme, par pays, Afrique occidentale et centrale, de 1970 au 1^{er} mars 1984

Pays	Nombre de cas/année														Cas totaux	
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984 (fév.)	
Cameroun	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2
République centrafricaine	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Côte-d'Ivoire	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2
Libéria	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
Nigeria	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3
Sierra Leone	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Zaïre	1	—	5	3	1	3	5	6	12	7	3	6	37	54	3	146
Total	6	3	5	3	1	3	5	6	13	9	3	7	37	54	8	163

SURVEILLANCE AU ZAÏRE

Le changement peut-être le plus important intervenu au Zaïre après 1981 a été l'intensification des activités de dépistage actif basées sur la surveillance en milieu hospitalier et au niveau des villages dans 3 régions du pays, grâce à la participation de 150 postes de santé et de 4 équipes de surveillance mobiles. En 1982 et en 1983, 90 % de tous les cas observés au Zaïre ont été découverts dans ces 3 régions (fig. 1). Avec l'intensification de la surveillance, le nombre des cas découverts a augmenté (6 cas en 1981, 37 cas en 1983). La surveillance des fièvres hémorragiques virales a été combinée à ces activités. Néanmoins, l'intensification de la surveillance n'est peut-être

pas la seule raison de l'augmentation des cas. Dans les zones étudiées, la vaccination contre la variole avait officiellement cessé en 1980, mais des vaccinations sporadiques ont été pratiquées en 1981. En 1982, et même en 1983, le taux de cicatrices vaccinales chez les enfants de moins de 4 ans avait notablement diminué. A mesure qu'augmente le nombre d'enfants non vaccinés, il est probable que la proportion de cas chez les enfants augmentera. Jusqu'à présent, il n'y a aucune indication d'une modification de la distribution des cas par âge, mais il est encore trop tôt pour parvenir à une conclusion sur ce point. L'accroissement du nombre des cas pourrait également être un phénomène temporaire reflétant quelque variation cyclique dans la transmission du

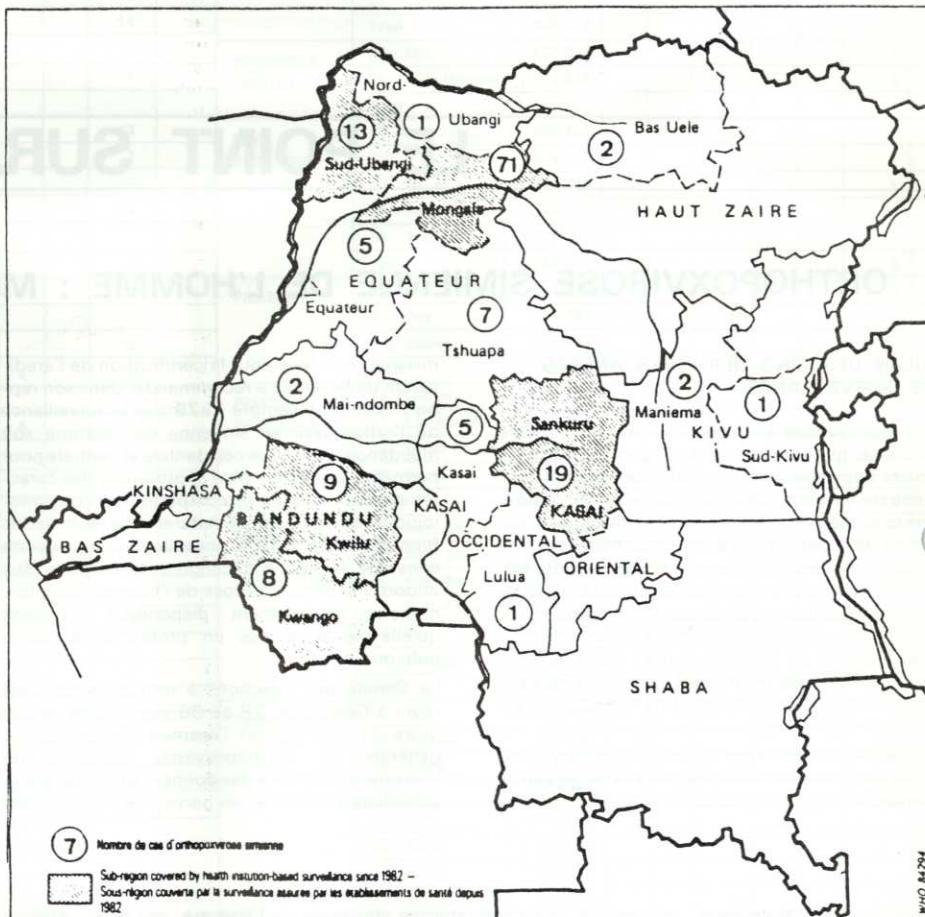
virus parmi les animaux. La surveillance doit être maintenue durant une période plus longue avant qu'on puisse disposer de données apportant des réponses satisfaisantes à ces questions.

Bien que l'échantillon soit relativement petit, le taux de transmission interhumaine entre les contacts familiaux sensibles paraissait ne pas avoir changé notablement par rapport aux 15 % estimés pour la période 1970-1981 (tabl. 2). Le Comité a recommandé qu'on maintienne la surveillance de l'orthopoxvirose simienne de l'homme au Zaïre au moins jusqu'en 1989 pour déterminer si l'incidence change et rechercher les raisons des modifications éventuellement constatées.

Tableau 2. — Comparaison de l'incidence des cas secondaires chez les contacts familiaux non vaccinés, Zaïre, 1970-1981 et 1982-1983

Groupe d'âge	1970-1981			1982-1983		
	Nombre de cas	Nombre de contacts	Incidence (%)	Nombre de cas	Nombre de contacts	Incidence (%)
0-4	2	18	(11.1)	9	52	(17.3)
5-14	3	17	(17.6)	5	40	(12.5)
15+	1	5	(20.0)	2	10	(20.0)
Total	6	40	(15.0)	16	102	(15.7)

Figure 1. — 146 cas notifiés d'orthopoxvirose simienne de l'homme, par sous-région, Zaïre, de 1970 au 1^{er} mars 1984



INCIDENCE EN DEHORS DU ZAÏRE

Bien qu'au Zaïre la maladie soit bien diagnostiquée, l'apparition occasionnelle de cas d'orthopoxvirose simienne dans d'autre pays d'Afrique occidentale et centrale a suscité des rumeurs selon lesquelles la variole n'aurait pas été éradiquée. Il faudra donc fournir des informations complètes sur les apparitions sporadiques de cette zoonose aux autres pays d'Afrique occidentale et centrale.

Le Comité a recommandé qu'on donne les instructions voulues aux autorités sanitaires des pays d'Afrique occidentale et centrale ayant des régions de forêts humides tropicales afin que leur personnel de santé soit bien au courant de l'existence de cette maladie nouvellement reconnue, l'orthopoxvirose simienne de l'homme. Si un cas suspect d'orthopoxvirose est découvert, on encouragera les services de santé nationaux à faire rapport à l'O.M.S. et l'on entreprendra des investigations spéciales, avec prélevement de spécimens pour étude en laboratoire, afin de confirmer ou d'inflirmer le diagnostic. Les informations pertinentes seront communiquées à la banque de données de l'O.M.S. sur l'orthopoxvirose simienne de l'homme.

RÉSERVOIR(S) ANIMAL(AUX) ET INFECTION PRIMAIRE

Tous les cas humains d'orthopoxvirose simienne ont été en contact avec des dépouilles d'animaux au cours de la période d'incubation présumée qui est d'environ 14 jours, mais cela est également vrai des autres personnes vivant dans ces villages. La majorité des animaux paraissaient en bonne santé. Ces données ne renseignent pas sur la(s) source(s) de l'infection humaine à orthopoxvirus

simien, et des études cas-témoins sont nécessaires pour déterminer plus précisément les espèces animales avec lesquelles les cas avaient été en contact et comparer avec les ménages témoins. On possède tout de même certaines indications. Au Zaïre, l'orthopoxvirose simienne s'est déclarée chez un nourrisson de 12 jours après qu'il ait été enlevé par un chimpanzé, animal dont on sait qu'il est sensible à l'infection naturelle par l'orthopoxvirus simien qui provoque chez lui une éruption généralisée. Les 5 cas découverts chez les pyg-

mées en République centrafricaine au début de 1984 ont été contaminés à peu près à la même époque et l'on a rapporté que quelques jours auparavant, ils avaient mangé la viande d'un singe et d'une gazelle, tous deux atteints d'une maladie éruptive.

Le Comité a recommandé en outre la poursuite de la coopération internationale à l'appui des activités de surveillance et de recherche actuellement centrées sur le Zaïre.

Le Comité a recommandé la création d'un centre de recherche, et notamment d'un petit laboratoire, en un lieu approprié de la région de l'équateur au Zaïre. Il servirait de centre de référence pour les activités de surveillance. Il constituerait en outre une base avancée pour la collecte et l'expédition de spécimens. Il fournirait certains équipements pour des scientifiques invités; enfin, il aiderait à identifier les animaux suspects dans les études cas-témoins. L'établissement d'un tel centre serait utile non seulement au Zaïre, mais aussi à d'autres pays d'Afrique occidentale et centrale où cette zoonose survient. Un projet serait actuellement en cours de discussion entre l'O.M.S., le Zaïre et le Gouvernement japonais.

TRANSMISSION HUMAINE

L'orthopoxvirose simienne de l'homme ne se transmet pas facilement de personne à personne. Sur 13 épisodes de transmission interhumaine présumée depuis 1982, la transmission s'est arrêtée à l'infection secondaire dans 9 épisodes, et a peut-être continué jusqu'à la troisième ou quatrième génération dans 4 épisodes. Ces données sont basées sur l'observation après l'éruption chez le cas initial, d'intervalles entre 2 éruptions s'inscrivant dans une fourchette de 7 à 23 jours. Ainsi, certains des épisodes de transmission interhumaine présumée pourraient être des infections primaires simultanées ou bien une autre infection contractée à partir d'animaux infectés. Il est toutefois important d'établir clairement tout changement de fréquence constaté dans la transmission interhumaine de l'orthopoxvirose simienne de l'homme.

Le Comité a recommandé que durant les activités de surveillance, on prête une attention spéciale à la possibilité de cas secondaires et ultérieurs.

NÉCESSITÉ D'ÉTUDES COLLECTIVES POUR METTRE AU POINT UNE ÉPREUVE SÉROLOGIQUE SPÉCIFIQUE ET SENSIBLE POUR LE DÉPISTAGE DE L'ORTHOPOXVIRUS SIMIEN

L'absence d'une épreuve sérologique spécifique et sensible permettant de déterminer si les animaux ou l'homme ont été infectés par l'orthopoxvirus simien a quelque peu dévalorisé 2 enquêtes de grande échelle : une enquête écologique effectuée au Zaïre en 1979 et une enquête sérologique pour déterminer la prévalence de l'infection humaine en Sierra Leone, en Côte-d'Ivoire, au Congo et au Zaïre en 1981. Dans les 2 enquêtes, on a trouvé des sérum positifs pour l'orthopoxvirus, mais dans de nombreux cas, il a été impossible de déterminer s'ils étaient dus à une infection antérieure par l'orthopoxvirus simien ou par quelque autre orthopoxvirus. Pour appuyer la surveillance et les études sur le terrain de l'orthopoxvirus simien de l'homme, on a besoin de toute urgence d'une épreuve sensible et facilement applicable à la recherche des anticorps anti-orthopoxvirus simien spécifiques qui puisse être utilisée avec les sérum recueillis au cours d'enquêtes écologiques et épidémiologiques.

Le Comité a recommandé que l'OMS encourage et coordonne de toute urgence des études dans des laboratoires intéressés afin de mettre au point des épreuves sérologiques sensibles pour l'identification d'anticorps anti-orthopoxvirus simien spécifiques (fig. 2). La stratégie est décrite en détail dans le rapport du Comité (document WHO/SE/84.162) sous « Méthode d'identification des

anticorps anti-orthopoxvirus simien spécifiques, 6. Recherches au laboratoire ».

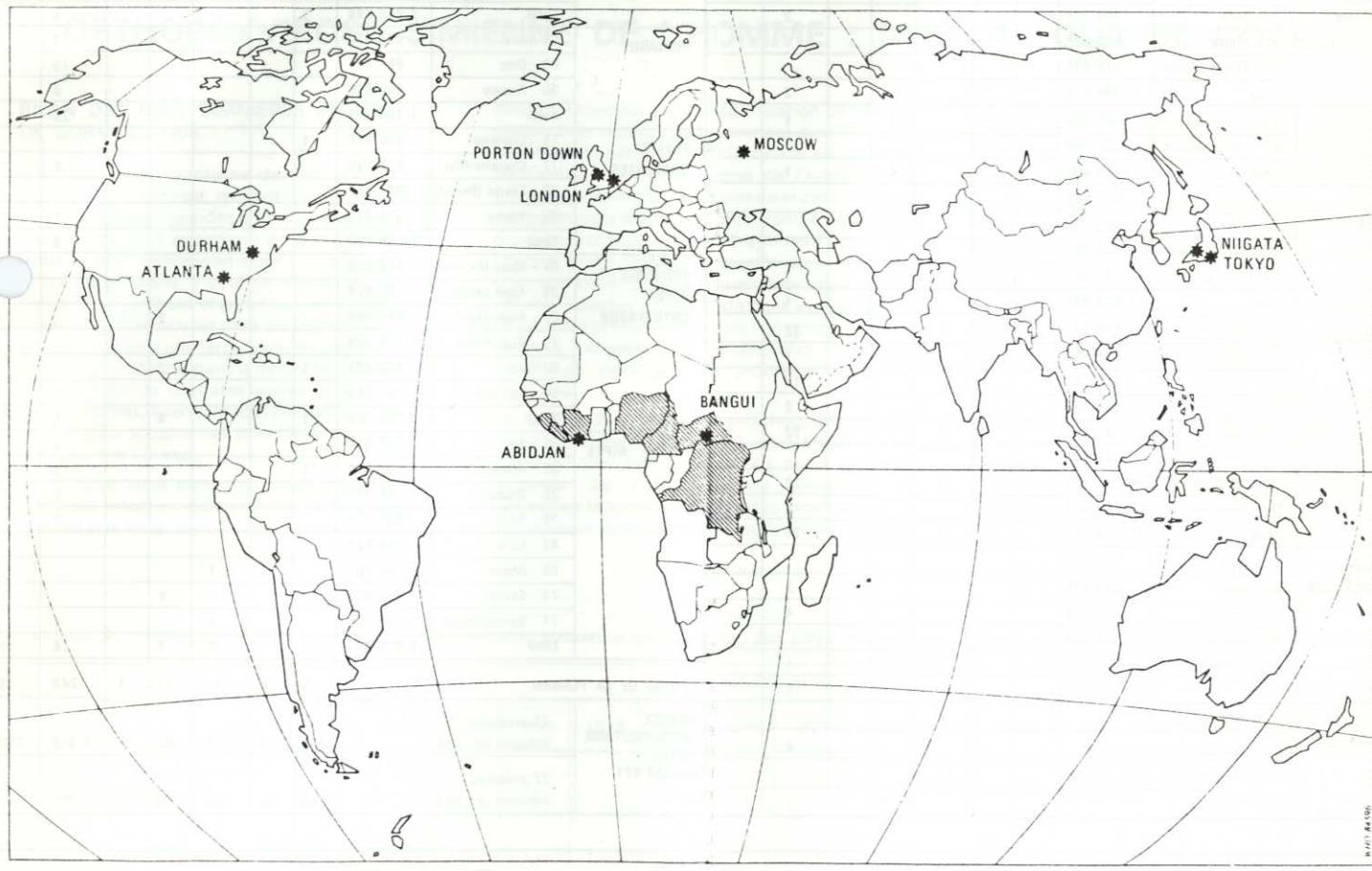
RÉSUMÉ

Malgré l'augmentation récente du nombre de cas signalés, l'orthopoxvirose simienne de l'homme demeure une zoonose sporadique rare ayant une capacité limitée de transmission interhumaine. 54 cas ont été découverts en 1983 parmi les quelque 5 millions d'habitants de la forêt humide dans les 3 régions du Zaïre où la surveillance est à l'œuvre. Pour le moment, la maladie n'impose aucune mesure de santé publique particulière. Toutefois, une bonne partie de la population de la région d'enzootie, en particulier dans le groupe d'âge de 5 à 14 ans, possède encore une certaine immunité conférée par la vaccination antivariolique. Maintenue jusqu'en 1989, une surveillance de même ampleur que celle qui a été réalisée en 1982 et en 1983 et sur les mêmes lieux indiquerait clairement dans quelle mesure l'orthopoxvirose simienne de l'homme peut être considérée comme un problème de santé publique, d'une manière générale ou dans des localités précises. La surveillance fournirait aussi un tableau clinique épidémiologique exact de cette maladie nouvellement découverte. Des recherches plus approfondies sur son écologie et sur son épidémiologie dépendent de la mise au point d'une épreuve sérologique simple, spécifique et sensible pour la mise en évidence des anticorps anti-orthopoxvirus simien spécifiques.

Note de la rédaction :

Au 6 juin, d'autres cas ont été confirmés portant le total pour le Zaïre à 70 en 1983 et 22 en 1984.

Figure 2. — Implantation des laboratoires collaborant étroitement aux études de l'O.M.S. sur l'orthopoxvirus simien



Pays dans lesquels des cas humains d'orthopoxvirose simienne ont été découverts

Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

Période du 2 au 8 juillet

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1982 (en milliers)	Typhoides et paratyphoides	Shigellose	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1982 (en milliers)	Typhoides et paratyphoides	Shigellose	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective
ALSACE	67 - Rhin (Bas-)	915 676	1							LIMOUSIN	19 - Corrèze	241 448							1
	68 - Rhin (Haut-)	650 732		7	1			13			23 - Creuse	139 968							1
	Total	1 566 048	1	7	1			13			87 - Vienne (Haute-)	355 737							1
AQUITAINE	24 - Dordogne	377 356	1					1		LORRAINE	Total	737 153							1
	33 - Gironde	1 127 546						2			54 - M.-et-Mos.	716 846							1
	40 - Landes	297 424									55 - Meuse	200 101							
	47 - Lot-et-Garonne	298 522						1			57 - Moselle	1 007 189		1					10
	64 - Pyrénées-Atlan.	555 670									88 - Vosges	395 769							
AUVERGNE	Total	2 656 518	1					1		MIDI - PYRÉNÉES	Total	2 319 905		1					11
	03 - Allier	369 580									09 - Ariège	136 443							2
	15 - Cantal	162 838									12 - Aveyron	278 654							2
	43 - Loire (Haute-)	205 895									31 - Garonne (Hte-)	824 501							
	63 - Puy-de-Dôme	594 365									32 - Gers	174 154							
BOURGOGNE	Total	1 332 678								NORD - PAS-DE-CALAIS	46 - Lot	154 533							
	21 - Côte-d'Or	473 548						5			65 - Pyrénées (Htes-)	227 922							
	58 - Nièvre	239 635						2			81 - Tarn	339 345							2
	71 - Saône-et-Loire	571 852						2			82 - Tarn-et-Gar.	190 485							37
	89 - Yonne	311 019						1			Total	2 326 037							
BRETAGNE	Total	1 596 054						10		NORD - PAS-DE-CALAIS	59 - Nord	2 520 526							10
	22 - Côtes-du-Nord	538 869									62 - Pas-de-Calais	1 412 413		1					2
	29 - Finistère	828 364			1			2			Total	3 932 939		1					12
	35 - Ille-et-Vilaine	749 764						8		NORMANDIE (BASSE-)	14 - Calvados	589 559		1					7
	56 - Morbihan	590 889			2			4			50 - Manche	465 948							
CENTRE	Total	2 707 886			3			14			61 - Orne	295 472							
	18 - Cher	320 174						3			Total	1 350 979		1					9
	28 - Eure-et-Loir	362 813		2				1		NORMANDIE (HAUTE-)	27 - Eure	462 323							1
	36 - Indre	243 191									76 - Seine-Maritime	1 193 039							6
	37 - Indre-et-Loire	506 097						13			Total	1 655 362							7
CHAMPAGNE - ARDENNE	41 - Loir-et-Cher	296 220						2		PAYS DE LA LOIRE	44 - Loire-Atlant.	995 498							3
	45 - Loiret	535 669						1			49 - Maine-et-Loire	675 321							2
	Total	2 264 164		2				20			53 - Mayenne	271 784							1
	08 - Ardennes	332 338									72 - Sarthe	504 768	1						3
	10 - Aube	289 300						2			85 - Vendée	483 027							9
CORSE	51 - Marne	543 627								PICARDIE	Total	2 930 398	1						
	52 - Marne (Haute-)	210 670									02 - Aisne	533 970							3
	Total	1 345 935						2			60 - Oise	661 781							15
	2 B - Corse (Haute-)	102 800						4	1		80 - Somme	544 570							8
	2 A - Corse-du-Sud	127 200									Total	1 740 321							26
FRANCHE - COMTÉ	Total	230 000						4	1	POITOU - CHARENTES	16 - Charente	340 770	1						
	25 - Doubs	477 163									17 - Charente-Mar.	513 220							1
	39 - Jura	242 925									79 - Sèvres (Deux-)	342 812							
	70 - Saône (Haute-)	231 962									86 - Vienne	371 428							7
	90 - Terr. de Belfort	131 999							1		Total	1 568 230	1						8
ÎLE-DE-FRANCE	Total	1 084 049							1	PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	04 - Alpes-Hte-Prov.	119 068							
	75 - Paris (Ville)	2 176 243		2					22		05 - Alpes (Hautes-)	105 070							
	77 - Seine-et-Marne	886 918							1		06 - Alpes-Marit.	881 198							
	78 - Yvelines	1 196 111							13 - B.-du-Rhône	1 724 199									
	91 - Essonne	988 306						13		83 - Var	708 331	1						2	
LANGUEDOC - ROUSSILLON	92 - Hauts-de-Seine	1 387 039		1					2	84 - Vaucluse	427 343							5	
	93 - Seine-St-Denis	1 324 301								Total	3 965 209	1						5	
	94 - Val-de-Marne	1 193 655			1					RHÔNE - ALPES	01 - Ain	418 518							2
	95 - Val-d'Oise	920 587									07 - Ardèche	267 970	1						3
	Total	10 073 160			4						26 - Drôme	389 781							1
FRANCE OUTRE-MER	11 - Aude	280 686									38 - Isère	936 771							7
	30 - Gard	530 478									42 - Loire	739 521							
	34 - Hérault	706 499									69 - Rhône	1 445 208							
	48 - Lozère	74 294									73 - Savoie	323 675							
	66 - Pyrénées-Orient.	334 557									74 - Savoie (Haute-)	494 505		1					1
FRANCE OUTRE-MER	Total	1 926 514							5	TOTAL DE LA PÉRIODE	Total	5 015 947	1	2	1	14	1	38	
	971 - Guadeloupe										6 -	7	15	11	1	249			
	972 - Guyane										7 -	74	518	185	39	6 346			
	973 - Martinique			1							244	99	593	266	54	8 082			
	974 - Réunion										244	99	593	266	54	8 082			

Responsable de la publication : Dr Elisabeth BOUVET
 Rédaction : Drs Michelle BRUAIRE et Christine JESTIN
 Conception : BERNARD RIGAUD-CONSEIL, 64000 Pau

Direction générale de la Santé
 Sous-direction de la Prévention générale et de l'Environnement
 Bureau 1 C : 1, place Fontenoy, 75700 Paris - Tél. : (1) 567.55.44

Pour recevoir un abonnement, il suffit de s'adresser à la rédaction