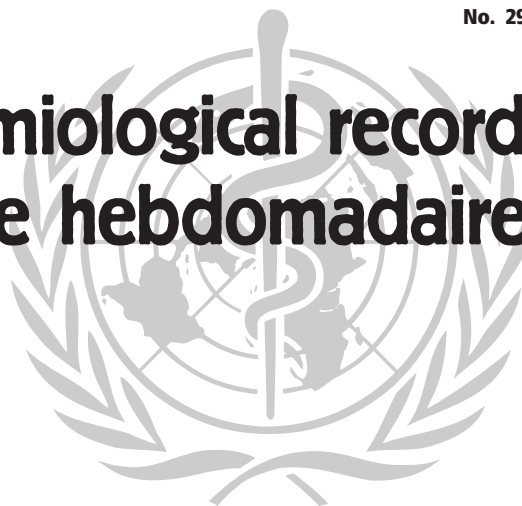


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

20 JULY 2001, 76th YEAR / 20 JUILLET 2001, 76^e ANNÉE

No. 29, 2001, 76, 217–224

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

Contents

- 217 Outbreak news
- 217 Adverse events following yellow fever vaccination
- 218 Global surveillance of emerging and re-emerging diseases – A pilot sentinel network project
- 224 Influenza
- 224 International Health Regulations

Sommaire

- 217 Le point sur les épidémies
- 217 Manifestations indésirables suite à la vaccination antiamarile
- 218 Surveillance mondiale des maladies émergentes ou réémergentes – Un projet pilote de réseau sentinelle
- 224 Grippe
- 224 Règlement sanitaire international

★ OUTBREAK NEWS

Legionellosis, Spain. As of 11 July, the National Centre for Epidemiology has reported a total of 470 cases of suspected legionellosis in Murcia. Of these, 178 have been laboratory-confirmed. The first case was hospitalized on 1 July. One patient, a 65-year-old male, has died. No cases have been reported among tourists.

The majority of cases are residents in the northern neighbourhoods of the city. It is suspected that local cooling towers, several of which are present in these neighbourhoods, are the most likely source of infection. Other possible sources are also being investigated. Health authorities are conducting an in-depth investigation and environmental sampling.

Legionellosis is a bacterial disease. Humans are infected by inhaling small droplets or particles contaminated with *Legionella* bacteria. Control measures focus on eliminating the source of the infectious particles. The infection is not transmitted from person to person. ■

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Légionellose, Espagne. Au 11 juillet, le Centre national d'épidémiologie avait signalé au total 470 cas de légionellose présumée à Murcie. Parmi ceux-ci, 178 cas ont été confirmés en laboratoire. Le premier cas a été hospitalisé le 1^{er} juillet. Un malade, un homme de 65 ans, est décédé. Aucun cas n'a été signalé parmi les touristes.

La plupart des cas habitent au nord de la ville. On pense que la source la plus probable de l'infection serait des tours de refroidissement locales, qui se trouvent dans cette zone. D'autres sources possibles sont à l'étude. Les autorités sanitaires procèdent à une enquête approfondie et à des prélèvements d'échantillons dans l'environnement.

La légionellose est une maladie bactérienne. Les humains sont infectés en inhalant des gouttelettes ou des particules contaminées par des bactéries de *Legionella*. Les mesures de lutte sont axées sur l'élimination de la source des particules infectieuses. L'infection n'est pas transmissible d'une personne à une autre. ■

Adverse events following yellow fever vaccination

There have been recent reports¹ of 7 cases of serious adverse events (including 6 deaths) following yellow fever vaccination. The cases described in these reports occurred from 1996 to 2001 in Australia (1 case), Brazil (2 cases) and the United States (4 cases) and have raised concerns about the safety of the yellow fever vaccine. WHO has been fully

Manifestations indésirables suite à la vaccination antiamarile

Il y a eu des rapports récents¹ concernant 7 cas de manifestations postvaccinales indésirables graves (dont 6 décès) suite à la vaccination antiamarile. Les cas décrits dans ces rapports se sont produits entre 1996 et 2001 en Australie (1 cas), au Brésil (2 cas) et aux États-Unis (4 cas) et ont suscité des inquiétudes à propos de la sécurité du vaccin antiamaril. L'OMS a été pleinement infor-

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. fr. / Fr. s. 230.–

6.500 1.2001
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

¹ *The Lancet*, 14 July 2001.

¹ *The Lancet*, 14 juillet 2001.

aware of the reported cases and has closely monitored their investigation by national authorities in the respective countries.

WHO endorses the call for a renewed discussion of the safety of the yellow fever vaccine and the indications for its use. In particular, WHO recommends that travellers should be carefully assessed regarding their need for the vaccine and their personal level of risk.

Although the exact frequency of serious adverse events following yellow fever vaccination is yet to be determined, information currently available suggests that they are extremely rare. An estimated 150 million doses of vaccine were administered worldwide over the past 4 years, of which 54 million in Brazil, where only 2 cases of serious adverse events were reported.

Yellow fever remains a serious public health problem in Africa and South America and is a re-emerging disease which kills an estimated 30 000 people every year. It is also a major risk for travellers to endemic countries. The risk to unimmunized individuals either living in or travelling to areas where there is known yellow fever transmission is far greater than the risk of having a vaccine-related adverse event. Therefore the current WHO policy² on yellow fever vaccination remains unchanged. However, there is a need to improve monitoring to detect potential severe adverse events and to quantify the actual rate of such events. ■

² For information please consult:
<http://www.who.int/vaccines/intermediate/yellowfever.htm> and
http://www.who.int/emc-documents/yellow_fever/whoepigen9808c.html.

mée des cas signalés et a suivi de près l'enquête menée par les autorités nationales dans les pays respectifs.

L'OMS soutient l'appel à relancer la discussion concernant la sécurité du vaccin antiamaril et son mode d'utilisation. Notamment, l'OMS recommande que soient soigneusement évalués le besoin de vaccination et le niveau personnel de risque des voyageurs.

Bien que la fréquence exacte de manifestations postvaccinales graves suite à la vaccination antiamarile reste à déterminer, l'information actuellement disponible donnerait à penser qu'elles seraient extrêmement rares. On estime que 150 millions de doses de vaccin ont été administrées dans le monde ces 4 dernières années, dont 54 millions au Brésil, où seuls 2 cas de manifestations postvaccinales indésirables graves ont été signalés.

La fièvre jaune reste un problème de santé publique sérieux en Afrique et en Amérique du Sud, étant une maladie réémergente qui tue d'après les estimations 30 000 personnes par an. C'est aussi un risque majeur pour les voyageurs en pays endémiques. Le risque pour les personnes non immunes qui vivent ou voyagent dans des zones où la transmission de la fièvre jaune est démontrée est beaucoup plus important que le risque de souffrir d'une manifestation postvaccinale indésirable grave. De ce fait, la politique actuelle de l'OMS concernant la vaccination antiamarile reste inchangée. Il est cependant nécessaire d'améliorer la surveillance afin de dépister de potentielles manifestations postvaccinales indésirables graves et de quantifier le taux réel de telles manifestations. ■

² Pour de plus amples informations, prière de consulter:
<http://www.who.int/vaccines/intermediate/yellowfever.htm> et
http://www.who.int/emc-documents/yellow_fever/whoepigen9808c.html.

Global surveillance of emerging and re-emerging diseases

A pilot sentinel network project¹

The emergence, during the past 2 decades, of pandemic infections of HIV and HCV and of several new diseases (such as bovine spongiform encephalopathy and *E. coli* O157) has resulted in a broad recognition of the growing importance of worldwide surveillance of emerging and re-emerging diseases.

Given that such global surveillance can best be carried out by a group of organizations, the Agency for Cooperation in International Health (ACIH) of Japan initiated a pilot project in late 1997 to establish how it could contribute to a global surveillance network for emerging and re-emerging diseases. The group consisted of selected health officers or experts from Africa, Asia, Latin America and the Middle East, who had participated in the ACIH course on infectious diseases over the past 5 years. They agreed to establish ex-

¹ Report submitted by the Agency for Cooperation in International Health (ACIH), Japan. The project was funded by the Ministry of Health and Welfare of Japan, and Japan Cooperation in International Health (JICA). Apart from the sentinel sites that have collaborated in the project, ACIH wishes to acknowledge the input of experts in infectious diseases from several Japanese institutions (National Institute of Infectious Diseases; Institute of Tropical Medicine, Nagasaki University; Kumamoto National Hospital; Faculty of Medicine, Kyusyu University).

Surveillance mondiale des maladies émergentes ou réémergentes

Un projet pilote de réseau sentinelle¹

Les pandémies d'infections à VIH et à HCV et les maladies nouvelles (telles que l'encéphalopathie spongiforme bovine et *E. coli* O157) apparues au cours de ces 2 dernières décennies ont conduit l'opinion en général à reconnaître l'importance croissante d'une surveillance mondiale des maladies émergentes ou réémergentes.

Consciente qu'un groupe d'organisations serait mieux à même d'assurer cette surveillance mondiale, l'Agency for Cooperation in International Health (ACIH) du Japon a entrepris fin 1997 un projet pilote visant à déterminer comment il pourrait contribuer à un réseau de surveillance mondial des maladies émergentes ou réémergentes. Le groupe se composait d'administrateurs de la santé et de spécialistes d'Afrique, d'Amérique latine et d'Asie ayant assisté au cours ACIH sur les maladies infectieuses dans ces 5 dernières années. Ils ont accepté de servir de postes de surveillance sentinel-

¹ Rapport communiqué par l'Agency for Cooperation in International Health (ACIH), Japon. Le projet a été financé par le Ministère de la santé et de la prévoyance sociale du Japon et l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA). L'ACIH tient à remercier, outre les postes sentinelles qui ont collaboré au projet, les spécialistes des maladies infectieuses de plusieurs établissements japonais (Institut national des maladies infectieuses; Institut de médecine tropicale, Université de Nagasaki; Hôpital national de Kumamoto; Faculté de médecine, Université de Kyusyu).

perimental sentinel surveillance sites for selected infectious diseases in their areas. This article describes the functioning of the pilot project to date, and discusses its potential contribution to the global surveillance network.²

The project

In late 1997, ACIH contacted scientists who had participated in its courses during the previous 3 years to enquire whether any of them would be interested in establishing sentinel sites for surveillance of selected diseases. Of about 400, 45 agreed. Those involved were from institutions such as the paediatrics department of general hospitals, epidemiological divisions of national research institutes, large provincial health departments dealing with communicable diseases, clinical laboratories of large hospitals, blood transfusion departments, etc.

Sites were divided into 3 categories according to the main functions of the individuals concerned in the area of public health, as shown below:

Category 1. Scientists dealing with the clinical diagnosis of patients, their treatment and follow-up care or epidemic control in hospitals, clinics or infectious disease control departments.

Category 2. Scientists conducting laboratory work for identification, drug resistance or any other laboratory studies on infectious diseases.

Category 3. Scientists working in blood-transfusion services with knowledge of the health conditions of blood donors through screening procedures.

After discussing the best way of communicating, as well as conducting a small-scale trial in 1997, ACIH initiated the project on a trial basis starting in April 1998, with the objective of setting up routine quarterly reporting on selected infectious diseases from the sentinel sites. Communication takes place through email or fax. While target diseases may be altered as the project develops in the future, the following target diseases were selected in consultation with all those participating in the project. The rationale for the selection of these surveillance targets included WHO policy, levels of mortality and morbidity, epidemic potential, and the likelihood of repeat occurrence during the trial period.

Categories 1 and 2. Cholera, meningococcal meningitis, acute flaccid paralysis, measles, acute jaundice syndrome (to detect hepatitis A, B and E, and yellow fever), influenza, drug-resistant malaria (clinical) (*Plasmodium falciparum* or *P. vivax*), antimicrobial-resistant typhoid fever (chloramphenicol, quinolones), Japanese encephalitis, plague, dengue and lymphatic filariasis.³

Category 3. Viral hepatitis B, viral hepatitis C, HIV and syphilis.

les pour certaines maladies infectieuses dans leurs zones respectives. Le présent article décrit le fonctionnement du projet pilote à ce jour, ainsi que sa contribution au réseau de surveillance mondial.²

Le projet

Fin 1997, l'ACIH a consulté les spécialistes ayant participé au cours ACIH dans les 3 années précédentes pour savoir s'ils accepteraient de mettre en place des postes sentinelles pour la surveillance de certaines maladies. Sur les 400 environ, 45 ont accepté, et notamment les services de pédiatrie d'hôpitaux généraux, les divisions d'épidémiologie d'instituts de recherche nationaux, les services des maladies transmissibles de grands établissements de santé de province, les laboratoires d'analyses de grands hôpitaux, des services de transfusion sanguine, etc.

Les divers postes sentinelles ainsi créés ont été répartis en 3 catégories selon les principales fonctions des spécialistes concernés dans le domaine de la santé publique, comme suit:

Catégorie 1. Spécialistes scientifiques chargés du diagnostic clinique, du traitement et des soins ultérieurs ou de la lutte contre les épidémies dans les hôpitaux, les dispensaires ou les services de lutte contre les maladies infectieuses.

Catégorie 2. Spécialistes scientifiques chargés des analyses de laboratoire concernant l'identification des maladies infectieuses, la pharmacorésistance ou d'autres aspects des maladies infectieuses.

Catégorie 3. Spécialistes scientifiques chargés du diagnostic des maladies chez les donneurs dans des services de transfusion sanguine.

Après avoir discuté du meilleur moyen de communiquer et procédé à un essai à petite échelle en 1997, l'ACIH a mis sur pied le projet en avril 1998 à titre d'essai dans le but d'assurer la notification trimestrielle systématique de certaines maladies infectieuses par les postes sentinelles. Les données sont communiquées par courrier électronique ou télécopie. Bien que pouvant être modifiées au fur et à mesure de l'évolution du projet, les maladies cibles suivantes ont été choisies en consultation avec tous les participants au projet. Le choix de ces maladies cibles a été déterminé par la politique de l'OMS, les niveaux de morbidité et de mortalité, le potentiel épidémique et la probabilité d'une récurrence pendant la période d'essai.

Catégories 1 et 2. Choléra, méningite à méningocoques, paralysie flasque aiguë, rougeole, ictère infectieux (pour détecter les hépatites A, B et E et la fièvre jaune), grippe, paludisme pharmacorésistant (clinique) (*Plasmodium falciparum* ou *P. vivax*), fièvre typhoïde résistante aux antimicrobiens (chloramphénicol, quinolones), encéphalite japonaise, peste, dengue et filariose lymphatique.³

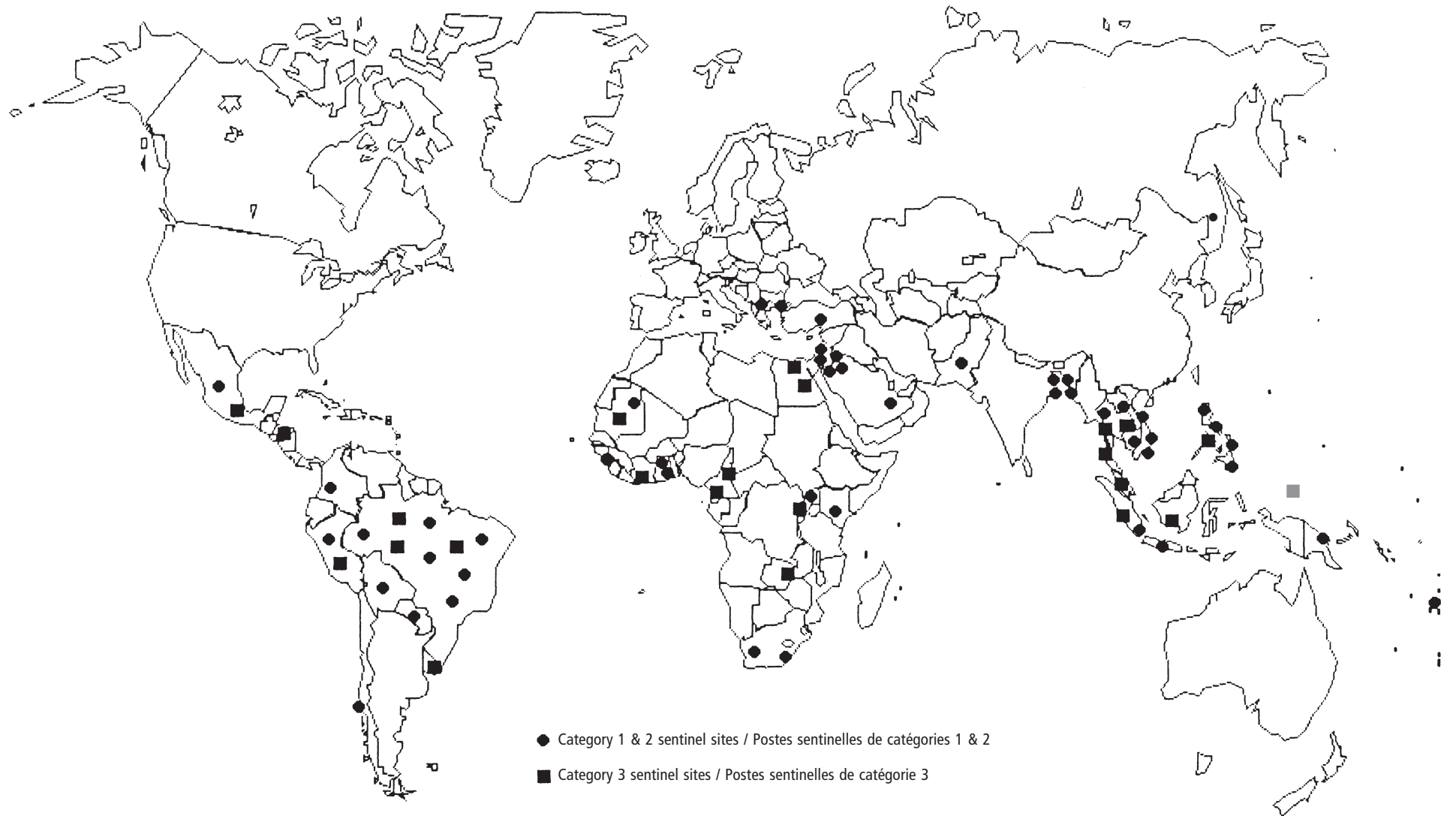
Catégorie 3. Hépatite virale B, hépatite virale C, VIH et syphilis.

² For further details, please refer to the editorial note below.

³ Japanese encephalitis, plague, dengue and lymphatic filariasis were added from January 1999, as determined by an advisory meeting at the end of 1998.

² Pour de plus amples détails, prière de consulter la note de la rédaction ci-dessous.

³ L'encéphalite japonaise, la peste, la dengue et la filariose lymphatique ont été incluses à compter de janvier 1999, ainsi qu'il en a été décidé lors d'une réunion consultative fin 1998.

Map 1 **Distribution of sentinel sites^a**Carte 1 **Distribution des postes sentinelles^a**

^a 70 sentinel sites in 36 countries as of June 2001. – 70 postes sentinelles dans 36 pays au mois de juin 2001.

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.

There were 45 sentinel sites in early 1998. Participants in ACIH courses during 1999 and 2000 subsequently joined the network. Sentinel sites which have not participated actively since April 1999 have been excluded from the network, although their efforts until that date are appreciated. The distribution of sentinel sites as of January 2001 is shown in *Map 1*.

A total of 61 sentinel sites (87.1%) are now able to communicate through email. An Internet email-based mailing list⁴ was introduced in July 1999. As of June 2001, the list included 54 sentinel sites and 25 advisory members. Using this technology greatly facilitates rapid and easy communication among the participants in the network, ACIH, advisory members and other related players. Others communicate by fax, but it is hoped that they may soon start to use email.

Results

(1) Reporting

The quarterly reporting ratio from sentinel sites in each quarter ranges overall from 80% to 21% over the past 3 years. The delay of receipt ranges from 5 to 8 weeks, owing to difficulties in communication or the administrative situation. As the number of sentinel sites increases, the ratio of reporting declines and delays become more frequent. Further special contacts are being made to remedy the situation.

The results thus compiled are distributed quarterly to the advisory group, as well as to individual sentinel sites. For example, it is interesting to note the results of category 3 sentinel sites as shown in *Table 1*, e.g. the high prevalence of hepatitis B and hepatitis C noted by sentinel sites in Africa. The number of blood donors ranged from approximately 300 to 8 000 in each site for each quarter.

After the network started operating, ACIH immediately received reports by email or telephone on the following outbreaks: cholera in the United Republic of Tanzania in May 1998; meningococcal meningitis in Uruguay in August 1998; dengue in Paraguay in March 2000; Ebola haemorrhagic fever in Uganda in October 2000; cholera in Ghana in November 2000; meningitis in Ghana in February 2001; an unknown neurological disease (under investigation) in Bangladesh in May 2001; malaria in Uganda in June 2001.

(2) Feedback

Appropriate feedback from sentinel sites is essential and includes:

- acknowledgement of receipt from sentinel sites by ACIH;
- sharing of information with all sentinel sites (unless information is stated as confidential);
- pertinent surveillance information selected by ACIH, such as information on outbreaks from WHO, the Centers for Disease Control and Prevention (United States), the Ministry of Health of Japan, etc., document references, publications as appropriate;

Il y avait 45 postes sentinelles au début de 1998. Les spécialistes ayant participé aux cours ACIH en 1999 et 2000 se sont ensuite joints au réseau. Les postes sentinelles n'ayant pas donné signe depuis avril 1999 ont été exclus du réseau bien que leur travail à cette date ait été apprécié. La *Carte 1* donne la distribution des postes sentinelles au mois de janvier 2001.

Au total, 61 postes sentinelles (87,1%) peuvent maintenant communiquer par courrier électronique. Une liste d'adresses électroniques⁴ a été établie en juillet 1999. Au mois de juin 2001, la liste comprenait 54 postes sentinelles et 25 membres conseillers. L'utilisation de cette technologie facilite et accélère sensiblement la communication entre ceux qui participent au réseau, l'ACIH, les membres conseillers et les autres protagonistes apparentés. Les autres postes sentinelles communiquent par télécopie mais on espère qu'ils seront bientôt en mesure d'utiliser le courrier électronique.

Résultats

1) Notification

Le taux de notification trimestriel par les postes sentinelles pour ces 3 dernières années oscille entre 80% et 21%. Compte tenu des problèmes de communication ou de la situation administrative, les rapports sont reçus avec 5 à 8 semaines de retard. A mesure que le nombre des postes sentinelles augmente, les taux de notification baissent et les retards sont plus fréquents. D'autres contacts spéciaux sont établis pour remédier à la situation.

Les données ainsi réunies sont distribuées chaque trimestre au groupe consultatif et aux différents postes sentinelles. Il est intéressant de noter, par exemple, les résultats obtenus pour les postes sentinelles de la catégorie 3 tels qu'ils apparaissent au *Tableau 1*, comme la prévalence élevée des hépatites B et C signalée par les postes sentinelles en Afrique. Le nombre trimestriel des donneurs de sang allait de 300 environ à 8 000 par poste sentinelle.

Après le lancement du réseau, l'ACIH a reçu des rapports instantanés par courrier électronique ou par téléphone sur les flambées suivantes: choléra en République-Unie de Tanzanie en mai 1998; méningite à méningocoques en Uruguay en août 1998; dengue au Paraguay en mars 2000; fièvre hémorragique Ebola en Ouganda en octobre 2000, choléra au Ghana en novembre 2000; méningite au Ghana en février 2001; une affection neurologique inconnue (à l'étude) au Bangladesh en mai 2001; paludisme en Ouganda en juin 2001.

2) Communication des résultats

Il est important de donner suite aux rapports des postes sentinelles et de leur communiquer ce qui suit:

- accusé de réception des rapports des postes sentinelles par l'ACIH;
- communication des données à tous les postes sentinelles (hormis les données confidentielles);
- données de surveillance pertinentes choisies par l'ACIH comme des informations sur les flambées fournies par l'OMS, les *Centers for Disease Control and Prevention* (Etats-Unis d'Amérique), le Ministère de la santé du Japon, etc., des documents de référence et des publications, le cas échéant;

⁴ Alumni for Global Surveillance network (AGSnet).

⁴ Alumni for Global Surveillance network (AGSnet).

Table 1 **Serology-positive ratio in blood donors, selected sentinel sites, 1998-2000**
 Tableau 1 **Taux de séropositivité chez les donateurs de sang pour certains postes sentinelles, 1998-2000**

Area / Zone	Sentinel site serial number Numéro du poste sentinelle	Viral hepatitis B Hépatite virale B			Viral hepatitis C Hépatite virale C			HIV VIH			Syphilis		
		1998 ^a	1999	2000	1998	1999	2000	1998 ^a	1999	2000	1998 ^a	1999	2000
West Africa / Afrique occidentale	1		11.86			n.a./ n.d.		4.75				1.02	
	2		13.12			n.a./ n.d.		11.44				3.09	
	3	6.28	4.02	4.29	3.59	4.10	2.71	1.67	1.72	1.53	1.19	1.82	1.46
	4			20.71			0.89			3.85			7.69
North-East Africa Afrique septentrionale et orientale	5	4.16	3.72	2.54	13.07	9.84	9.72	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	6	1.52			6.31			0.00				n.a./ n.d.	
	7	8.28	7.03	2.28	n.a./ n.d.	1.93	1.17	13.38	10.43	8.03	n.a./ n.d.	6.09	2.08
South and Central America Afrique australe et centrale	8		0.29	0.65		0.44	0.34		0.16	0.56		0.42	4.01
	9	4.00			1.22			0.20				1.83	
	10	0.41	0.30		1.07	0.40		0.14	0.31		0.14	0.20	
	11	0.16	0.39	2.28	0.54	0.43	1.17	0.22	0.09	8.03	n.a./ n.d.	0.39	2.08
	12	1.60	1.12	0.44	1.02	0.74	0.61	0.69	0.23	0.11	1.54	1.45	0.65
	13	1.30	1.53		0.32	0.51		0.08	0.02		0.45	0.42	
South-East Asia / Asie du Sud-Est	14			17.49			n.a./ n.d.			3.20			0.00
	15			1.08			0.21		0.03				0.06
	16	9.02	9.77		0.97	3.83		0.00	0.04		0.21	0.63	
	17	10.53	0.98	1.08	0.88	0.00	0.54	0.00	0.98	0.54	2.63	0.00	3.76
	18	0.00	1.73	0.39	0.00	0.58	0.78	0.00	0.58	0.39	0.00	0.00	0.00

n.a.: not available. – n.d. = non disponible.

^a As of April. – Commencant en avril.

- appropriate response, when and as needed, primarily through the provision of technical support (e.g. consultants, training course) or logistic support (e.g. diagnostic reagents, medical supplies and communication equipment) in consultation with the public health authorities of the countries involved.

In order to provide as much information as possible to the collaborating sentinel sites, in 1998 ACIH contracted with a media agency which provides information from media reports on possible infectious diseases throughout the world. If the information is found useful by the project participants, it is passed to the sentinel sites. Media information may sometimes be erroneous or scientifically unconfirmed, so the information should be treated with caution. It can nevertheless be useful for sentinel sites to initiate an epidemiological investigation if required.

- l'intervention appropriée, en temps voulu et si besoin est, principalement sous la forme d'un soutien technique (consultants, cours de formation) ou d'un soutien logistique (par ex. réactifs diagnostiques, fournitures médicales et matériel de communication) en consultation avec les autorités de santé publique des pays concernés.

En 1998, afin de fournir autant d'informations que possible aux postes sentinelles, l'ACIH a passé un contrat avec une agence médiatique qui diffuse des données extraites de rapports parus dans les médias sur d'éventuelles maladies infectieuses dans le monde entier. Si les données sont jugées utiles par les participants au projet, elles sont transmises aux postes sentinelles. Les données publiées dans les médias peuvent parfois être erronées ou non confirmées scientifiquement, et il convient donc de les manier avec précaution. Les postes sentinelles pourront néanmoins avoir avantage à procéder si besoin est à des enquêtes épidémiologiques.

Discussion

Although a network with such a limited number of sentinel sites is unable to provide a comprehensive picture of target diseases, it is believed that it could be another potential source of global information on emerging and re-emerging diseases. A unique characteristic of the project is that responsible officials are those who have participated in the seminar or study courses organized by ACIH and Japan Cooperation in International Health (JICA) for several months. Thus, the information providers and recipients know each other very well. Such a close relationship can prove advantageous. Although the difficulties are appreciated, such as the possible heavy workload of sentinel sites and the shortage of laboratory equipment and supplies, the reporting rate found during the project should improve.

In March 2001, 3 teams of ACIH advisory group members visited 15 sentinel sites in Africa, Asia and South America to discuss and improve the quality of the work. During the visit, possible studies on drug-resistant microbes and on bloodborne diseases were discussed.

A network such as this could play a useful role in the case of unusual outbreaks of infectious diseases, such as a pandemic of a new type of influenza, or an outbreak of an intentionally spread infectious disease, as the network can collect information informally.

Conclusion

The project aimed to develop a sentinel surveillance network for emerging and re-emerging diseases in developing countries, based on personal communication. This kind of network would not cover large areas, although the relationship of mutual trust between information providers and recipients should encourage the collection of information which can supplement the global surveillance system.

The project will continue for the next 3 years, in order to further consolidate the network. It should be noted that, on the whole, reasonably successful operation of the network has resulted from the excellent cooperation and keen interest shown by individual sentinel sites.

Once the trial is successfully over, it will be important to determine the position of this network in the context of the global system, to determine whether the current project should continue or whether a new arrangement should be sought.

Editorial note. The ACIH network of alumni, as mentioned by the authors, is only intended to supplement more comprehensive national and global surveillance systems for epidemics and emerging infections. Interestingly it illustrates the importance of personal connections in surveillance networks and, for many laboratory professionals who may feel isolated, particularly in developing countries, the importance of participating in a network which provides connections with other professionals through the common objective of surveillance. Such initiatives also contribute to raising awareness worldwide of the importance of surveillance of infectious diseases.

Discussion

Bien qu'un réseau reposant sur un nombre aussi limité de postes sentinelles ne soit pas en mesure de dresser un tableau complet des maladies cibles, on pense qu'il pourrait représenter une autre source potentielle de données relatives aux maladies émergentes ou réémergentes. Ce projet a la particularité d'être administré par les personnes ayant participé au séminaire ou aux cours organisés par l'ACIH et l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA) pendant plusieurs mois. Ainsi, ceux qui fournissent les informations et ceux qui les reçoivent se connaissent bien. De telles relations peuvent présenter certains avantages. Malgré les difficultés existantes, comme la charge de travail parfois trop lourde des postes sentinelles et la pénurie de matériel et de fournitures de laboratoire, il conviendrait d'améliorer le taux de notification observé pendant le projet.

En mars 2001, les membres du groupe consultatif ACIH ont été répartis en 3 équipes qui ont rendu visite à 15 postes sentinelles en Afrique, en Asie et en Amérique du Sud pour examiner et améliorer la qualité du travail. Au cours de ces visites, la possibilité de procéder à des études sur les germes pharmacorésistants et sur les maladies à diffusion hémotogène a été examinée.

En raison de sa capacité à recueillir des informations de façon informelle, un réseau de ce type pourrait constituer un outil efficace en cas de flambée inhabituelle de maladie infectieuse, comme une pandémie de grippe d'un type nouveau ou une flambée d'une maladie infectieuse propagée délibérément.

Conclusion

Le projet visait à élaborer un réseau de surveillance sentinelle pour les maladies émergentes ou réémergentes dans les pays en développement, fondé sur des communications personnelles. Un tel réseau se limiterait à des zones restreintes mais la relation de confiance entre les fournisseurs et les destinataires des informations devrait encourager la collecte de données pouvant compléter le système de surveillance mondial.

Le projet durera encore 3 ans, le temps de consolider le réseau. Il convient de noter que, dans l'ensemble, l'esprit de coopération et l'intérêt manifestés par les différents postes sentinelles ont permis au réseau de fonctionner de façon relativement satisfaisante.

Une fois l'essai mené à bien, il sera important de déterminer la position de ce réseau dans le contexte du système mondial, afin de décider si le projet actuel doit continuer ou si de nouvelles dispositions doivent être définies.

Note de la rédaction. Le réseau ACIH de participants aux cours, comme le mentionnent les auteurs, a pour seul but d'apporter un complément aux systèmes nationaux et mondial de surveillance des épidémies et des maladies émergentes. Il illustre de façon intéressante l'importance des contacts personnels dans les réseaux de surveillance et, pour de nombreux professionnels dans les laboratoires qui peuvent se sentir isolés, notamment dans les pays en développement, l'importance de participer à un réseau qui leur offre un échange avec d'autres professionnels par le biais de l'objectif commun de la surveillance. Des initiatives telles que celle-ci contribuent également à une sensibilisation accrue dans le monde concernant l'importance de la surveillance des maladies infectieuses.

At the global level, surveillance takes place through the Global Outbreak Alert and Response Network, a technical partnership of key institutions and networks in epidemic alert and response. It is a framework for collaboration and coordination in international outbreak response through which partners mobilize and pool their resources so that appropriate technical assistance reaches affected states rapidly, morbidity and mortality are reduced and further disease spread is prevented. Within the framework of the International Health Regulations, currently under revision, this global network of networks is able to strengthen epidemic alert and improve response systems at all levels. ■

Au niveau mondial, la surveillance s'effectue grâce au Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, un partenariat technique entre des établissements et des réseaux jouant un rôle important dans ce domaine. Il sert de cadre pour la collaboration et la coordination concernant l'action mondiale en cas de flambées et permet aux partenaires de mobiliser et rassembler leurs ressources pour assurer dans les meilleurs délais l'assistance technique requise aux Etats affectés, faire baisser la morbidité et la mortalité et prévenir toute nouvelle propagation des maladies. Conformément au Règlement sanitaire international, en cours de révision, ce réseau mondial de réseaux est en mesure de renforcer l'alerte en cas d'épidémie et d'améliorer les systèmes d'action à tous les niveaux. ■

Influenza

Argentina (7 July 2001).¹ Local outbreaks due to influenza A were reported for the third week. One of the influenza B viruses isolated was from Nuequén.

Other reports. In June, influenza was sporadic in Israel² and has continued to be sporadic in Canada³ and Hong Kong Special Administrative Region of China.⁴ ■

¹ See No. 28, 2001, pp. 215-216.

² See No. 3, 2001, p. 24.

³ See No. 19, 2001, p. 148.

⁴ See No. 25, 2001, p. 196.

Grippe

Argentine (7 juillet 2001).¹ Des flambées locales dues à la grippe A ont été signalées pour la troisième semaine consécutive à Buenos Aires. L'un des virus grippaux B isolés était de Nuequén.

Autres rapports. En juin, la grippe a été sporadique en Israël² et a continué d'être sporadique au Canada³ et à Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine.⁴ ■

¹ Voir N° 28, 2001, pp. 215-216.

² Voir N° 3, 2001, p. 24.

³ Voir N° 19, 2001, p. 148.

⁴ Voir N° 25, 2001, p. 196.

Articles appearing in the *Weekly epidemiological record* may be reproduced without prior authorization, provided due credit is given to the source.

Les articles paraissant dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* peuvent être reproduits sans autorisation préalable, sous réserve d'indication de la source.

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.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 13 to 19 July 2001 / Notifications de maladies reçues du 13 au 19 juillet 2001

Cholera / Choléra

Africa / Afrique		Cases / Deaths Cas / Décès	Asia / Asie		Cases / Deaths Cas / Décès
Chad / Tchad	26.VI-10.VII	11	China / Chine	30.V-25.VI	
.....	219		140	0
Ghana	15.IV-16.VI	0	Hong Kong Special Administrative Region of China / Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine	9.VII-12.VII	
.....	139		2	0
Kenya	1.I-24.VI	42			
.....	841				
Togo	2.VII-8.VII	0			
.....	33				

WWW access • <http://www.who.int/wer>

E-mail • send message [subscribe_wer-reh](mailto:subscribe_wer-reh@majordomo@who.int) to majordomo@who.int

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

Editor: vallanjonm@who.int

Accès WWW • <http://www.who.int/wer>

Courrier électronique • envoyer message [subscribe_wer-reh](mailto:subscribe_wer-reh@majordomo@who.int) à majordomo@who.int

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

Rédactrice: vallanjonm@who.int