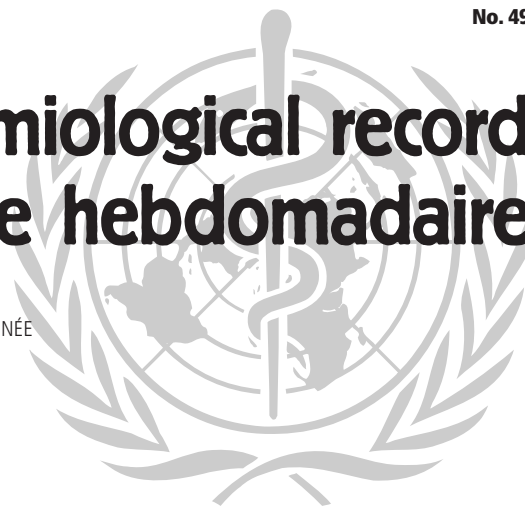


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

3 DECEMBER 2004, 79th YEAR / 3 DÉCEMBRE 2004, 79^e ANNÉE

No. 49, 2004, 79, 433–440

<http://www.who.int/wer>

Contents

- 433 Outbreak News:
– Yellow fever, Burkina Faso
- 433 World AIDS Day –
1 December 2004
- 435 Ebola haemorrhagic fever –
Fact sheet revised in May
2004
- 439 Renewal of paid subscriptions
- 440 Corrigendum
- 440 International Health
Regulations

Sommaire

- 433 Le point sur les épidémies:
– Fièvre jaune, Burkina Faso
- 433 Journée mondiale du SIDA
2004 – 1^{er} décembre 2004
- 435 Fièvre hémorragique à virus
Ebola – Aide-mémoire révisé
en mai 2004
- 439 Renouvellement
des abonnements payants
- 440 Rectificatif
- 440 Règlement sanitaire
international

★ OUTBREAK NEWS

Yellow fever, Burkina Faso

On 24 November 2004, WHO received reports of an outbreak of yellow fever in the district of Sindou, Cascades region, in the south-west of the country, near the border with Côte d'Ivoire and Mali. One case, who died on 10 October, was laboratory-confirmed by *Centre Muraz* (Burkina Faso) and by the Institut Pasteur – WHO Collaborating Centre for yellow fever, Dakar (Senegal).

A team from the Ministry of Health and WHO quickly investigated the outbreak and took 15 additional blood samples. Surveillance has been intensified. The disease is limited to a remote area, with very low vaccine coverage.

A yellow fever mass vaccination campaign will be undertaken in Sindou district in the forthcoming weeks, together with a measles vaccination campaign for children aged 9 months. ■

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Fièvre jaune, Burkina Faso

Le 24 novembre 2004, l'OMS a reçu des rapports faisant état d'une flambée épidémique de fièvre jaune dans le district de Sindou dans la région des Cascades, au sud-ouest du pays, près des frontières avec la Côte d'Ivoire et le Mali. Le cas, décédé le 10 octobre, a été confirmé par le laboratoire du Centre Muraz (Burkina Faso) et par l'Institut Pasteur de Dakar, centre collaborateur de l'OMS pour la fièvre jaune.

Une équipe du Ministère de la Santé et de l'OMS a rapidement enquêté et a prélevé 15 autres échantillons sanguins. La surveillance s'est intensifiée. La maladie ne concerne qu'une zone isolée, où la couverture vaccinale est très faible.

Une campagne de vaccination anti-marielle de masse va être entreprise dans le district de Sindou au cours des prochaines semaines, de même qu'une campagne de vaccination anti-rougeoleuse des enfants âgés de 9 mois. ■

World AIDS Day – 1 December 2004

Women and girls need equitable access to AIDS prevention and treatment, and protection from violence

Women and girls living with HIV/AIDS must have access to the antiretroviral medicines that will save their lives. To commemorate World AIDS Day on 1 December 2004, WHO called on countries to take measures to ensure equitable access to AIDS prevention and treatment services and to set specific national targets for treatment of women and girls. These targets must match the proportion of men, women and children who are living with HIV and in need of treatment.

Journée mondiale du SIDA 2004 – 1^{er} décembre 2004

Les femmes et les jeunes filles ont besoin d'un accès équitable aux services de prévention et de traitement du SIDA et d'une protection contre la violence

Les femmes et les jeunes filles vivant avec le VIH/SIDA doivent avoir accès aux antirétroviraux qui sauveront leurs vies. A l'occasion de la Journée mondiale du SIDA, le 1^{er} décembre 2004, l'OMS invite les pays à fixer des cibles nationales spécifiques pour le traitement des femmes et des jeunes filles et à prendre les mesures voulues pour garantir un accès équitable aux services de prévention et de traitement du SIDA. Ces cibles doivent notamment refléter la proportion d'hommes, de femmes et d'enfants vivant avec le VIH et ayant besoin d'un traitement.

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 334.–

5.500 12.2004

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

Although 47% of people infected with HIV globally are women and girls, no reliable information currently exists on how many of them receive treatment. Most countries collect general data on the number of people being treated, but the data are generally not broken down by sex or by age. If countries are to ensure and monitor equitable access to treatment, data should be collected not only on who is becoming infected but also on how many men, women and children have access to prevention and treatment.

World AIDS Day 2004 highlighted the need to address violence against women and girls as an integral part of the response to the AIDS pandemic. Violence against women is widespread: estimates suggest that between 1 in 3 and 1 in 5 women globally have been physically and sexually assaulted by intimate partners in their lifetime. Studies from Rwanda, South Africa and the United Republic of Tanzania show up to three-fold increases in HIV risk among women who have experienced violence compared with those who have not. Studies also suggest that for many young women, the first sexual encounter is coerced or unwanted. The risk of HIV transmission increases when sex is forced, especially for girls and young women, because their vaginal tracts are immature and tear easily.

Violence against women and girls in its different forms increases women's vulnerability to HIV infection and undermines AIDS control efforts. For millions of women, violence and the fear of violence is a daily reality and, increasingly, so is AIDS. Women in every culture around the world face violence, most often at the hands of their partners and within the so-called safety of their homes and families.

The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) emphasizes that violence against women should not be tolerated at any level. Many women are prevented from accessing HIV information, from getting testing and seeking treatment for fear of violence. Women must therefore be at the centre of the response to the AIDS pandemic.

To ensure equitable access for women and girls, countries need to address barriers preventing the access of women and girls to AIDS treatment and care, such as transport and distance, opening hours and waiting time in clinics. The integration of HIV/AIDS services with sexual and reproductive health services, such as family planning and antenatal care, can also help address women's different needs and reduce stigma.

Programmes must take into account how drug costs, user fees or cost-recovery mechanisms might adversely affect women. In many countries, women lack equal access to both money and the opportunity to earn it. This frequently prevents them from getting access to treatment. Free provision of antiretrovirals at the point of service may therefore result in a greater number of women starting on treatment programmes and improved rates of adherence to treatment. Women in particular will benefit from such approaches because they have less time, mobility and resources to access separate services.

Alors que 47% des personnes infectées par le VIH dans le monde sont des femmes, des jeunes filles et des fillettes, on ne dispose actuellement pas d'informations fiables sur le nombre de celles qui bénéficient d'un traitement. La plupart des pays recueillent des données générales sur le nombre de personnes traitées mais sans ventilation selon le sexe ou l'âge. Pour pouvoir assurer un accès équitable au traitement et suivre l'évolution de la situation, les pays devront recueillir des données non seulement sur les personnes qui sont infectées mais aussi sur le nombre d'hommes, de femmes et d'enfants qui ont accès à la prévention et à un traitement.

La Journée mondiale du SIDA 2004 souligne également l'importance de la lutte contre la violence à l'encontre des femmes et des jeunes filles qui doit faire partie intégrante de la riposte à la pandémie de SIDA. La violence à l'encontre des femmes est un phénomène largement répandu: selon les estimations, la proportion des femmes dans le monde qui ont subi de la part de leur partenaire des sévices physiques ou sexuels au cours de leur existence se situe entre un cinquième et un tiers. Des études effectuées en Afrique du Sud, en République-Unie de Tanzanie et au Rwanda font apparaître un risque de contamination par le VIH trois fois plus important chez les femmes victimes d'actes de violence que chez les autres. Les études tendent également à montrer que dans de nombreux cas, le premier rapport sexuel d'une jeune fille n'est pas souhaité ou a lieu sous la contrainte. Le risque de transmission du VIH est plus important en cas de rapport forcé, surtout chez les jeunes filles et les jeunes femmes en raison de l'immaturation des voies vaginales et de leur fragilité.

Les différentes formes de violence à l'encontre des femmes et des jeunes filles accroissent leur vulnérabilité à l'infection par le VIH et affaiblissent les efforts de lutte contre le SIDA. Pour des millions de femmes, la violence et la crainte de la violence sont une réalité quotidienne et, de plus en plus, il en va de même du SIDA. Partout dans le monde, les femmes sont exposées à la violence le plus souvent du fait de leur partenaire et dans le cadre même de la famille et du foyer – qui sont supposés être sûrs.

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) insiste sur le fait qu'aucune violence à l'encontre des femmes ne saurait être tolérée. La crainte de la violence empêche de nombreuses femmes d'avoir accès à l'information sur le VIH, de subir un test et de demander un traitement. Si nous voulons réduire l'épidémie, les femmes doivent être au coeur de la riposte contre le SIDA.

Pour assurer aux femmes et aux jeunes filles un accès équitable au traitement et aux soins, les pays doivent se préoccuper des obstacles auxquels elles se trouvent confrontées, par exemple, le problème des transports et de la distance à parcourir ou celui des heures d'ouverture et des longues attentes dans les centres de santé. L'intégration des services concernant le VIH/SIDA aux services de santé sexuelle et génésique, tels que la planification familiale et les soins prénatals, peut également contribuer à répondre aux besoins particuliers des femmes et réduire le risque de stigmatisation.

Les programmes doivent tenir compte de facteurs tels que le coût des médicaments et des soins ou les mécanismes de récupération des coûts qui peuvent pénaliser les femmes. Dans bien des pays, l'égalité d'accès aussi bien aux ressources financières qu'aux moyens de générer un revenu n'existe pas pour les femmes, ce qui les prive souvent d'un accès au traitement. La distribution gratuite d'antirétroviraux là où les services sont dispensés pourrait donc accroître le nombre de femmes commençant un traitement et améliorer l'observance. Ces solutions bénéficieront tout particulièrement aux femmes qui ont moins de temps et de ressources à disposition et pour celles qui sont moins mobiles.

WHO and UNAIDS have issued two documents aimed at ensuring equitable access to antiretroviral treatment for potentially underserved, vulnerable and marginalized groups, including women. The first document, a policy brief, outlines the key issues that affect women's access to HIV treatment and care and identifies actions to address the impact of gender inequality on women's use of HIV services.¹ The second, *Guidance on ethics and equitable access to HIV treatment and care*,² explains how ethical analysis, using the principles of utility, efficiency and fairness, can help policy-makers to assess the various possibilities and consequences of their choices. This document also stresses the importance of involving all stakeholders in an open and accountable process of planning services and prioritizing groups for treatment.

As treatment programmes are implemented, monitoring is important to identify who is getting access to treatment, who is not and why, and how this can be corrected. Unless women and girls become the key focus of prevention, treatment and care programmes, addressing the AIDS pandemic will remain a considerable challenge in large parts of the world. ■

¹ See <http://www.who.int/gender/violence/sixteendays/en/>

² See http://www.who.int/ethics/en/ethics_equity_HIV_e.pdf

L'OMS et l'ONUSIDA viennent de publier deux documents visant à garantir l'égalité d'accès au traitement antirétroviral dans le cas des groupes exposés et marginalisés susceptibles d'être sous-desservis, et en particulier des femmes. Le premier définit les principaux facteurs qui conditionnent l'accès des femmes au traitement et aux soins concernant le VIH ainsi que les mesures à prendre pour réduire les effets de l'inégalité entre les sexes sur l'utilisation des services de lutte contre le VIH par les femmes.¹ Le second, sur l'éthique et l'accès équitable au traitement et aux soins concernant le VIH *Guidance on ethics and equitable access to HIV treatment and care*² explique comment l'analyse éthique, fondée sur les principes de l'utilité, de l'efficacité et de l'équité, permet aux responsables politiques d'évaluer les différentes options et les conséquences de leurs choix. Ce document souligne aussi qu'il est important d'associer tous les partenaires à un processus ouvert et transparent pour planifier les services et établir un ordre de priorité pour le traitement.

Pendant l'application des programmes thérapeutiques, la surveillance est importante pour déterminer qui a effectivement accès au traitement, qui s'en trouve écarté et pourquoi, et aussi comment remédier à la situation. Tant que les programmes de prévention, de traitement et de soins, ne mettront pas l'accent d'abord sur les femmes et les jeunes filles, il restera très difficile de faire face à la pandémie de SIDA dans de nombreuses parties du monde. ■

¹ Voir <http://www.who.int/gender/violence/sixteendays/en/>

² Voir http://www.who.int/ethics/en/ethics_equity_HIV_e.pdf

Ebola haemorrhagic fever – Fact sheet revised in May 2004

Ebola virus, of the Filoviridae family, comprises 4 distinct subtypes: Côte d'Ivoire, Sudan, Reston, and Zaïre. Three subtypes, occurring in the Côte d'Ivoire, Democratic Republic of the Congo (formerly Zaïre) and Sudan, have been identified as causing illness in humans. Ebola haemorrhagic fever (EHF) is a febrile haemorrhagic illness that causes death in 50–90% of all clinically ill cases. Human infection with the Ebola Reston subtype, found in the western Pacific, has only caused asymptomatic illness, meaning that those who contract the disease do not experience clinical illness. The natural reservoir of the Ebola virus seems to reside in the rain forests of the African continent and in areas of the western Pacific.

Transmission

- The Ebola virus is transmitted by direct contact with the blood, secretions, organs or other bodily fluids of infected persons.
- Burial ceremonies where mourners have direct contact with the body of the deceased person can play a significant role in the transmission of Ebola.
- The infection of human cases with Ebola virus has been documented through the handling of infected chimpanzees, gorillas, and forest antelopes—both dead and alive—as was documented in Côte d'Ivoire, the Republic of Congo and Gabon. The transmission of the Ebola Reston strain through the handling of cynomolgus monkeys has also been reported.
- Health-care workers have frequently been infected while treating Ebola patients, through close contact without the use of correct infection control precautions and adequate barrier nursing procedures.

Incubation period: 2 to 21 days.

Fièvre hémorragique à virus Ebola – Aide-mémoire révisé en mai 2004

Le virus Ebola, de la famille des Filoviridae, compte 4 sous-types: Côte d'Ivoire, Reston, Soudan, et Zaïre. Trois des sous-types viraux, présents en République démocratique du Congo (anciennement Zaïre), au Soudan et en Côte d'Ivoire, sont pathogènes pour l'homme. La fièvre hémorragique à virus Ebola est une maladie hémorragique qui provoque la mort chez 50% à 90% des malades présentant des manifestations cliniques. L'infection de l'homme par le sous-type Reston du virus Ebola, que l'on trouve dans le Pacifique occidental, est toujours restée silencieuse à ce jour: ceux qui la contractent ne présentent aucun symptôme. Le réservoir naturel semble se trouver dans les forêts tropicales du continent africain et du Pacifique occidental.

Transmission

- Le virus Ebola se transmet par contact direct avec le sang, les sécrétions, les organes ou des liquides biologiques des sujets infectés.
- Les rituels funéraires, au cours desquels les parents et amis sont en contact direct avec le corps du défunt, jouent un rôle important dans la transmission.
- Comme on en a eu récemment la confirmation en Côte d'Ivoire, en République du Congo et au Gabon, on a constaté que le virus Ebola pouvait se transmettre à l'homme lors de la manipulation d'animaux porteurs du virus, vivants ou morts : chimpanzés, gorilles et antilopes des bois. On a aussi signalé la transmission de la souche Reston lors de la manipulation de macaques de Buffon.
- Des agents de santé ont souvent été contaminés au contact des malades qu'ils traitaient sans prendre les précautions anti-infectieuses nécessaires et sans appliquer les techniques de soins en isolement.

Incubation: 2 à 21 jours

Symptoms

Ebola is often characterized by the sudden onset of fever, intense weakness, muscle pain, headache and sore throat. This is often followed by vomiting, diarrhoea, rash, impaired kidney and liver function, and in some cases, both internal and external bleeding. Laboratory findings show low counts of white blood cells and platelets as well as elevated liver enzymes.

Diagnosis

Specialized laboratory tests on blood specimens detect specific antigens and/or genes of the virus. Antibodies to the virus can be detected, and the virus can be isolated in cell culture. Tests on samples present an extreme biohazard risk and are only conducted under maximum biological containment conditions. New developments in diagnostic techniques include non-invasive methods of diagnosis (testing saliva and urine samples) and testing inactivated samples to provide rapid laboratory diagnosis to support case management during outbreak control activities.

Therapy and vaccine

- Severe cases require intensive supportive care, as patients are frequently dehydrated and in need of intravenous fluids or oral rehydration with solutions containing electrolytes.
- No specific treatment or vaccine is yet available for Ebola haemorrhagic fever. Several vaccine candidates are being tested but it could be several years before any are available. A new drug therapy has shown early promise in laboratory studies and is currently being evaluated further. However, this too will take several years.
- Experimental studies involving the use of hyper-immune sera on animals have demonstrated no protection against the disease.

Containment

- Suspected cases should be isolated from other patients and strict barrier nursing techniques implemented.
- Contact tracing and follow-up of people who may have been exposed to Ebola through close contact with other cases is essential.
- All hospital personnel should be briefed on the nature of the disease and its routes of transmission. Particular emphasis should be placed on ensuring that invasive procedures such as the placing of intravenous lines and the handling of blood, secretions, catheters and suction devices are carried out under strict barrier nursing conditions. Hospital staff should have individual gowns, gloves, masks and goggles. Non-disposable protective equipment must not be reused unless it has been properly disinfected.
- Infection may also be spread through contact with the soiled clothing or bedlinen from a patient with Ebola. Disinfection is therefore required before handling these items.

Symptômes

La fièvre hémorragique à Ebola se caractérise souvent par une brusque montée de température, avec une faiblesse intense, des myalgies, des céphalées et des maux de gorge. Cette fièvre est souvent suivie de vomissements, de diarrhées, d'éruptions cutanées, d'insuffisance rénale et hépatique et d'hémorragies internes et externes. Les analyses de laboratoire révèlent une baisse de la numération des leucocytes et des plaquettes, ainsi qu'une élévation des enzymes hépatiques.

Diagnostic

Des tests spécialisés sur les échantillons de sang mettent en évidence des antigènes spécifiques ou des gènes du virus. Il est possible de détecter des anticorps contre le virus et d'isoler celui-ci en culture cellulaire. Ces examens de laboratoire présentent un risque biologique extrême et ne doivent être pratiqués que dans les conditions de confinement les plus rigoureuses possibles. Les progrès des techniques de diagnostic ont abouti à l'élaboration de méthodes non invasives (sur des échantillons de salive ou d'urine) et à des tests sur des échantillons inactivés qui accélèrent le diagnostic au laboratoire et contribuent ainsi à la prise en charge des cas et à la lutte contre les flambées.

Traitement et vaccin

- Les cas graves doivent être placés en unité de soins intensifs, car les malades sont souvent déshydratés et doivent être mis sous perfusion ou réhydratés par voie orale avec des solutions d'électrolytes.
- Il n'existe aucun traitement ni vaccin spécifiques pour la fièvre hémorragique à virus Ebola. Plusieurs vaccins candidats sont en cours d'essai mais il va peut-être falloir attendre encore des années avant qu'un vaccin puisse être utilisé. Une nouvelle thérapie médicamenteuse semble prometteuse au laboratoire. Son évaluation se poursuit mais prendra sans doute des années.
- Les études expérimentales portant sur l'utilisation de sérums hyperimmuns qui ont été effectuées sur des animaux de laboratoire n'ont mis en évidence aucune protection contre la maladie.

Isolement

- Les cas suspects doivent être isolés et le personnel soignant doit appliquer strictement les techniques de soins en isolement.
- Il est essentiel de rechercher les contacts et de suivre les personnes susceptibles d'avoir été exposées au virus lors de contacts rapprochés avec des malades.
- Tout le personnel hospitalier doit être informé de la nature de la maladie et des voies de transmission. On insistera tout particulièrement sur le risque très important que présentent certains gestes tels que la pose d'une perfusion, la manipulation de sang et de sécrétions, de cathéters et de dispositifs d'aspiration, qui doivent donc s'effectuer en appliquant strictement les techniques de soins en isolement. Le personnel hospitalier doit porter des blouses, des gants, des masques individuels et des lunettes de protection. Il ne faut pas réutiliser les équipements de protections non jetables sans les avoir correctement désinfectés au préalable.
- L'infection peut aussi se transmettre par le biais du linge ou de la literie sale d'un patient. Il faut donc les désinfecter avant de les manipuler.

- Communities affected by Ebola should make efforts to ensure that the population is well informed, about both the nature of the disease itself and the necessary outbreak containment measures, including burial of the deceased. People who have died from Ebola should be promptly and safely buried.

Contacts

- As the primary mode of person-to-person transmission is contact with contaminated blood, secretions or body fluids, any person who has had close physical contact with patients should be kept under strict surveillance, i.e. body temperature checks twice daily, with immediate hospitalization and strict isolation recommended in case of the onset of fever.
- Hospital personnel who come into close contact with patients or contaminated materials without barrier nursing attire must be considered as contacts and followed up accordingly.

History

The Ebola virus was first identified in a western equatorial province of Sudan and in a nearby region of Zaire (now the Democratic Republic of the Congo) in 1976 after significant epidemics in Yambuku, northern Democratic Republic of the Congo, and Nzara, southern Sudan.

- Between June and November 1976, the Ebola virus infected 284 people in Sudan, causing 151 deaths. In the Democratic Republic of the Congo, there were 318 cases and 280 deaths in September and October. An isolated case occurred in the Democratic Republic of the Congo in 1977, and there was another outbreak in Sudan in 1979 (34 cases, including 22 deaths).
- In 1989, an Ebola virus subtype Reston was isolated in quarantined laboratory cynomolgus monkeys (*Macaca fascicularis*) in Reston, Virginia, USA. From 1989 to 1996, several outbreaks caused by the Ebola Reston subtype occurred in monkeys imported from the Philippines to the USA (Reston in Virginia, Alice in Texas and Pennsylvania) and to Italy. Investigations traced the source of all Ebola Reston outbreaks to one export facility near Manila in the Philippines, but the mode of contamination of this facility was not determined. Several monkeys died, and at least four people were infected, although none of them suffered clinical illness.
- One human case of Ebola haemorrhagic fever of the Côte d'Ivoire subtype and several cases in chimpanzees were confirmed in Côte d'Ivoire in November 1994.
- A large epidemic occurred in 1995 in Kikwit, Democratic Republic of the Congo, with 315 cases, 254 of which had fatal outcomes.
- In Gabon, Ebola haemorrhagic fever was first documented in 1994 (19 cases including 9 deaths). Successive outbreaks occurred in February (37 cases including 21 deaths) and July of 1996 (60 cases including 45 deaths).
- In October 2000, Ebola was reported in Gulu district in northern Uganda. Between September 2000 and January 2001, the Sudan subtype of the Ebola virus infected 425 cases, including 224 deaths, making this the largest epidemic so far documented of Ebola. This was the first reported emergence of the Sudan Ebola virus since 1979.

- Les communautés affectées doivent s'efforcer d'informer le mieux possible la population, tant sur la nature de la maladie elle-même que sur les mesures d'endiguement nécessaires, parmi lesquelles l'enterrement des morts. Les patients décédés de la fièvre hémorragique à virus Ebola doivent être enterrés rapidement et en toute sécurité.

Contacts

- Etant donné que le principal mode de transmission interhumaine est le contact avec du sang, des sécrétions ou des liquides biologiques contaminés, toute personne ayant eu des contacts physiques étroits avec des malades doit être placée sous une haute surveillance, c'est-à-dire : prise de la température deux fois par jour et hospitalisation immédiate en isolement total en cas d'apparition de fièvre.
- Le personnel hospitalier qui entrerait en contact étroit avec des patients ou du matériel contaminé sans avoir appliqué les techniques de soin en isolement doit être considéré comme exposé et placé sous surveillance médicale étroite.

Histoire et prévalence

Le virus Ebola a été identifié pour la première fois en 1976 après la survenue d'épidémies importantes à Nzara, dans la province ouest-équatoriale du Soudan, ainsi qu'à Yambuku, dans une région voisine du nord du Zaïre (aujourd'hui République Démocratique du Congo).

- De juin à novembre 1976, le virus Ebola a infecté 284 personnes au Soudan, faisant 151 morts. Dans la République Démocratique du Congo, il y eut 318 cas et 280 décès en septembre et octobre 1976. Un cas isolé s'est déclaré dans la République Démocratique du Congo en 1977 et une seconde flambée a eu lieu au Soudan en 1979 (34 cas, dont 22 mortels).
- En 1989, la souche Reston du virus Ebola fut isolée chez des macaques de Buffon (*Macaca fascicularis*), mis en quarantaine dans des laboratoires à Reston (Virginie), aux Etats-Unis d'Amérique. De 1989 à 1996, on a observé plusieurs flambées provoquées par ce même sous-type chez des singes importés des Philippines aux Etats-Unis (Reston en Virginie, Alice au Texas et en Pennsylvanie) et en Italie. Les investigations ont retrouvé la source de ces épidémies dans un établissement travaillant à l'exportation près de Manille, mais n'ont pu déterminer le mode de contamination dans celui-ci. Plusieurs singes sont morts et au moins quatre personnes ont été contaminées, mais aucune d'entre elles n'a présenté de manifestations cliniques.
- Un cas humain infecté par le sous-type Côte d'Ivoire et plusieurs cas chez des chimpanzés ont été confirmés en Côte d'Ivoire en novembre 1994.
- Une épidémie de grande ampleur est survenue à Kikwit au Zaïre en 1995; il y eut 315 cas, dont 254 mortels.
- Au Gabon, la fièvre hémorragique à virus Ebola fut identifiée pour la première fois en 1994 (19 cas, dont 9 mortels) et des flambées épidémiques se sont produites en février (37 cas, dont 21 mortels) et en juillet 1996 (60 cas, dont 45 mortels).
- En octobre 2000, le virus Ebola a été signalé dans le district de Gulu, au nord de l'Ouganda. Entre septembre 2000 et janvier 2001, le sous-type Soudan a infecté 425 personnes et tués 224 d'entre elles, ce qui en fait la plus grande épidémie connue à ce jour. C'était la première fois que l'on notifiait l'apparition du virus Ebola Soudan depuis 1979.

- From October 2001 to December 2003, several EHF outbreaks of the Zaire subtype were reported in Gabon and the Republic of the Congo, with a total of 302 cases and 254 deaths: Mékambo-Mbomo-Kéllé 2001-2002, Kéllé-Mbomo 2003 and Mbandza-Mbomo 2003.

Approximately 1850 cases with more than 1200 deaths have been documented since the Ebola virus was discovered (Table 1).

- D'octobre 2001 à décembre 2003, plusieurs flambées épidémiques du sous-type Zaïre ont été signalées au Gabon et en République du Congo avec, au total, 302 cas, dont 254 mortels: Mékambo-Mbomo-Kéllé 2001-2002, Kéllé-Mbomo 2003 et Mbandza-Mbomo 2003.

Depuis la découverte du virus Ebola, environ 1850 cas, dont plus de 1200 mortels, ont été documentés (Tableau 1).

Table 1 **Ebola outbreak chronology**

Tableau 1 **Chronologie des flambées de fièvre hémorragique à virus Ebola**

Year – Année	Country – Pays	Virus subtype ¹ Sous-type du virus ¹	Cases Cas	Deaths Décès	Case-fatality Taux de létalité
1976	Sudan – Soudan	Ebola-Sudan – Ebola-Soudan	284	151	53%
1976	Zaire (DRC) – Zaïre (RDC)	Ebola-Zaire – Ebola-Zaïre	318	280	88%
1977	Zaire (DRC) – Zaïre (RDC)	Ebola-Zaire – Ebola-Zaïre	1	1	100%
1979	Sudan – Soudan	Ebola-Sudan – Ebola-Soudan	34	22	65%
1994	Gabon	Ebola-Zaire – Ebola-Zaïre	52	31	60%
1994	Côte d'Ivoire	Ebola-Côte d'Ivoire	1	0	0%
1995	Democratic Republic of the Congo (formerly Zaire) – République démocratique du Congo (précédemment Zaïre)	Ebola-Zaire – Ebola-Zaïre	315	254	81%
January–April 1996 – Janvier–Avril 1996	Gabon	Ebola-Zaire – Ebola-Zaïre	31	21	68%
July 1996–January 1997 – Juillet 1996-Janvier 1997	Gabon	Ebola-Zaire – Ebola-Zaïre	59	44	75%
1996	South Africa – Afrique du Sud	Ebola-Zaire – Ebola-Zaïre	1 ²	1 ²	100%
2000–2001	Uganda – Ouganda	Ebola-Sudan – Ebola-Soudan	425	224	53%
October 2001–March 2002 – Octobre 2001-Mars 2002	Gabon	Ebola-Zaire – Ebola-Zaïre	65	53	82%
October 2001–March 2002 – Octobre 2001-Mars 2002	Republic of the Congo – République du Congo	Ebola-Zaire – Ebola-Zaïre	59	44	75%
December 2002–April 2003 – Décembre 2002- Avril 2003	Republic of the Congo – République du Congo	Ebola-Zaire – Ebola-Zaïre	143	128	89%
November–December 2003 – Novembre-Décembre 2003	Republic of the Congo – République du Congo	Ebola-Zaire – Ebola-Zaïre	35	29	83%
May 2004 – Mai 2004	Sudan – Soudan	Ebola-Sudan – Ebola-Soudan	17	7	41%
Total			1851	1290	

¹ A fourth virus subtype, Ebola-Reston, was detected in October 1989 in Reston, Virginia (USA) in a colony of cynomolgus monkeys (*Macacus fascicularis*) imported from the Philippines, and in November 1989 in Philadelphia, Pennsylvania, also in monkeys imported from the same supplier. Subsequent outbreaks of Reston-Ebola disease in nonhuman primates occurred in 1990 in the USA (Reston, Virginia and Alice, Texas), in 1992 in Italy (Sienna), and again in 1996 in the USA (Alice, Texas). Investigations traced the source of all outbreaks caused by the Reston strain to one export facility in the Philippines (Laguna Province), but the mode of contamination of this facility was not elucidated. Although highly pathogenic for nonhuman primates, the Reston strain has not to date caused illness in humans. – Un quatrième sous-type de virus, Ebola-Reston, a été détecté en octobre 1989, à Reston, Virginie (États-Unis), chez une colonie de singes cynomolgus (*Macacus fascicularis*) importés des Philippines, et en novembre 1989 à Philadelphie, Pennsylvanie (États-Unis), également chez une colonie importée par le même fournisseur. De nouvelles flambées de fièvre hémorragique à virus Reston-Ebola chez des primates non humains se sont produites en 1990 aux États-Unis (Reston, Virginie et Alice, Texas), en 1992 en Italie (Sienne) et à nouveau aux États-Unis en 1996 (Alice, Texas). L'enquête a déterminé qu'une société d'export basée aux Philippines (Province de Laguna) était à l'origine de toutes les flambées causées par la souche Reston, mais le mode de transmission au sein de cette société n'a pas été établi. Bien que hautement pathogène pour les primates non humains, la souche Reston n'a causé aucune maladie chez l'homme.

² This case was a nurse involved in the treatment of an Ebola patient transferred from Gabon to South Africa. – Il s'agissait d'une infirmière impliquée dans le traitement d'un patient souffrant de fièvre hémorragique à virus Ebola ayant été transféré du Gabon vers l'Afrique du Sud.

Natural reservoir

- Despite extensive studies, the natural reservoir of the Ebola virus is unknown but seems to reside in the rain-forests on the African continent and in the western Pacific.
- Although non-human primates have been a source of infection for humans, they are not thought to be the reservoir. They, like humans, are believed to be infected directly from the natural reservoir or through a chain of transmission from the natural reservoir.

Réservoir naturel

- Malgré des études approfondies, le réservoir naturel du virus Ebola reste inconnu mais semble se trouver dans les forêts tropicales d'Afrique et du Pacifique occidental.
- Bien que des primates soient à l'origine de l'infection chez l'homme, ils ne semblent pas être le réservoir du virus. Ils sont, tout comme les êtres humains, infectés directement par le réservoir naturel ou selon une chaîne de transmission partant du réservoir naturel.

- On the African continent, Ebola infections of human cases have been linked to direct contact with gorillas, chimpanzees, monkeys, forest antelope and porcupines found dead in the rainforest. To date, the Ebola virus has been detected in the wild in carcasses of chimpanzees (in Côte d'Ivoire and Republic of the Congo), gorillas (Gabon and Republic of the Congo) and duikers (Republic of the Congo).
- Different hypotheses have been developed to try to explain the origin of Ebola outbreaks. Laboratory observation has shown that bats experimentally infected with Ebola do not die, and this has raised speculation that these mammals may play a role in maintaining the virus in the tropical forest.
- Extensive ecological studies are under way in the Republic of the Congo and Gabon to identify the natural reservoir of Ebola virus.

Laboratory accidents

1976: Microbiological Research Establishment, Porton, UK. Needlestick injury; recovered.

2004 (February): Fort Detrick, Maryland (USA). Needlestick injury; recovered.

2004 (May): State Research Center of Virology and Biotechnology (Vector), Koltsovo, Russian Federation. Needlestick injury; died 19 May.

For more information contact: Media centre, Telephone: +41 22 791 2222 / Email: mediaenquiries@who.int ■

- Sur le continent africain, on a associé les cas humains d'infection à virus Ebola avec des gorilles, des chimpanzés, des singes, des antilopes et des porcs-épics trouvés morts dans la forêt tropicale. Jusqu'à présent, on a découvert le virus Ebola dans la nature, dans les carcasses de chimpanzés (en Côte d'Ivoire et en République du Congo), de gorilles (Gabon et République du Congo) et de céphalophes (République du Congo).
- Différentes hypothèses ont été avancées pour tenter d'expliquer l'origine des flambées. L'infection expérimentale de chauves-souris a montré que celles-ci survivent à l'infection, ce qui a permis de spéculer sur leur rôle dans le maintien de l'infection dans la forêt tropicale.
- Des études écologiques de grande ampleur sont actuellement en cours en République du Congo et au Gabon pour identifier le réservoir du virus Ebola.

Accidents de laboratoire

1976: Établissement de recherches microbiologiques, Porton, Royaume-Uni. Piqûre de seringue; le cas s'est rétabli.

Février 2004: Fort Detrick, Maryland (États-Unis). Piqûre de seringue; le cas s'est rétabli.

Mai 2004: Centre de recherches de l'Etat sur la virologie et la biotechnologie (vecteur), Koltsovo, Fédération de Russie. Piqûre de seringue; le cas est décédé le 19 mai.

Pour de plus amples informations veuillez contacter: mediaenquiries@who.int ou téléphone: +41 22 791 2222 ■

Renewal of paid subscriptions

For more than 70 years, the *Weekly Epidemiological Record* has served as an essential instrument for the collation and dissemination of epidemiological data useful in disease surveillance on a global level. Priority is given to diseases or risk factors known to threaten international health.

To ensure that you continue to receive the *Weekly epidemiological record* without interruption, please remember to renew your subscription for 2005, or place a new one. This can be done through your sales agent. For countries without appointed sales agents, please write to: World Health Organization, Marketing and Dissemination, 1211 Geneva 27, Switzerland. Fax: (+41.22) 791 48 57; e-mail: bookorders@who.int. For existing subscribers, please include your subscriber identification number from the mailing label. For online subscriptions, please use <http://www.who.int/bookorders/anglais/subscription1.jsp?sesslan=1>

Please find below the revised annual subscription rates:

Standard rate

Sw.fr. 299.—/US\$239.00 Economy mail

Sw.fr. 324.—/US\$259.00 Priority mail within Europe

Sw.fr. 334.—/US\$267.00 Priority mail outside Europe

Developing country price

Sw.fr. 150.—/US\$120.00 Economy mail

Sw.fr. 175.—/US\$140.00 Priority mail within Europe

Sw.fr. 185.—/US\$148.00 Priority mail outside Europe

A copy of *International travel and health 2005* is included as part of the subscription. ■

Renouvellement des abonnements payants

Depuis plus de 70 ans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* a servi comme instrument essentiel de collecte et de diffusion de données épidémiologiques utiles pour la surveillance des maladies sur le plan mondial. La priorité est donnée aux maladies ou facteurs de risque qui menacent la santé sur le plan international.

Pour continuer de recevoir sans interruption le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* en 2005, merci de ne pas oublier de renouveler votre abonnement ou de souscrire pour la première fois. Cela peut être fait par votre dépositaire. Pour les pays où aucun dépositaire n'a été désigné, veuillez écrire à l'Organisation mondiale de la Santé, Marketing et Diffusion, 1211 Genève 27, Suisse. Fax : (+41.22) 791 48 57; e-mail: bookorders@who.int. Pour les personnes déjà abonnées, merci de ne pas oublier de préciser le numéro d'abonnement figurant sur l'étiquette d'expédition. Enfin, pour les abonnements en ligne, merci de vous rendre sur <http://www.who.int/bookorders/francais/subscription2.jsp?sesslan=2>

Veuillez trouver ci-dessous les nouveaux prix des abonnements annuels:

Prix standard

CHF. 299.—/US\$239.00 Envoi normal

CHF. 324.—/US\$259.00 Envoi prioritaire en Europe

CHF. 334.—/US\$267.00 Envoi prioritaire en dehors de l'Europe

Prix pour les pays en développement

CHF. 150.—/US\$120.00 Envoi normal

CHF. 175.—/US\$140.00 Envoi prioritaire en Europe

CHF. 185.—/US\$148.00 Envoi prioritaire en dehors de l'Europe

Cet abonnement comprend également un exemplaire de *Voyages internationaux et santé 2005*. ■

CORRIGENDUM, TO No. 48, 2004 / RECTIFICATIF AU N° 48, 2004

Please read as follows (changes shown in *bold italics*), Table 1, p. 426.

Prière de lire comme suit (changements indiqués en *gras italique*), tableau 1, p. 426.

Table 1 **Structure and performance of global acute flaccid paralysis (AFP) and measles surveillance systems, by WHO region, 2003**
Tableau 1 **Organisation et résultats des réseaux mondiaux de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) et de la rougeole, par région de l'OMS, 2003**

WHO region – Région de l'OMS	No. of countries with AFP systems – Nbre de pays dotés de réseaux de surveillance de la PFA	No. of countries integrating AFP w. measles / neonatal tetanus reporting – Nbre de pays intégrant le signalement de la rougeole ou du tétanos néonatal à celui de la PFA	No. of polio-funded national and international staff – Nbre d'employés nationaux et internationaux rémunérés par des fonds destinés à la lutte contre la polio	No. of polio-virus laboratories – Nbre de laboratoires polio	No. of measles laboratories – Nbre de laboratoires rougeole	No. of AFP cases (non-polio AFP rate ^{***}) – Nbre de cas de PFA (taux de PFA non poliomyélique ^{***})	No. and % of AFP with adequate ^{****} specimens tested – Nbre et % de PFA ayant donné lieu à l'analyse d'échantillons adéquats ^{****}	No. of laboratory-confirmed polio cases – Nbre de cas de polio confirmés en laboratoire	No. of clinically suspect measles cases – Nbre de cas cliniquement suspects de rougeole	No. of clinically suspect cases tested (% suspected) – Cas cliniquement suspects ayant fait l'objet d'un dosage (% des cas suspectés)	No. of laboratory-confirmed measles cases (% tested) – Nbre de cas de rougeole confirmés en laboratoire (% des cas testés)
African – Afrique	46	28	780	16	34	8 181 (2.6)	7 199 (88%)	446	262 314	14 583 (5.5%)	3 543 (24%)
Americas – Amériques	44	44	1	9	178	2 229 (1.3)	1 805 (81%)	0	34 766	33 028 (95%)	105 (0.003%)
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	22	22	806.5	12	20	5 290 (2.4)	4 761 (90%)	113	52 882	8 619 (16%)	4 650 (54%)
European – Europe	39	2	15	48	60	1 529 (1.2)	1 269 (83%)	0	27 158*	7 904** (29%)	737** (9.3%)
South-East Asian – Asie du Sud-Est	11	10	1 087	16	16	11 289 (1.9)	9 369 (83%)	225	83 862	1 083 (1.2%)	506 (47%)
Western Pacific – Pacifique occidental	36	25	17	44	382	6 397 (1.4)	5 629 (88%)	0	101 810	NA – ND	13 193
WHO HQ – Siège de l'OMS	—	—	45.5	—	—	—	—	—	—	—	—
GLOBAL – MONDE	198	131	2752	145	690	34 915 (1.9)	30 032 (86%)	784	562 792	65 217	22 734

NA: not available. – ND: non disponible

* Source: Expanded Programme on Immunization monthly surveillance data. – Programme élargi sur les données de surveillance mensuelle de la vaccination.

** Source: monthly laboratory surveillance (does not capture all laboratory tested and confirmed cases); some patients have 2 samples taken and number of confirmed cases refers to number of samples (not patients) that are IgM+. – Surveillance mensuelle de laboratoire (ne prend pas en compte tous les cas ayant fait l'objet d'un examen et d'une confirmation en laboratoire. Certains patients subissent deux prélèvements et le nombre de cas confirmés renvoie au nombre d'échantillons (non de patients) IgM+.

*** Annual number of non-polio AFP cases per 100 000 population aged <15 years. – Nombre annuel de cas de PFA non poliomyélique pour 100 000 enfants de moins de 15 ans.

**** At least 2 stool samples collected 24 hours apart and within 14 days of onset of paralysis, arriving in the laboratory in good condition. – Au moins 2 échantillons de selles collectés à 24 h d'intervalle et dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie et arrivés au laboratoire en bon état.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 25 November to 2 December 2004 / Notifications de maladies reçues du 25 novembre au 2 décembre 2004

Cholera / Choléra

	Cases / Deaths Cas / Décès	
Africa / Afrique		
Liberia / Libéria	27.IX-7.XI	
.....	68	0
Nigeria / Nigéria	15.X-23.XI	
.....	3079	209

WWW access • <http://www.who.int/wer>

E-mail • send message **subscribe wer-reh** to majordomo@who.int

Fax: (+41-(0)22 791 48 21/791 42 85

Contact: wantzc@who.int / wer@who.int

Accès WWW • <http://www.who.int/wer>

Courrier électronique • envoyer message **subscribe wer-reh** à majordomo@who.int

Fax: (+41-(0)22 791 48 21/791 42 85

Contact: wantzc@who.int / wer@who.int