



# WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

# RELEVÉ EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

28 MAY 1999 • 74th YEAR

<http://www.who.int/wer>74<sup>e</sup> ANNÉE • 28 MAI 1999

## Progress towards global poliomyelitis eradication, as of May 1999

In 1988, the World Health Assembly resolved to eradicate polio globally by the year 2000. Substantial progress in implementing the recommended polio eradication strategies has been reported from all endemic countries in the subsequent decade, namely: achieving and maintaining high routine coverage with oral poliovirus vaccine (OPV); conducting national immunization days (NIDs) to rapidly decrease poliovirus circulation; establishing sensitive surveillance systems for polio cases and poliovirus; and carrying out mop-up vaccination activities to eliminate the last remaining reservoirs of poliovirus transmission.<sup>1</sup> While progress has been dramatic in many countries, significant obstacles remain, particularly in 14 priority countries (i.e. countries representing global poliovirus reservoirs or countries experiencing conflict) (*Map 1*). This article provides an update of progress during 1998 and early 1999 towards global eradication, and describes the activities planned to accelerate progress and achieve the year 2000 target.

### Progress in implementing poliomyelitis eradication strategies

**Routine immunization.** Globally, reported coverage with 3 doses of oral polio vaccine (OPV3) remained relatively stable for almost a decade at approximately 80% (82% in 1997). With the exception of the African Region (53%) of the World Health Organization (WHO), OPV3 coverage ranged from 82% (Region of the Americas) to 93% (Western Pacific Region).

**Supplementary immunization.** During 1998, more than 470 million children received OPV during NIDs (74 countries) and subnational immunization days (SNIDs – 16 countries). As of May 1999, only the Democratic

<sup>1</sup> See No. 22, 1998, pp. 161-162.

## Progrès vers l'éradication de la poliomyélite dans le monde – situation en mai 1999

En 1988, l'Assemblée mondiale de la Santé a décidé d'éradiquer la poliomyélite dans le monde d'ici l'an 2000. Des progrès sensibles dans la mise en œuvre des stratégies recommandées en vue de l'éradication de cette maladie ont été accomplis dans tous les pays d'endémie au cours de la décennie qui a suivi, à savoir: l'obtention et le maintien en routine d'une forte couverture par le vaccin antipoliomyélitique buccal; l'organisation de journées nationales de vaccination (JNV), pour faire rapidement diminuer la circulation des virus poliomyélitiques; la mise en place de systèmes sensibles de surveillance des cas de poliomyélite et des virus poliomyélitiques, et enfin les activités vaccinatoires de ratissage destinées à éliminer les derniers réservoirs de transmission du virus.<sup>1</sup> Si les progrès ont été spectaculaires dans de nombreux pays, des obstacles importants demeurent, en particulier dans 14 pays prioritaires (à savoir des pays qui contribuent au réservoir mondial du virus ou qui connaissent des conflits) (*Carte 1*). Le présent article fait le point des progrès réalisés au cours de 1998 et début 1999 vers l'éradication de la poliomyélite dans le monde, et il expose des activités qui ont été prévues pour accélérer ces progrès et atteindre l'objectif de l'an 2000.

### Progrès dans la mise en œuvre des stratégies d'éradication de la poliomyélite

**Vaccination systématique.** Dans l'ensemble du monde, la couverture par 3 doses de vaccin poliomyélitique buccal s'est maintenue à un niveau relativement constant pendant près d'une décennie, à savoir environ 80% (82% en 1997). A l'exception de la Région africaine (53%) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la couverture par ce vaccin allait de 82% (Région des Amériques) à 93% (Région du Pacifique occidental).

**Vaccination supplémentaire.** Au cours de 1998, plus de 470 millions d'enfants ont reçu le vaccin antipoliomyélitique buccal au cours de JNV (dans 74 pays) et de journées sous-nationales de vaccination (JSNV dans 16 pays). Au mois de mai 1999, seuls la République

<sup>1</sup> Voir N° 22, 1998, pp. 161-162.

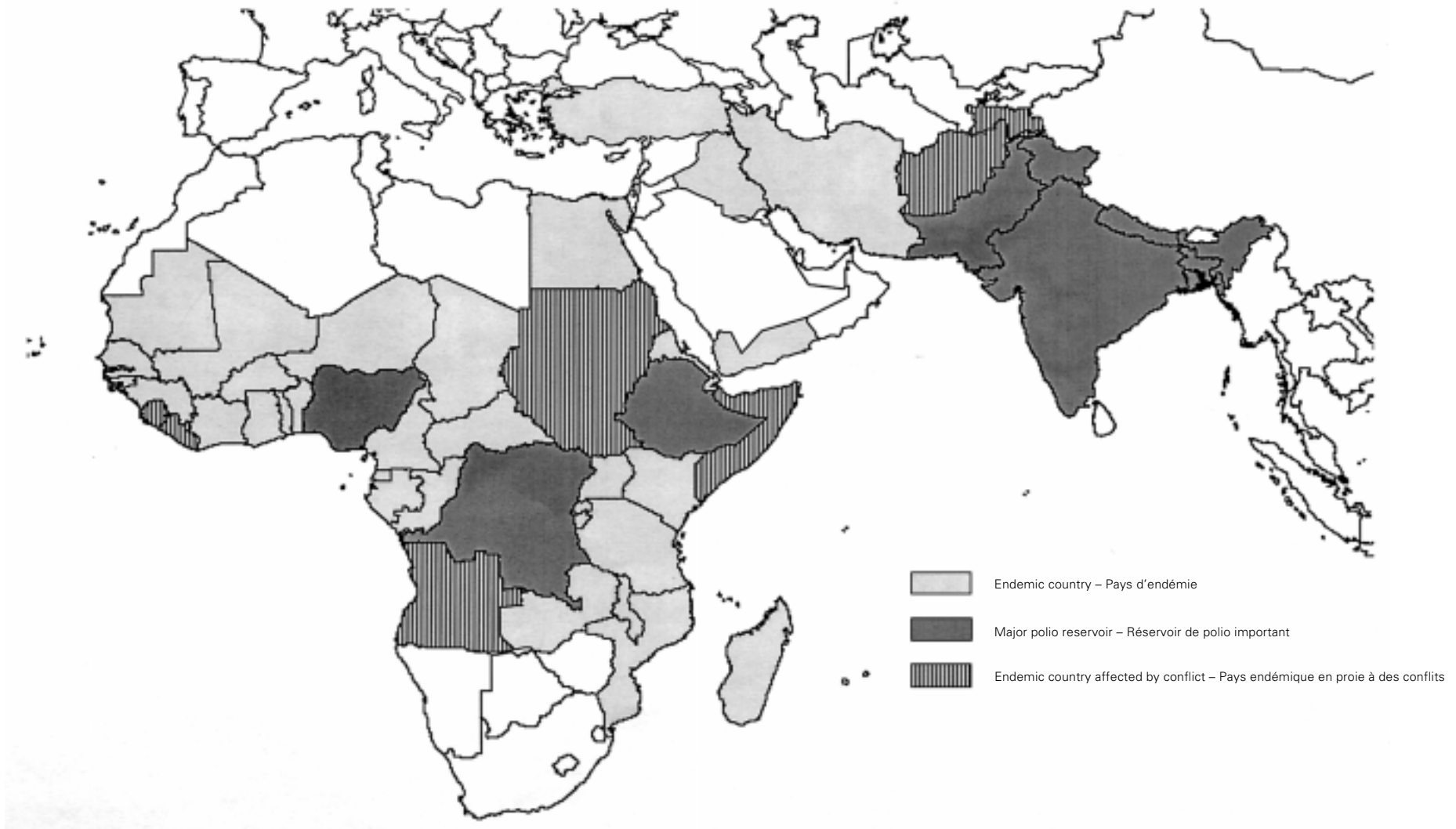
## CONTENTS

Progress towards global poliomyelitis eradication, as of May 1999	165
In memoriam, Artur Galazka	171
Influenza	171
Outbreak news	172
Diseases subject to the Regulations	172

## SOMMAIRE

Progrès vers l'éradication de la poliomyélite dans le monde – situation en mai 1999	165
A la mémoire d'Artur Galazka	171
Grippe	171
Le point sur les épidémies	172
Maladies soumises au Règlement	172

Map 1 **Global polio situation, April 1999** Carte 1 **Situation de la poliomyélite dans le monde, avril 1999**



The designations employed and the presentation of material on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

Les désignations utilisées sur cette carte et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Republic of the Congo and Sierra Leone have not conducted full NIDs. However, these 2 countries did carry out SNIDs in 1998. All other polio-endemic countries have conducted at least 1 round of NIDs. Of particular note are NIDs in Liberia, Somalia and Sudan, which are countries affected by conflict. Liberia immunized more than 580 000 children twice, in January and March 1999. NIDs covered all areas of Somalia in November 1998, reaching more than 1.4 million children. In Sudan, NIDs conducted in March and April 1998, and again in March and April 1999, reached more than 1 million children in the conflict zone in the South which had not been reached by previous NIDs. During intensified NIDs in India in December 1998 and January 1999, 134 million children were immunized, using door-to-door immunization in high-risk areas.<sup>2</sup>

*Mopping-up.* A broad mopping-up campaign was conducted in adjoining areas of western Islamic Republic of Iran, northern Iraq, north-eastern Syrian Arab Republic and south-eastern Turkey during the fall of 1998, reaching more than 2 million children aged <5 years.<sup>3</sup> The activity targeted a focus of wild poliovirus transmission shared between WHO's European and Eastern Mediterranean regions. Turkey is the only country in the European Region to report wild poliovirus in 1998.

*Acute flaccid paralysis (AFP) surveillance.* The objective of AFP surveillance is to detect poliovirus wherever it may circulate. Surveillance data are used to target high-risk areas for supplementary immunization, and are also needed for the eventual certification of polio eradication. Two main indicators are used to monitor the quality of AFP surveillance: (1) the reported rate of AFP not due to polio (i.e. non-polio AFP rate) to assess the sensitivity of detecting suspect cases and of reporting (target: a rate of  $\geq 1$  non-polio AFP case per 100 000 children aged <15 years annually); and (2) the proportion of AFP cases from which 2 adequate specimens<sup>4</sup> have been collected (target: 2 adequate stool specimens from  $\geq 80\%$  of AFP cases).

The number of AFP cases reported globally increased substantially from 17 365 cases in 1997 to 24 875 cases in 1998 (Table 1), mainly due to rapidly improving AFP surveillance in India. The global non-polio AFP rate increased from 0.7 per 100 000 in 1997 to 1.1 in 1998. In the African Region, the non-polio AFP rate more than doubled from 0.16 in 1997 to 0.42 in 1998, but has still not reached satisfactory levels. The proportion of AFP cases with 2 adequate specimens increased globally from 63% in 1997 to 67% in 1998. Only the Western Pacific (86%) and European regions (78%) have reached the levels of stool specimen collection necessary for certification.

AFP surveillance has been initiated in all countries where polio is still endemic, but is in the early phases of development in several priority countries (Democratic Republic of the Congo, Somalia, Sudan). Designated surveillance staff were posted in many countries of the African Region, yielding significant improvements in AFP case reporting. For example, the number of AFP cases in

démocratique du Congo et le Sierra Leone n'avaient pas organisé des journées nationales de vaccination complètes. Ces 2 pays ont cependant organisé des JSNV en 1998. Tous les autres pays d'endémie poliomyélitique ont organisé au moins une série de JNV. Il faut mentionner tout particulièrement les JNV organisées au Libéria, en Somalie et au Soudan qui sont des pays en proie à des conflits. Le Libéria a vacciné plus de 580 000 enfants à 2 reprises, en janvier et en mars 1999. Les JNV ont couvert toutes les régions de la Somalie en novembre 1998, et ont permis de vacciner plus de 1,4 million d'enfants. Au Soudan, les JNV organisées en mars et avril 1998, puis de nouveau en mars et avril 1999, ont permis d'atteindre plus d'un million d'enfants dans la zone de conflit du sud que les JNV précédentes n'avaient pu atteindre. Au cours de JNV renforcées organisées en Inde en décembre 1998 et en janvier 1999, 134 millions d'enfants ont été vaccinés, en procédant à des visites porte-à-porte dans les régions à haut risque.<sup>2</sup>

*Ratissage.* Une importante campagne de ratissage a été organisée dans les régions avoisinantes de l'ouest de la République islamique d'Iran, du nord de l'Iraq, du nord-est de la République arabe syrienne et du sud-est de la Turquie au cours de l'automne 1998, permettant d'atteindre plus de 2 millions d'enfants âgés de <5 ans.<sup>3</sup> Cette activité était dirigée sur un foyer de transmission du virus poliomyélitique sauvage qui est commun aux régions OMS de l'Europe et de la Méditerranée orientale. La Turquie est le seul pays de la Région de l'Europe à avoir signalé la présence de virus poliomyélitiques sauvages en 1998.

*Surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA).* Cette surveillance a pour objectif de déceler la présence du virus poliomyélitique partout où il pourrait circuler. Les données fournies par la surveillance sont utilisées pour définir les zones à haut risque où il est nécessaire de procéder à une vaccination supplémentaire et seront également nécessaires pour la certification définitive de l'éradication. Deux indicateurs principaux permettent de contrôler la qualité de la surveillance de la PFA: 1) le taux notifié de PFA due à une autre cause que la poliomyélite (c'est-à-dire le taux de PFA non poliomyélitique) qui permet d'évaluer la sensibilité du dépistage des cas suspects et de la notification (objectif: un taux  $\geq 1$  cas de PFA non poliomyélitique pour 100 000 enfants âgés de <15 ans chaque année); et 2) la proportion de cas de PFA chez lesquels on a obtenu 2 échantillons suffisants<sup>4</sup> (objectif: 2 échantillons suffisants de selles chez au moins 80% des cas de PFA).

Le nombre de cas de PFA signalés dans le monde a augmenté sensiblement, passant de 17 365 en 1997 à 24 875 en 1998 (Tableau 1), principalement en raison des progrès rapides de la surveillance en Inde. Le taux mondial de PFA non poliomyélitique est passé de 0,7 pour 100 000 en 1997 à 1,1 pour 100 000 en 1998. Dans la Région de l'Afrique, le taux de PFA non poliomyélitique a plus que doublé, passant de 0,16 en 1997 à 0,42 en 1998, mais il n'a pas encore atteint un niveau satisfaisant. La proportion de cas de PFA pour lesquels on a obtenu 2 échantillons suffisants est passée, dans l'ensemble du monde, de 63% en 1997 à 67% en 1998. Seules les régions du Pacifique occidental (86%) et de l'Europe (78%) ont atteint le taux de collecte d'échantillons de selles prescrit pour la certification.

La surveillance de la PFA a commencé dans tous les pays où la poliomyélite reste à l'état endémique, mais elle en est encore à ses premiers stades dans plusieurs pays prioritaires (République démocratique du Congo, Somalie, Soudan). Le personnel désigné pour la surveillance a été mis en poste dans de nombreux pays de la Région africaine, ce qui a permis une amélioration sensible de la notification des cas de PFA. Par exemple, le nombre de cas de PFA

<sup>2</sup> See No. 39, 1998, pp. 297-300.

<sup>3</sup> See No. 30, 1998, pp. 225-229.

<sup>4</sup> Adequate specimens: 2 stool specimens, collected 24-48 hours apart within 14 days of onset of paralysis, arriving in the laboratory with ice present.

<sup>2</sup> Voir N° 39, 1998, pp. 297-300.

<sup>3</sup> Voir N° 30, 1998, pp. 225-229.

<sup>4</sup> Échantillons suffisants: 2 échantillons de selles prélevés à 24-48 heures d'intervalle dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie, et parvenant au laboratoire avec de la glace.

Table 1 Progress towards polio eradication, by WHO region, 1997-1998<sup>a</sup>

 Tableau 1 Progrès vers l'éradication de la poliomyélite, par région OMS, 1997-1998<sup>a</sup>

Region Région	AFP cases reported Nombre de cas de PFA notifiés		Non-polio AFP rate Taux de PFA non poliomyélitique		AFP cases with adequate specimens (%) Proportion de cas de PFA avec des échantillons suffisants (%)		Confirmed polio cases <sup>b</sup> Nombre de cas de poliomyélite confirmés <sup>b</sup>		Wild poliovirus strain detected in 1998 Souche de poliovirus sauvage décelée en 1998
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	
Africa – Afrique	1 203	1 765	0.16	0.42	24	38	1 087 (31)	992 (96)	P1/P2/P3
Americas – Amériques	1 894	1 608	1.04	0.88	74	71	0	0	–
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	2 856	2 213	0.85	0.91	53	66	1 255 (264)	536 (224)	P1/P3
Europe	1 596	1 534	1.12	1.15	69	78	7 (6)	26 (26)	P1/P3
South-East Asia – Asie du Sud-Est	4 550	11 358	0.32	1.24	39	60	2 827 (531)	4 673 (1 833)	P1/P2/P3
Western Pacific – Pacifique occidental	5 963	6 397	1.35	1.43	83	86	9	0	–
<b>Total</b>	<b>17 365</b>	<b>24 875</b>	<b>0.72</b>	<b>1.10</b>	<b>63</b>	<b>67</b>	<b>5 185 (841)</b>	<b>6 227 (2 179)</b>	

<sup>a</sup> As of 24 May 1999. – Au 24 mai 1999.

<sup>b</sup> In parentheses: wild virus confirmed. – Entre parenthèses: virus sauvage confirmé.

Nigeria increased from 8 in 1997 to 520 in 1998.<sup>5</sup> However, AFP reporting is still incomplete in many African countries, and stool specimen collection is inadequate, with only 38% of AFP cases in the region with adequate stool specimens collected. The dramatic improvement in surveillance quality in the South-East Asia Region of WHO is largely due to greatly improved reporting from India, where 59 dedicated surveillance officers were appointed in late 1997.<sup>2</sup> The reporting of AFP cases and the isolation of wild poliovirus from Afghanistan, Somalia and Sudan demonstrate the feasibility of AFP surveillance even in war-torn countries.

*Global poliovirus laboratory network.* The network has continued to expand in size. By the end of 1998, it consisted of 117 national and subnational laboratories, 15 regional reference laboratories and 6 global specialized laboratories. The mandatory annual WHO accreditation process continues for laboratories in the network.

Overall, 80% of the network laboratories have been reviewed for accreditation, and 80% of these have been fully accredited. Most of the remaining laboratories were provisionally accredited and are expected to meet accreditation criteria within a 6-month period.

#### Impact on poliomyelitis incidence

As of 1 May 1999, 6 227 poliomyelitis cases with onset during 1998 were reported worldwide (Table 1). This number exceeds the 5 185 cases reported in 1997 by 17%. The observed increase is paradoxical in view of the intensified global immunization efforts and requires careful interpretation. The increase in cases reported does not reflect lack of progress in polio eradication, but is caused primarily by substantial improvements in the quality of AFP surveillance, particularly in India. As reporting is becoming increasingly complete, a higher percentage of polio cases occurring is identified and reported, while the absolute number of cases occurring has probably decreased significantly.

<sup>5</sup> See No. 16, 1999, pp. 121-124.

au Nigéria est passé de 8 en 1997 à 520 en 1998.<sup>5</sup> Toutefois, la notification de la PFA reste incomplète dans de nombreux pays d'Afrique et la collecte des échantillons de selles est insuffisante, avec seulement 38% des cas de PFA de cette région pour lesquels on a recueilli des échantillons de selles suffisants. L'amélioration spectaculaire de la surveillance dans la Région OMS de l'Asie du Sud-Est est due pour une grande part à une nette amélioration de la notification en Inde, où 59 préposés à la surveillance exclusive ont été nommés fin 1997.<sup>2</sup> La notification des cas de PFA et l'isolement de virus poliomyélitiques sauvages en Afghanistan, en Somalie et au Soudan montrent que la surveillance de l'AFP reste possible même dans les pays dévastés par la guerre.

*Réseau mondial des laboratoires pour l'éradication de la polio.* Le réseau a continué à se développer. Fin 1998, il comprenait 117 laboratoires nationaux et sous-nationaux, 15 laboratoires régionaux de référence et 6 laboratoires mondiaux spécialisés. Le processus annuel d'accréditation obligatoire par l'OMS continue pour l'ensemble des laboratoires du réseau.

En tout, c'est 80% des laboratoires du réseau qui ont été examinés en vue d'une accréditation et 80% d'entre eux ont été définitivement accrédités. La plupart des autres laboratoires ont reçu une accréditation provisoire et ils devraient satisfaire aux critères d'accréditation dans les 6 mois.

#### Impact sur l'incidence de la poliomyélite

Au 1<sup>er</sup> mai 1999, on avait signalé dans le monde 6 227 cas de poliomyélite qui s'étaient déclarés en 1998 (Tableau 1). Ce nombre est supérieur de 17% aux 5 185 cas signalés en 1997. Cet accroissement apparent est paradoxal compte tenu de l'effort intense de vaccination qui a été fait dans le monde et il doit être interprété avec prudence. L'augmentation du nombre de cas notifiés ne signifie pas que l'on ne fait plus de progrès vers l'éradication de la poliomyélite; en fait, il s'explique essentiellement par des améliorations substantielles dans la qualité de la surveillance de la PFA, en particulier en Inde. Plus la notification est complète, plus la proportion de cas de poliomyélite reconnus et notifiés augmente alors même qu'en valeur absolue, le nombre effectif de cas diminue probablement de façon sensible.

<sup>5</sup> Voir N° 16, 1999, pp. 121-124.

Poliovirus transmission is now largely confined to the remaining major foci of transmission in southern Asia, western Africa, central Africa and the Horn of Africa. At the end of 1998, poliovirus was suspected or known to circulate in 50 countries, including 7 major reservoir countries (Bangladesh, Democratic Republic of the Congo, Ethiopia, India, Nepal, Nigeria, Pakistan), and 7 countries in conflict (Afghanistan, Angola, Liberia, Sierra Leone, Somalia, Sudan and Tajikistan) (*Map 1*). Reservoir countries in southern Asia accounted for  $\geq 80\%$  of polio cases reported globally in 1998. However, as surveillance improves in Africa, an increasing proportion of the global polio caseload will be reported from that continent.

#### Plans for acceleration of polio eradication

To meet the target of global polio eradication by the year 2000, a plan for the accelerated implementation of enhanced polio eradication strategies has been developed. The most important additional activities are: (a) 3 rounds of nationwide house-to-house OPV immunization campaigns in Angola and the Democratic Republic of the Congo, in both 1999 and 2000, during the period July-September; (b) "intensified" NIDs in India, incorporating extensive house-to-house immunization and adding 2 extra rounds of SNIDs each year; (c) 2 extra rounds of house-to-house SNIDs aimed at 25%-50% of the target population in Bangladesh, Ethiopia, Nigeria and Pakistan, in addition to NIDs.

**Editorial note.** The polio eradication initiative is now entering its final phase. Three WHO regions have eliminated poliovirus or are close to doing so – the Region of the Americas has been polio-free since 1991, the Western Pacific Region has not detected poliovirus since March 1997, and poliovirus transmission in the European Region is confined to south-eastern Turkey. Reaching the global polio eradication goal will require an acceleration of eradication activities in the remaining major foci of poliovirus transmission in southern Asia and Africa. Progress in priority countries, either global poliovirus reservoirs or conflict countries, is critical to meeting the year 2000 target.

AFP surveillance is not of sufficient quality, particularly in a number of African countries, to accurately assess the effect of supplementary immunization or target mopping-up immunization. Additional resources to accelerate AFP surveillance in Africa have just been made available to countries, where intense efforts are now under way to rapidly enhance surveillance.

Poliovirus transmission is most intense in the densely populated, large major global reservoir countries – Bangladesh, Democratic Republic of the Congo, Ethiopia, India, Nigeria and Pakistan. With the exception of the Democratic Republic of the Congo, NIDs have significantly reduced poliovirus circulation in the global reservoir countries. Virological surveillance in both India and Pakistan demonstrates a clear decrease in the biodiversity of circulating polioviruses, indicating a continued reduction in the number of independent chains of transmission. However, poliovirus type 2, usually the first serotype to be eliminated once effective supplementary immunization begins, was isolated in 1998 in southern Asia (India, Pakistan) and Africa (Nigeria), indicating the continued presence of significant non-immune population subgroups in these countries.

La transmission du virus se limite désormais largement aux grands foyers de transmission qui subsistent en Asie méridionale, en Afrique occidentale, en Afrique centrale et dans la Corne de l'Afrique. Fin 1998, on savait ou on pensait que le virus circulait encore dans 50 pays, dont 7 grands pays réservoirs (le Bangladesh, l'Éthiopie, l'Inde, le Népal, le Nigéria, le Pakistan, la République démocratique du Congo), et 7 pays en proie à des conflits (Afghanistan, Angola, Libéria, Sierra Leone, Somalie, Soudan et Tadjikistan) (*Carte 1*). Les pays réservoirs de l'Asie méridionale ont déclaré  $\geq 80\%$  des cas de poliomyélite notifiés dans le monde en 1998. Cependant, à mesure que la surveillance va s'améliorer en Afrique, ce continent va déclarer une proportion de plus en plus importante du total des cas de poliomyélite notifiés dans le monde.

#### Plans pour accélérer l'éradication de la poliomyélite

Pour atteindre l'objectif d'une éradication de la poliomyélite dans le monde d'ici l'an 2000, on a élaboré un plan qui prévoit d'accélérer la mise en place de stratégies d'éradication renforcées. Les plus importantes de ces activités supplémentaires sont les suivantes: a) 3 séries de campagnes de vaccination au porte-à-porte sur l'ensemble du territoire de l'Angola et de la République démocratique du Congo en 1999 et en 2000 pendant la période de juillet à septembre; b) en Inde, des JNV renforcées comportant un important effort de vaccination au porte-à-porte avec, en plus, 2 séries supplémentaires de JSNV chaque année; c) 2 séries supplémentaires de JSNV au porte-à-porte avec pour objectif 25%-50% de la population visée, au Bangladesh, en Éthiopie, au Nigéria et au Pakistan en plus des JNV.

**Note de la rédaction.** L'initiative pour l'éradication de la poliomyélite entre maintenant dans sa phase finale. Trois régions de l'OMS ont éliminé le virus ou sont en passe de le faire – la Région des Amériques est exempte de poliomyélite depuis 1991, la Région du Pacifique occidental n'a plus décelé la présence du virus depuis mars 1997 et la transmission du virus dans la Région de l'Europe se limite au sud-est de la Turquie. Pour atteindre le but fixé, qui est d'éradiquer la poliomyélite dans l'ensemble du monde, il va falloir accélérer les activités d'éradication dans les principaux foyers de transmission qui demeurent en Asie méridionale et en Afrique. Les progrès qui seront réalisés dans les pays prioritaires, qu'il s'agisse de pays constituant le réservoir mondial du virus ou de pays en proie à des conflits, seront déterminants pour atteindre l'objectif de l'an 2000.

La surveillance de la PFA n'atteint pas un niveau de qualité suffisant, particulièrement dans un certain nombre de pays d'Afrique, pour que l'on puisse évaluer exactement l'effet de la vaccination supplémentaire ou cibler correctement les vaccinations de ratissage. On vient de mettre à la disposition des pays d'Afrique des ressources supplémentaires en vue d'accélérer la surveillance de la PFA et de grands efforts y sont actuellement déployés dans ce sens.

C'est dans les pays densément peuplés qui constituent l'essentiel du réservoir mondial du virus – Bangladesh, Éthiopie, Inde, Nigéria, Pakistan et en République démocratique du Congo – que la transmission du virus poliomyélique est la plus intense. À l'exception de la République démocratique du Congo, les JNV ont permis de réduire sensiblement la circulation du virus dans ces pays. En Inde et au Pakistan, la surveillance virologique révèle une nette diminution de la biodiversité des virus circulants, ce qui indique que le nombre des chaînes de transmission indépendantes se réduit. Toutefois, le virus poliomyélique de type 2, qui est généralement le premier sérotype à être éliminé une fois qu'une vaccination supplémentaire efficace est entreprise, a été isolé en 1998 en Asie méridionale (Inde, Pakistan) et en Afrique (Nigéria), ce qui montre qu'il y a encore dans ces pays d'importants sous-groupes de population non immuns.

To reduce the risk of the continued exportation of viruses into neighbouring countries and across continents into polio-free areas, poliovirus circulation must be stopped rapidly in the priority countries. Suboptimal or non-existent routine immunization programmes in some countries are a major reason for continued poliovirus transmission. Realizing that improvements in routine immunization coverage in priority countries will require sustained, long-term efforts and may not be possible in the short term, additional immunization rounds (during NIDs or for mop-up), as well as the increased use of house-to-house immunization, will be essential to keep the year 2000 polio eradication goal within reach.

Ongoing or recent conflicts in priority countries continue to compound the difficulties of implementing polio eradication strategies, particularly immunization campaigns. As further delays will seriously jeopardize the attainment of the global eradication goal, the polio eradication initiative is now focusing much of its resources on key countries affected by conflict – Angola, Afghanistan, Democratic Republic of the Congo – to ensure that comprehensive NIDs will be conducted in 1999 and that AFP surveillance systems are expanded and improved. WHO and UNICEF have requested the assistance of the United Nations in negotiating “days of tranquillity” for immunization in the Democratic Republic of the Congo.

Substantial external resources will be required to implement these activities, especially because the polio eradication initiative focuses increasingly on countries which are least able to shoulder the additional cost. The plan to accelerate polio eradication activities in priority countries calls for increased house-to-house immunization, which increases the cost per child immunized compared to conventional NIDs. Reaching the global eradication goal will depend on the ability of the global polio eradication partnership and the international community to provide the US \$500 million in unmet needs for the period 1999-2005. Continued support from this partnership<sup>6</sup> will be critical. New partners, including the private sector, are likely to substantially enhance support in the near future.

With slightly more than 18 months remaining until the end of the year 2000 – the target date for polio eradication set by the World Health Assembly in 1988 – the global eradication initiative is entering a crucial phase. In order to meet the target date, programme activities are being intensified, which in turn increases programme costs and the need for political support. Although the intensified effort will increase needed resources in the short term, it will save costs in the long term by hastening the day when programme activities may stop in countries free of polio and when all polio immunization can be stopped. The progress achieved to date demonstrates that polio can be eradicated under even the most difficult conditions. In order to reach the goal all countries, those that are endemic as well as those that are free of polio, need to allocate the necessary funds and provide the political leadership to achieve success for the benefit of all.

<sup>6</sup> This includes Rotary International, UNICEF, WHO, and the governments of Denmark, Germany, Japan, the United Kingdom and the United States.

Pour éviter que l'exportation de virus ne se poursuive en direction des pays voisins et d'un continent à l'autre, dans des zones exemptes de poliomyélite, il faut mettre rapidement obstacle à la circulation du virus dans les pays prioritaires. L'une des principales raisons de la poursuite de cette transmission est l'existence, dans certains pays, de programmes de vaccination systématique insuffisants, voire l'absence de programmes. On se rend compte que l'amélioration de la couverture vaccinale systématique dans les pays prioritaires demandera un effort soutenu et à long terme, donc difficilement envisageable dans l'immédiat, aussi va-t-il être essentiel de prévoir des tournées de vaccination supplémentaire (au cours des JNV ou dans le cadre des opérations vaccinales de ratissage) et une augmentation de la vaccination au porte-à-porte pour que l'objectif d'éradiquer la poliomyélite d'ici l'an 2000 reste à portée.

Les conflits que connaissent ou qu'ont récemment connus les pays prioritaires rendent toujours plus difficile la mise en œuvre des stratégies d'éradication, et notamment les campagnes de vaccination. L'éradication de la poliomyélite dans le monde serait sérieusement remise en cause si d'autres retards devaient se produire, aussi l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite consacre-t-elle désormais une grande partie de ses ressources aux pays clés en proie à des conflits – Angola, Afghanistan et République démocratique du Congo – en vue de faire en sorte que des JNV aussi complètes que possible puissent être organisées en 1999 et que la surveillance de la PFA soit étendue et améliorée. L'OMS et l'UNICEF ont demandé l'assistance des Nations Unies pour négocier des «journées de tranquillité» qui seraient consacrées à la vaccination en République démocratique du Congo.

Des ressources extérieures substantielles seront nécessaires pour mener à bien ces activités, en particulier du fait que l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite se concentre de plus en plus sur les pays qui sont les moins capables d'assumer ces dépenses supplémentaires. Le plan visant à accélérer l'éradication dans les pays prioritaires prévoit la vaccination porte-à-porte, ce qui augmente le coût par enfant vacciné comparativement aux JNV classiques. Pour atteindre le but fixé, il faudra que le partenariat pour l'éradication de la poliomyélite dans le monde et la communauté internationale soient à même de fournir les US \$500 millions nécessaires pour couvrir les besoins qui restent à satisfaire au cours de la période 1999-2005. Un soutien sans faille de la part de ce partenariat<sup>6</sup> sera absolument nécessaire. Il est probable que de nouveaux partenaires, appartenant notamment au secteur privé, accroissent sensiblement cette participation dans un avenir proche.

Alors qu'à peine plus de 18 mois nous séparent de l'an 2000, date butoir fixée en 1988 par l'Assemblée mondiale de la Santé pour l'éradication de la poliomyélite – l'initiative pour l'éradication entre dans une phase cruciale. Pour respecter cette date, on procède au renforcement des activités des programmes, ce qui entraîne par voie de conséquence une augmentation des coûts et nécessite un soutien politique. Toutefois, même si ce regain d'efforts suppose un accroissement des ressources dans l'immédiat, il permettra de faire des économies à plus longue échéance en rapprochant le jour où les activités programmatiques prendront fin dans des pays désormais exempts de poliomyélite et où l'on pourra même se dispenser de la vaccination. Les progrès réalisés jusqu'ici montrent que la poliomyélite peut être éradiquée même dans les conditions les plus difficiles. Pour y parvenir, il faut que tous les pays, les pays d'endémicité poliomyélique comme les autres, dégagent les fonds nécessaires et fassent preuve de la volonté politique d'atteindre un but profitable à tous.

<sup>6</sup> Celui-ci comprend le Rotary International, l'UNICEF, l'OMS et les gouvernements de l'Allemagne, du Danemark, des États-Unis d'Amérique, du Japon et du Royaume-Uni.

## In memoriam, Artur Galazka

WHO has learned with sadness of the death of Dr Artur Galazka on 11 May 1999 in Warsaw, Poland.

Dr Galazka was one of the founders of the Expanded Programme on Immunization (EPI), with which he was associated from 1979 until his retirement in 1996. He was an internationally acclaimed expert on tetanus and diphtheria, having authored several hundred publications on these diseases. Other areas where he achieved prominence included the epidemiology of pertussis, rubella and mumps; vaccine stability; and adverse events associated with vaccination.

From 1957 to 1979, Dr Galazka worked at the National Institute of Hygiene (NIH), Warsaw. Initially he was responsible for evaluating immunization programmes in Poland. From 1969 to 1979, he headed the department responsible for national control of bacterial and viral vaccines and sera. His research portfolio included field evaluation of vaccine efficacy and laboratory research on adjuvants, immunosuppression and antibody assays. From 1972 to 1979 he served as the deputy director of NIH.

Dr Galazka's career with WHO began in 1974, when he served as a consultant on smallpox eradication in India. In 1979 he joined EPI at WHO headquarters in Geneva. He was responsible for monitoring global research on vaccine stability and efficacy, and managing the EPI information system, which he developed into an encyclopaedic collection of scientific data. Dr Galazka had a special talent for designing studies to assess the burden of vaccine-preventable diseases. By 1994 a total of 499 EPI disease-burden surveys had been conducted globally, including 315 to detect poliomyelitis, 159 to assess neonatal tetanus and 25 on measles mortality. After his retirement from WHO he returned to NIH as editor of the national epidemiology journal, *Przegląd Epidemiologiczny*.

Dr Galazka was a popular teacher, who led numerous immunization training courses in all regions of the world. His most famous lecture described the immune response to tetanus toxoid, and his demonstration of IgG transiting the placenta was always a moment of paedagogic hilarity. At every course he drew up a list of questions asked by the audience, and these questions were used to develop the EPI training series, *The immunological basis for immunization*.<sup>1</sup> More than 15 000 copies of this series have been distributed by WHO and it has been translated into 9 languages.

Dr Galazka contributed greatly to all aspects of EPI and his wisdom, experience and common sense will be greatly missed.

<sup>1</sup> Documents EPI/93.11-93.18, available on request from the VAB documents centre, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.

## Influenza

**Australia** (21 May 1999).<sup>1</sup> A local outbreak was reported in Westmead, New South Wales during the third week of May. Influenza A non-subtyped and influenza B viruses were isolated.

**South Africa** (16 May 1999).<sup>2</sup> The number of specimens received has been increasing since the beginning of May. Influenza A(H3N2) and influenza A non-subtyped viruses have been isolated from patients in the Johannesburg area.

<sup>1</sup> See No. 20, 1999, p. 162.

<sup>2</sup> See No. 18, 1999, p. 143.

## A la mémoire d'Artur Galazka

L'OMS a appris avec tristesse le décès du Dr Artur Galazka survenu le 11 mai 1999 à Varsovie (Pologne).

Le Dr Galazka était l'un des fondateurs du Programme élargi de vaccination (PEV), auquel il a collaboré de 1979 jusqu'à son départ à la retraite en 1996. C'était un expert mondialement connu du tétanos et de la diphtérie; il est l'auteur de plusieurs centaines de publications sur ces maladies. Il était également connu pour ses travaux sur l'épidémiologie de la coqueluche, de la rubéole et des oreillons, sur la stabilité des vaccins et sur les effets indésirables de la vaccination.

De 1957 à 1979, le Dr Galazka a travaillé à l'Institut national d'hygiène (INH), à Varsovie. Il fut tout d'abord chargé d'évaluer les programmes de vaccination en Pologne. De 1969 à 1979, il dirigea le service chargé de contrôler au niveau national les vaccins bactériens et viraux et les sérums. Il a consacré ses travaux à l'évaluation de terrain sur l'efficacité des vaccins et à la recherche en laboratoire sur les adjuvants, l'immunosuppression et les essais d'anticorps. De 1972 à 1979, il fut directeur adjoint de l'INH.

Le Dr Galazka a débuté sa carrière à l'OMS en 1974 en tant que consultant sur l'éradication de la variole en Inde. En 1979, il est entré au service du PEV au Siège de l'OMS à Genève. Il était chargé de superviser la recherche mondiale sur la stabilité et l'efficacité des vaccins et de gérer le système d'information du PEV qu'il a transformé en un recueil encyclopédique de données scientifiques. Le Dr Galazka montrait une aptitude particulière pour la conception d'études destinées à évaluer le fardeau des maladies évitables par la vaccination. En 1994, 499 études de ce genre avaient été effectuées dans le monde, dont 315 pour dépister la poliomyélite, 159 pour évaluer l'importance du tétanos néonatal et 25 sur la mortalité due à la rougeole. Après sa cessation d'activités à l'OMS, il a rejoint l'INH en qualité de rédacteur en chef du journal national d'épidémiologie, *Przegląd Epidemiologiczny*.

Le Dr Galazka était un pédagogue apprécié, qui a assuré de nombreux cours de formation à la vaccination dans toutes les régions du monde. Son cours le plus célèbre portait sur la réponse immunitaire à l'anatoxine tétanique, et la façon dont il mimait le passage de l'IgG dans le placenta ne manquait jamais de déclencher l'hilarité des étudiants. A chaque cours, il faisait une liste de questions posées par l'assistance et se servait de ces questions pour mettre au point les modules de formation du PEV intitulés *Les bases immunologiques de la vaccination*.<sup>1</sup> L'OMS a distribué plus de 15 000 exemplaires de cette série de modules qui a été traduite en 9 langues.

Le Dr Galazka a grandement contribué à tous les aspects du PEV et sa sagesse, son expérience et son bon sens seront très regrettés.

<sup>1</sup> Documents EPI/93.11-93.18, disponibles sur demande au centre de documentation VAB, Organisation mondiale de la santé, 1211 Genève 27, Suisse.

## Grippe

**Australie** (21 mai 1999).<sup>1</sup> Une flambée locale a été signalée à Westmead, Nouvelle-Galles du Sud pendant la troisième semaine de mai. Des virus grippaux A non sous-typés et des virus B ont été isolés.

**Afrique du Sud** (16 mai 1999).<sup>2</sup> Le nombre d'échantillons reçus augmente depuis début mai. Des virus de type A(H3N2) et A non sous-typés ont été isolés chez des patients dans la zone de Johannesburg.

<sup>1</sup> Voir N° 20, 1999, p. 162.

<sup>2</sup> Voir N° 18, 1999, p. 143.

### Outbreak news

**Cholera, Cambodia.** The Ministry of Health has reported a cholera outbreak in Rottanakiri province in the north-eastern part of the country. Four districts in this province, which is one of Cambodia's least populated areas, have been affected to date. The outbreak started on 16 April and a total of 874 cases with 56 deaths was reported up to 16 May.

Lack of good hygiene and sanitation facilities, as well as difficulty in sending supplies because of poor road conditions in the area, are contributing to the spread of the epidemic. The Ministry of Health is providing oral rehydration salts and antibiotics and is also organizing health education campaigns for the affected and surrounding villages.

Cholera is endemic in Cambodia and 1 197 cases and 66 deaths were notified to WHO in 1998.

### Le point sur les épidémies

**Choléra, Cambodge.** Le Ministère de la santé a signalé une flambée de choléra dans la province de Rottanakiri dans la partie nord-est du pays. Quatre districts de cette province, qui est l'une des zones les moins peuplées du Cambodge, ont été touchés à ce jour. La flambée a éclaté le 16 avril et un total de 874 cas dont 56 décès avait été signalé au 16 mai.

Le manque d'une hygiène convenable et de moyens d'assainissement, ainsi que les difficultés associées à l'envoi de matériel causées par les mauvaises conditions des routes dans la zone, contribuent à la propagation de l'épidémie. Le Ministère de la santé fournit des sels de réhydratation orale et des antibiotiques, et organise aussi des campagnes d'éducation pour la santé dans les villages touchés et voisins.

Le choléra est endémique au Cambodge, et 1 197 cas dont 66 décès ont été notifiés à l'OMS en 1998.

Health administrations are reminded that under the provisions of Article 3 of the International Health Regulations they should notify the Organization within 24 hours of being informed that the first case of a disease subject to the Regulations has occurred in their territory. The infected area should be notified within the subsequent 24 hours if not already communicated.

Il est rappelé aux administrations sanitaires qu'aux termes de l'article 3 du Règlement sanitaire international elles doivent adresser une notification à l'Organisation dans les 24 heures, dès qu'elles sont informées qu'un premier cas d'une maladie soumise au Règlement a été signalé dans une zone de leur ressort. Dans les 24 heures qui suivent, elles adressent notification de la zone infectée si elle n'a pas encore été communiquée.

### DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS

### MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT

#### Notifications received from 21 to 27 May 1999

C – cases, D – deaths, ... – data not yet received,  
i – imported, r – revised, s – suspect

#### Cholera • Choléra

##### Africa • Afrique

	C	D
<b>Cameroon – Cameroun</b>	1.I-31.III	
.....	1 584	26
<b>Comoros – Comores</b>	7.I-14.V	
.....	744	6
<b>Congo</b>	1.I-30.IV	
.....	3 431	14
<b>Rwanda</b>	1.I-30.IV	
.....	187	44
<b>Zimbabwe</b>	1-30.IV	
.....	1 473	123

#### Americas • Amériques

##### Brazil – Brésil

	C	D
<b>Brazil – Brésil</b>	19.III-19.V	
.....	467	3
<b>Peru – Pérou</b>	1.I-30.IV	
.....	678	5

##### Asia • Asie

##### Cambodia<sup>1</sup> – Cambodge<sup>1</sup>

	C	D
<b>Cambodia<sup>1</sup> – Cambodge<sup>1</sup></b>	16.IV-16.V	
.....	874	56

<sup>1</sup> See note above. – Voir note ci-dessus.

#### Yellow fever • Fièvre jaune

##### Americas • Amériques

	C	D
<b>Peru – Pérou</b>	...-14.V	
<i>San Martín Department</i> .....	26*	8*

\* Additional cases/deaths in the period up to 14.V (see WER No. 20, p. 164). – Cas et décès supplémentaires pendant la période jusqu'au 14.V (voir REH N° 20, p. 164).

#### Newly infected areas as at 27 May 1999

For criteria used in compiling this list, see No. 13, 1999, p. 104.

#### Zones nouvellement infectées au 27 mai 1999

Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 13, 1999, p. 104.

#### Cholera • Choléra

Asia • Asie  
**Cambodia – Cambodge**  
*Rottanakiri Province*

WWW access: <http://www.who.int/wer>  
E-Mail: send message **subscribe wer-reh** to [majordomo@who.int](mailto:majordomo@who.int)  
Telex: 415416 Fax: (41-22) 791 41 98  
Price of the *Weekly epidemiological record*  
Annual subscription Sw. fr. 230.–

Accès WWW: <http://www.who.int/wer>  
Courrier électronique: envoyer message **subscribe wer-reh** à [majordomo@who.int](mailto:majordomo@who.int)  
Télex: 415416 Fax: (41-22) 791 41 98  
Prix du *Relevé épidémiologique hebdomadaire*  
Abonnement annuel Fr. s. 230.–