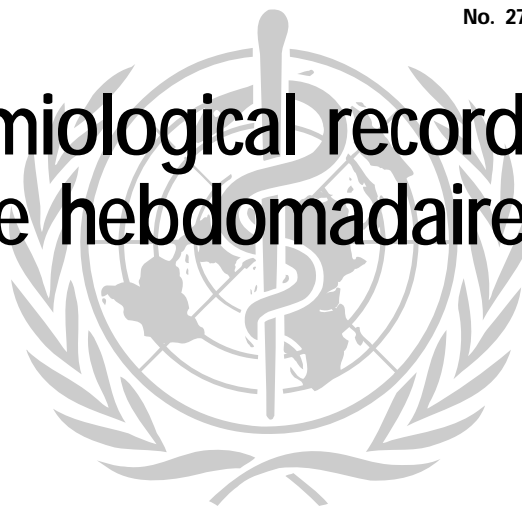


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

5 JULY 2002, 77th YEAR / 5 JUILLET 2002, 77^e ANNÉE

No. 27, 2002, 77, 221–228

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

Contents

- 221 Certification of poliomyelitis eradication, European region, June 2002
- 224 WHO-UNICEF joint statement on strategies to reduce measles mortality worldwide
- 228 Influenza
- 228 International Health Regulations

Sommaire

- 221 Certification de l'éradication de la poliomyélite, Région européenne, juin 2002
- 224 Déclaration commune OMS-UNICEF sur les stratégies visant à réduire la mortalité due à la rougeole dans le monde
- 228 Grippe
- 228 Règlement sanitaire international

Certification of poliomyelitis eradication

European region, June 2002

On 21 June 2002, the Regional Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication in the European Region (RCC/EUR) certified the WHO European Region (EUR) as free of indigenous wild poliovirus transmission. The last known case of paralytic poliomyelitis caused by indigenous wild poliovirus in EUR occurred in south-east Turkey in November 1998. EUR is the third of the 6 WHO regions to be certified as polio-free, following certification of the Region of the Americas in 1994¹ and of the Western Pacific Region² in 2000 (*Map 1*). An estimated 3.4 billion people globally (56% of the world's population) now live in countries and territories certified free of endemic wild poliovirus transmission.

The RCC/EUR completed a four-year review of surveillance and programme data from all countries in the region, as compiled and submitted by national certification committees, to ensure that the absence of reported wild poliovirus isolation reflected interruption of indigenous wild poliovirus transmission. The prerequisite for regional certification is the absence of indigenous wild poliovirus isolation for at least 3 years, under conditions of high-quality acute flaccid paralysis (AFP) surveillance.³ Other criteria used by EUR/RCC to certify the region as polio-free include (i) high immunization coverage rates in all countries and within all areas of a

Certification de l'éradication de la poliomyélite

Région européenne, juin 2002

Le 21 juin 2002, la Commission régionale européenne de Certification de l'Eradication de la Poliomyélite a certifié la Région européenne de l'OMS exempte de la transmission du poliovirus sauvage autochtone. Le dernier cas connu de poliomyélite paralytique causé par un poliovirus sauvage autochtone dans la Région est survenu dans le sud-est de la Turquie en novembre 1998. L'Europe est la troisième des six Régions de l'OMS à être certifiée exempte de la poliomyélite, après les Amériques en 1994¹ et le Pacifique occidental² en 2000 (*Carte 1*). On estime à 3,4 milliards le nombre de personnes dans le monde vivant désormais dans des pays et territoires certifiés exempts de la transmission endémique du poliovirus sauvage (ce qui correspond à 56% de la population mondiale).

La Commission de Certification de la Région européenne a mené en quatre ans un examen des données de surveillance et des programmes de tous les pays de la Région, compilées et soumises par les comités nationaux de certification pour s'assurer que l'absence de notification de tout isolement du poliovirus sauvage reflétait l'interruption de la transmission autochtone du poliovirus sauvage. La condition préalable de la certification régionale est l'absence de tout isolement de poliovirus sauvage autochtone pendant trois ans au moins, dans des conditions de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) de haute qualité.³ Les autres critères utilisés par la Commission de Certification pour certifier l'exemp-

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

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

6.5001.2002
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

¹ See No. 44, 1994, pp. 293-300.

² See No. 49, 2000, pp. 399-400.

³ See "Report of the first meeting of the Global Commission for the certification of poliomyelitis eradication", WHO/EPI/GEN/95.6.

¹ Voir N° 44, 1994, pp. 293-300.

² Voir N° 49, 2000, pp. 399-400.

³ Voir *Report of the first meeting of the Global Commission for the certification of poliomyelitis eradication*, WHO/EPI/GEN/95.6.

Map 1 WHO regions certified free of wild poliovirus, 2002*

Carte 1 Régions de l'OMS certifiées exemptes du poliovirus sauvage en 2002*



* EUR Member States: Albania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaijan, Belarus, Belgium, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Czech Republic, Denmark, Estonia, Federal Republic of Yugoslavia, Finland, France, Georgia, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Monaco, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Republic of Moldova, Romania, Russian Federation, San Marino, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, Tajikistan, The Former Yugoslav Republic of Macedonia, Turkey, Turkmenistan, Ukraine, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland and Uzbekistan. /Etats Membres de la Région européenne: Albanie, Allemagne, Andorre, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Bélarus, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Finlande, France, Géorgie, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Ouzbékistan, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République de Moldova, République fédérale de Yougoslavie, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Saint-Marin, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tadjikistan, Turquie, Turkménistan et Ukraine.

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.

country; (ii) sensitive surveillance for AFP meeting standard performance indicators and/or other means of sensitive virological surveillance; (iii) a plan of action to respond to importations of wild poliovirus; and (iv) political commitment by national governments to maintain high levels of immunization coverage and surveillance until global certification of polio eradication. Additionally, the RCC/EUR required to see evidence for substantial progress in the process of laboratory containment of wild poliovirus in each country.

The Global Polio Eradication Initiative was launched by the World Health Assembly in 1988, and is being coordinated by WHO in primary partnership with the Centers for Disease Control and Prevention (United States), Rotary International and UNICEF. National governments, private foundations, nongovernmental organizations, corporations and volunteers are collaborating to achieve eradication. During 2001, endemic transmission of wild poliovirus was reported from only 10 countries in 3 WHO Regions (African, Eastern Mediterranean and South-East Asian Regions).

All polio-free countries and areas remain at risk of wild poliovirus importation until polio is eradicated globally. In EUR, this is underscored by the detection of wild poliovirus importations into Bulgaria⁴ and Georgia during 2001. During 2000 and 2001, outbreaks of polio caused by circulating vaccine-derived poliovirus were documented among populations with low immunization coverage on Hispaniola island (Dominican Republic and Haiti) and in the Philippines.⁵ Polio-free countries should maintain high levels of routine polio immunization coverage and sensitive surveillance for the prompt detection of any circulating polioviruses. To minimize the risk for poliovirus spread, supplementary oral poliovirus vaccine (OPV) immunization campaigns will continue in high-risk areas of some EUR countries, many synchronized with countries of the Eastern Mediterranean Region (EMR). The high degree of coordination between EUR and EMR was best exemplified during 'Operation MECACAR'⁶ (Eastern Mediterranean, Caucasus and Central Asian Republics), which was used to successfully coordinate polio eradication activities between up to 18 countries of both regions from 1995 to 2002. ■

⁴ See No. 43, 2001, pp. 332-335.

⁵ See No. 49, 2001, pp. 319-320.

⁶ See No. 44, 1996, pp. 329-332.

tion de la poliomyélite dans la Région sont notamment: i) des taux élevés de couverture vaccinale dans tous les pays et dans toutes les zones d'un même pays; ii) une surveillance sensible de la PFA respectant les indicateurs types des résultats et/ou d'autres moyens de surveillance virologique sensible; iii) un plan d'action pour répondre au problème de l'importation du poliovirus sauvage; et iv) l'engagement politique des autorités nationales en faveur du maintien d'un haut niveau de couverture vaccinale et de surveillance jusqu'à la certification mondiale de l'éradication. En outre, il fallait soumettre à la Commission de Certification des preuves de progrès substantiels accomplis dans le processus de confinement au laboratoire du poliovirus sauvage dans chaque pays.

L'initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite, lancée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1988, est coordonnée par l'OMS dans le cadre d'un partenariat étroit avec les *Centers for Disease Control and Prevention* des Etats-Unis, Rotary International et l'UNICEF. Des gouvernements nationaux, des fondations privées, des organisations non gouvernementales, des sociétés et des volontaires collaborent afin de parvenir à l'éradication. En 2001, des cas de transmission endémique du poliovirus sauvage n'ont plus été signalés que par 10 pays de trois Régions de l'OMS (Afrique, Asie du Sud-Est et Méditerranée orientale).

Tous les pays et territoires exempts de poliomyélite restent exposés au risque d'importation du poliovirus sauvage tant que la maladie n'a pas été éradiquée dans le monde entier. Dans la Région européenne, cette réalité est soulignée par le dépistage, en 2001, de cas importés en Bulgarie⁴ et en Géorgie. En 2000 et 2001, des flambées de poliomyélite causées par la circulation de poliovirus dérivés du vaccin ont été établies dans des populations à faible couverture vaccinale de l'île d'Hispaniola (Haïti et République dominicaine) et des Philippines⁵. Les pays exempts de poliomyélite doivent maintenir des taux élevés de couverture vaccinale antipoliomyélique systématique et de surveillance sensible permettant de déceler rapidement toute circulation du poliovirus. Pour réduire dans toute la mesure du possible le risque de propagation du poliovirus, des campagnes de vaccination supplémentaires par le vaccin antipoliomyélique oral seront poursuivies dans des zones à haut risque de certains pays de la Région européenne et beaucoup seront synchronisés avec les campagnes de pays de la Région de la Méditerranée orientale. Le degré élevé de coordination entre la Région européenne et celle de la Méditerranée orientale est illustré en particulier par l'opération MECACAR⁶ (Méditerranée orientale, Caucase et Républiques d'Asie centrale), qui a été utilisée pour coordonner avec succès les activités d'éradication de la poliomyélite entre 18 pays des deux Régions, de 1995 à 2002. ■

⁴ Voir N° 43, 2001, pp. 332-335.

⁵ Voir N° 49, 2001, pp. 319-320.

⁶ Voir N° 44, 1996, pp. 329-332.

Note on geographical areas

The form of presentation in the *Weekly epidemiological record* does not imply official endorsement or acceptance by the World Health Organization of the status or boundaries of the territories as listed or described. It has been adopted solely for the purpose of providing a convenient geographical basis for the information herein. The same qualification applies to all notes and explanations concerning the geographical units for which data are provided.

Note sur les unités géographiques

Il ne faudrait pas conclure de la présentation adoptée dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* que l'Organisation mondiale de la Santé admet ou reconnaît officiellement le statut ou les limites des territoires mentionnés. Ce mode de présentation n'a d'autre objet que de donner un cadre géographique aux renseignements publiés. La même réserve vaut également pour toutes les notes et explications relatives aux pays et territoires qui figurent dans les tableaux.

WHO-UNICEF joint statement on strategies to reduce measles mortality worldwide¹

The 2001 statement on strategies to reduce global mortality from measles outlines a new viral disease immunization plan co-sponsored by WHO and UNICEF. The full text of the statement follows.

Immunization is essential for children to realize their right to the highest attainable standard of health. This statement outlines a new measles immunization plan co-sponsored by the UNICEF and WHO. The goal of the Global Measles Strategic Plan is to reduce the number of measles deaths by half by 2005 and interrupt transmission of the virus in entire regions. This will be achieved through increased routine measles vaccination coverage combined with supplemental campaigns that give a 'second opportunity' for immunizing children.

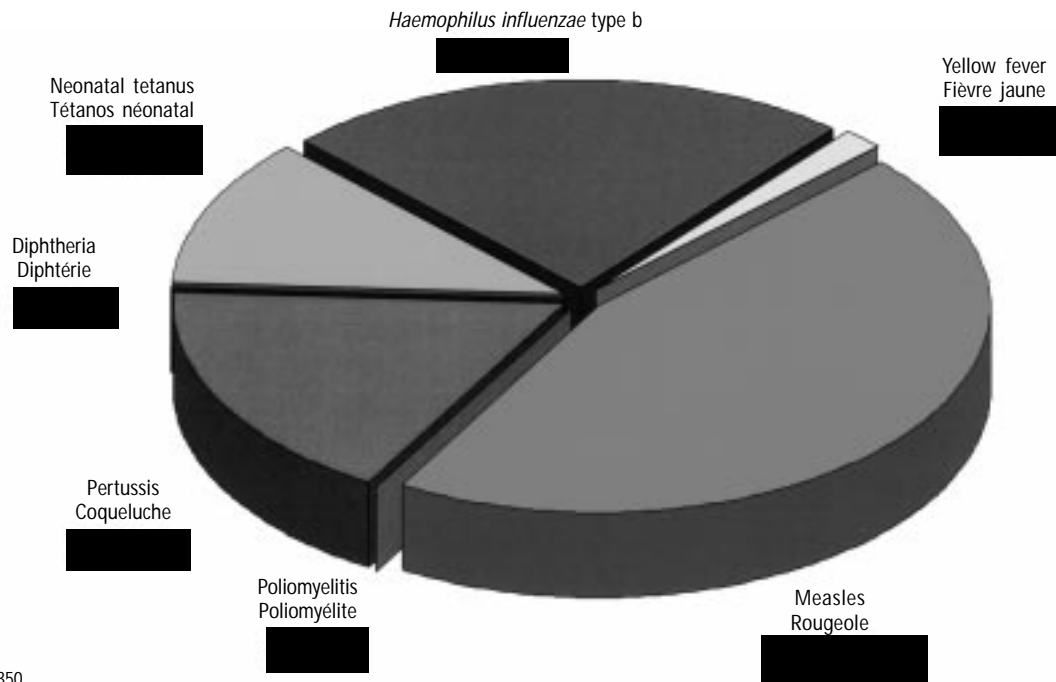
Overview

Measles is a leading cause of childhood deaths

There were an estimated 30 million to 40 million cases of measles in 2000, causing some 777 000 deaths. Measles thus accounts for nearly half of the 1.7 million annual deaths due to childhood vaccine-preventable diseases (Fig. 1).

Fig. 1 Causes of vaccine-preventable deaths among children < 15 years, 2000^a

Fig. 1 Causes de décès évitables par la vaccination parmi les enfants de < 15 ans, 2000^a



^a Total: 1 756 350.

Measles can be prevented

Failure to deliver at least one dose of measles vaccine to all infants remains the primary reason for high measles morbidity and mortality. Many of the deaths can be prevented by more efficient use of existing immunization services and

¹ See WHO/VXB/01.40-UNICEF/PD/Measles/01.

Déclaration commune OMS-UNICEF sur les stratégies visant à réduire la mortalité due à la rougeole dans le monde¹

La déclaration de 2001 sur les stratégies visant à réduire la mortalité due à la rougeole dans le monde expose les grandes lignes du nouveau plan de vaccination contre cette maladie virale, lequel est parrainé conjointement par l'OMS et l'UNICEF. Le texte complet de cette déclaration est reporté ci-dessous.

La vaccination est indispensable pour faire respecter le droit qu'ont les enfants de jouir de la meilleure santé possible. Cette déclaration présente un nouveau plan de vaccination contre la rougeole parrainé conjointement par l'OMS et l'UNICEF. Le Plan stratégique mondial de lutte contre la rougeole a pour but de réduire de moitié d'ici à 2005 le nombre des décès dus à la rougeole et d'interrompre la transmission du virus dans des régions entières. On atteindra cet objectif en élargissant la couverture vaccinale systématique contre la rougeole tout en la renforçant par des campagnes supplémentaires donnant aux enfants «une deuxième possibilité» d'être vaccinés.

Vue générale

La rougeole est l'une des principales causes de mortalité chez l'enfant

Il y a eu en 2000 entre 30 et 40 millions de cas de rougeole dans le monde et la maladie a fait environ 777 000 victimes. La rougeole est donc responsable de près de la moitié des quelque 1,7 million de décès provoqués chaque année par des maladies infantiles que la vaccination permettrait d'éviter (Fig.1).

La rougeole peut être évitée

L'incapacité d'administrer au moins une dose de vaccin antirougeoleux à tous les nourrissons reste la principale raison des taux élevés de morbidité et de mortalité dus à la rougeole. On pourrait éviter un grand nombre de décès en utilisant plus efficacement les

¹ Voir WHO/VXB/01.40-UNICEF/PD/Rougeole/01.

by ensuring the availability of resources for implementing all recommended strategies in each country.

Measles immunization is a cost-effective intervention

The economic arguments for investing in measles are compelling. Of all health interventions, measles immunization carries the highest health return for the money spent, saving more lives per unit cost. The vaccine, which has been available for more than 30 years, costs US\$ 0.26 per dose, which includes safe injection equipment.

A new framework

WHO and UNICEF have developed the Global Measles Strategic Plan together with the Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta, USA) and numerous experts worldwide, and in coordination with several other partners.

The goals

- To halve the annual number of measles deaths by 2005.
- To achieve and maintain interruption of indigenous measles transmission in large geographical areas with established elimination goals: the Region of the Americas by 2000 (nearly achieved); the European Region by 2007; and the Eastern Mediterranean Region by 2010.
- To convene a global consultation in 2005, in collaboration with other major partners, to review the progress and assess the feasibility of global measles eradication.

Four strategies to reduce measles mortality

(1) Provide the first dose of measles vaccine to successive groups of all children at the age of 9 months or shortly after;

(2) Guarantee a 'second opportunity' for measles vaccination either through campaigns or routine immunization. The second opportunity is needed both to increase the chance that every child receives at least one dose of measles vaccine and to increase the proportion of the population that is fully immunized. When the first dose is given at 9 months, not all children will develop a protective response. The second dose, given later, will increase the protective response and the likelihood of immunity. It is recommended that countries with high vaccination coverage implement a two-dose measles vaccination schedule;

(3) Establish an effective system to monitor coverage and conduct measles surveillance with integration of epidemiological and laboratory information; and

(4) Improve management of every measles case. This new framework introduces an additional element: supplemental campaigns. If conducted, supplemental campaigns should target large populations (entire nations or large regions) and achieve coverage of over 90% with safe and high-quality services.

services de vaccination en place et en s'assurant que les ressources nécessaires pour mettre en œuvre les stratégies recommandées dans chaque pays sont disponibles.

La vaccination contre la rougeole est une intervention rentable

L'investissement dans la vaccination contre la rougeole repose sur des arguments économiques convaincants. De toutes les interventions sanitaires, la vaccination antirougeoleuse est la plus rentable: aucune autre action ne permet en effet de sauver autant de vies par rapport à l'argent dépensé. Le vaccin, qui existe depuis plus de 30 ans, ne coûte que 0,26 dollar par dose, et cette somme comprend un matériel d'injection sûr.

Un nouveau cadre

L'OMS et l'UNICEF ont mis au point le Plan stratégique mondial de lutte contre la rougeole en collaboration avec les *Centers for Disease Control and Prevention* (Atlanta, Etats-Unis), ainsi que de nombreux experts et plusieurs partenaires dans le monde entier.

Les objectifs

- Réduire de moitié d'ici à 2005 le nombre de décès dus à la rougeole.
- Interrompre la transmission de la rougeole endogène, et maintenir ce résultat, dans les vastes zones géographiques qui ont établi des objectifs en matière d'élimination: la Région des Amériques avant la fin de l'an 2000 (objectif pratiquement atteint); la Région européenne d'ici à 2007; et la Région de la Méditerranée orientale d'ici à 2010.
- Organiser une consultation mondiale en 2005, en collaboration avec d'autres partenaires importants, afin d'examiner les progrès accomplis et d'évaluer la possibilité d'éradiquer la rougeole partout dans le monde.

Quatre stratégies pour réduire la mortalité imputable à la rougeole

1) Administrer la première dose de vaccin antirougeoleux aux groupes successifs de tous les enfants atteignant l'âge de 9 mois ou peu après;

2) Donner aux enfants «une deuxième possibilité» grâce aux campagnes de vaccination ou à la vaccination systématique. Cette «deuxième possibilité» est nécessaire pour améliorer les chances de chaque enfant de recevoir au moins une dose de vaccin antirougeoleux d'une part, et pour augmenter la proportion de la population complètement immunisée d'autre part. Lorsque la première dose est administrée à l'âge de 9 mois, les enfants n'ont pas tous une réaction de protection immunitaire. La deuxième dose, administrée ultérieurement, renforce cette protection et améliore les chances de l'enfant d'être immunisé. Il est recommandé aux pays qui possèdent une large couverture vaccinale de mettre en œuvre un programme d'immunisation contre la rougeole qui prévoit l'administration de deux doses de vaccins à des dates différentes;

3) Etablir un système efficace pour suivre l'évolution de la couverture vaccinale et surveiller la rougeole avec intégration d'informations épidémiologiques et de laboratoire; et

4) Améliorer la prise en charge de chaque cas de rougeole. Ce nouveau cadre introduit un autre élément: les campagnes supplémentaires. Ces campagnes devraient cibler de larges populations (des nations entières ou de vastes régions) et aboutir à une couverture supérieure à 90% grâce à des services sûrs et de haute qualité.

Added value

Measles immunization provides an opportunity to reach children with other measures that improve overall child health, including:

- supplemental vitamin A doses;
- rubella immunization and surveillance activities.

Progress

Measles immunization has saved the lives of millions of children

Substantial progress has been made towards measles mortality and morbidity targets, which were set at the World Health Assembly (1989) and at the World Summit for Children (1990). Reported annual measles cases declined by almost 40 per cent between 1990 and 1999. However, in 2000 the estimated number of cases worldwide remained at 30 million to 40 million, with 777 000 deaths.

Underuse of the vaccine is the major reason for the remaining measles disease burden

Because measles is so contagious and a small number of those who are vaccinated do not develop immunity, vaccination coverage levels need to be above 90% to stop transmission of the virus. Between 1990 and 1999, reported global routine vaccination coverage with one dose of measles vaccine among children remained at approximately 70%. However, in 1999, measles coverage below 50% was reported by 14 countries: Afghanistan, Angola, Central African Republic, Chad, Congo, Democratic People's Republic of Korea, Democratic Republic of Congo, Djibouti, Equatorial Guinea, Ethiopia, Niger, Nigeria, Somalia and Togo.

By 2000, most countries were providing a 'second opportunity' for measles vaccination – either through a two-dose routine schedule or through a combined routine schedule and supplementary campaigns covering the entire country during the preceding 3 years. In general, countries with the lowest levels of measles vaccination coverage are those with a single-dose policy. In all, only 52 countries have single-dose policies and these are the countries that account for nearly all child deaths from measles.

Countries' progress demonstrates that preventing measles deaths is an achievable goal

Measles transmission is presently at very low levels or has been interrupted in many countries in the Region of the Americas, Australia, Mongolia, New Zealand, the Pacific Island Nations, the Philippines, and in some countries in the European Region and the Eastern Mediterranean Region.

In 7 countries in southern Africa, all of which carried out mass measles vaccination campaigns between 1996 and 1998, measles mortality was reduced by 99% following the campaigns.

Adapting the strategies to meet the countries' needs

The new strategic plan recognizes countries' varying needs and sets out a framework for good practice. All countries,

Valeur ajoutée

La vaccination contre la rougeole offre l'occasion d'appliquer d'autres mesures visant à améliorer la santé générale de l'enfant, notamment:

- administration de doses supplémentaires de vitamine A;
- vaccination contre la rubéole et activités de surveillance.

Progrès

La vaccination contre la rougeole a sauvé des millions d'enfants

Des progrès notables ont été accomplis vers la réalisation des objectifs de réduction de la mortalité et de la morbidité imputables à la rougeole fixés lors de l'Assemblée mondiale de la santé (1989) et du Sommet mondial pour les enfants (1990). Le nombre officiel de cas annuels de rougeole a régressé de près de 40% entre 1990 et 1999. Toutefois, en 2000, selon les estimations, on comptait encore entre 30 et 40 millions de cas de rougeole entraînant 777 000 décès.

La sous-utilisation du vaccin explique pourquoi le nombre de cas reste élevé

Comme la rougeole est très contagieuse et qu'un petit nombre de sujets vaccinés n'acquiert pas d'immunité, la couverture vaccinale doit dépasser 90% pour interrompre la transmission du virus. Mais entre 1990 et 1999, la couverture vaccinale des enfants, avec une dose de vaccin antirougeoleux, s'est maintenue à environ 70% dans le monde. En 1999, 14 pays annonçaient une couverture vaccinale contre la rougeole inférieure à 50%: Afghanistan, Angola, Congo, Djibouti, Éthiopie, Guinée équatoriale, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République populaire démocratique de Corée, Somalie, Tchad et Togo.

En 2000, la majorité des pays offraient aux enfants «une deuxième possibilité» de se faire vacciner contre la rougeole – grâce à un programme d'administration systématique de deux doses de vaccin ou grâce à un programme de vaccination systématique assorti de campagnes supplémentaires couvrant l'ensemble du pays pendant les 3 années précédentes. Les pays affichant les niveaux les plus faibles de couverture vaccinale contre la rougeole sont généralement ceux qui appliquent la politique de la dose unique. Au total, 52 pays seulement appliquent la politique de la dose unique et ce sont ceux qui enregistrent presque tous les décès d'enfants imputables à la rougeole.

Les progrès accomplis par certains pays prouvent qu'il est possible de prévenir les décès imputables à la rougeole

Actuellement, la transmission de la rougeole est très faible ou a été interrompue dans de nombreux pays de la Région des Amériques, en Australie, en Mongolie, en Nouvelle-Zélande, dans les nations insulaires du Pacifique, aux Philippines, ainsi que dans certains pays de la Région européenne et de la Région de la Méditerranée orientale.

Sept pays d'Afrique australe ont réussi à faire chuter la mortalité due à la rougeole grâce à des campagnes massives de vaccination menées entre 1996 et 1998.

Adapter les stratégies aux besoins des pays

Le nouveau plan stratégique reconnaît que les besoins varient selon les pays et établit un cadre favorisant les pratiques optimales. Tous

whatever their measles status, can use the proposed framework to reduce measles deaths, while more ambitious countries or regions, such as the Americas, the Eastern Mediterranean and Europe, which have elimination goals, can also work within the framework to reach their targets. The backbone of the plan is increased routine measles vaccine coverage combined with supplemental campaigns to cut the death toll further.

Strategies for achieving sustainable reduction of measles mortality

Goal

Reduce the number of annual measles deaths by half by 2005.

- (1) Routine immunization – achieve >90% routine vaccination coverage (in each district and nationally) with at least one dose of measles vaccine administered at 9 months of age or shortly thereafter.
- (2) Second opportunity for measles vaccination – for all children through routine or supplemental activities.
- (3) Measles surveillance – establish effective surveillance for measles to report regularly the number, age and vaccination status of children contracting or dying from measles, to conduct outbreak investigations and to monitor immunization coverage.
- (4) Improve management of complicated cases – including vitamin A supplementation and adequate treatment of complications.

Strategies for achieving and maintaining interruption of indigenous measles transmission

Goal

Achieve and maintain interruption of indigenous measles transmission in large geographical areas.

- (1) Routine immunization – achieve very high (i.e. > 95%) immunization coverage (in each district and nationally) with the first dose of measles vaccine administered through routine services.
- (2) Second opportunity for measles vaccination – to maintain the number of susceptible population below the critical threshold for 'herd' immunity.
- (3) Measles surveillance – investigation and laboratory testing of all suspected measles cases (case-based surveillance). Isolation of measles virus should be attempted from all chains of transmission.
- (4) Improve management of complicated cases – including vitamin A supplementation and adequate treatment of complications.

Countries are encouraged to:

- **Assess progress on measles control.** They should also review their measles epidemiology.

les pays, à quelque stade qu'ils soient de la lutte contre la rougeole, peuvent utiliser le cadre proposé pour réduire le nombre de décès imputables à la rougeole; les pays et les régions plus ambitieux, comme les Amériques, la Méditerranée orientale et l'Europe, qui ont pour objectif d'éliminer la maladie, peuvent aussi œuvrer dans les limites du cadre pour atteindre leurs buts. La pierre angulaire du plan est l'élargissement de la couverture vaccinale systématique contre la rougeole, assorti de campagnes supplémentaires afin de réduire encore le nombre de victimes de la maladie.

Stratégies permettant d'atteindre une réduction durable de la mortalité imputable à la rougeole

Objectif

Réduire de moitié d'ici à 2005 le nombre annuel des décès imputables à la rougeole.

- 1) Vaccination systématique – atteindre une couverture vaccinale systématique supérieure à 90% (dans chaque district et au niveau national) avec au moins une dose de vaccin antirougeoleux administré à l'âge de 9 mois ou peu après.
- 2) Deuxième possibilité de vaccination contre la rougeole – pour tous les enfants grâce aux activités systématiques ou supplémentaires.
- 3) Surveillance de la rougeole – établir une surveillance efficace de la rougeole dans le souci de présenter régulièrement des rapports sur le nombre d'enfants qui contractent la rougeole ou qui en meurent, sur leur âge et leur situation vaccinale, afin de mener des enquêtes épidémiologiques et de mesurer la couverture vaccinale.
- 4) Amélioration de la prise en charge des cas avec complications – en incluant l'administration de suppléments de vitamine A et le traitement adéquat des complications.

Stratégies visant à interrompre la transmission de la rougeole endogène et à maintenir cette interruption

Objectif

Interrompre la transmission de la rougeole endogène et maintenir cette interruption dans de vastes zones géographiques.

- 1) Vaccination systématique – atteindre une couverture vaccinale très élevée (c'est-à-dire supérieure à 95% dans chaque district et au niveau national) avec la première dose de vaccin antirougeoleux administrée par l'intermédiaire des services de vaccination systématique.
- 2) Deuxième possibilité de vaccination contre la rougeole – afin de maintenir la population exposée en dessous du seuil critique d'immunité collective.
- 3) Surveillance de la rougeole – enquête et tests en laboratoire pour tous les cas suspects de rougeole (surveillance fondée sur les cas). Il convient d'essayer d'éliminer le virus de la rougeole de toutes les chaînes de transmission.
- 4) Amélioration de la prise en charge des cas avec complications – en incluant l'administration de suppléments de vitamine A et le traitement adéquat des complications.

Les pays sont encouragés à:

- **Évaluer les progrès accomplis dans la lutte contre la rougeole.** Ils devraient aussi examiner l'épidémiologie de la rougeole dans leur pays.

- **Identify the reasons for low routine coverage.** Use existing tools and guidelines to increase immunization levels. Special attention should be given to districts with the lowest levels of coverage. A further argument for improving routine coverage is that supplemental measles campaigns will then be effective in preventing measles deaths over a longer period of time.
- **Take advantage of the priority given to measles to improve immunization safety.** The safety of immunization is based on ensuring that the following elements are addressed: behavioural change, the provision of safe injection equipment (e.g. auto-disable syringes and safety boxes) and the adequate management and disposal of immunization waste.
- **Plan and integrate measles activities with other health initiatives.** This will widen the scope and improve the impact of the public health care system.
- **Use advocacy for measles mortality reduction to promote the further development of routine immunization services.**
- **Develop a 3- to 5-year plan for measles mortality reduction.** Countries should develop plans together with the national interagency coordinating committees. Measles plans should be part of a comprehensive plan for strengthening immunization services. ■
- **Trouver les raisons de la faiblesse de leur couverture vaccinale.** Ils devraient utiliser les directives et outils existants pour accroître les taux de vaccination. Ils devraient en particulier surveiller la situation dans les districts où la couverture est particulièrement faible. En outre, grâce au renforcement de la couverture systématique, les campagnes supplémentaires de lutte contre la rougeole contribueront effectivement à éviter les décès imputables à la rougeole sur une plus longue période.
- **Tirer parti de la priorité accordée à la rougeole pour renforcer la sécurité de la vaccination.** La sécurité de la vaccination consiste à s'assurer que les éléments ci-dessous sont pris en compte: changement de comportement, mise à disposition de matériel d'injection sans danger (par ex. seringues non réutilisables, boîtes de sécurité) et gestion et élimination adéquate du matériel usagé.
- **Planifier les activités de lutte contre la rougeole dans le cadre d'autres initiatives et les y intégrer.** Cette mesure contribuera à élargir la portée du système de soins de santé publique et à le rendre plus efficace.
- **Sensibiliser le public et les dirigeants aux avantages de la réduction de la mortalité imputable à la rougeole pour promouvoir le renforcement des services de vaccination systématique.**
- **Elaborer un plan sur trois à cinq ans pour réduire la mortalité imputable à la rougeole.** Les pays devraient élaborer des plans en coopération avec les comités nationaux de coordination interinstitutions. Les plans de lutte contre la rougeole devraient faire partie d'un plan global visant à renforcer les services de vaccination. ■

Influenza

Australia (29 June 2002).¹ After 3 weeks of local outbreaks, influenza activity progressed to regional level during the last week of June. Influenza B virus remained to be the circulating virus type.

Chile (22 June 2002).² After weeks of sporadic activity since May, a local outbreak caused by an influenza A virus was detected for the first time in the southern part of the country. ■

¹ See No. 25, 2002, p. 212.

² See No. 24, 2002, p. 199.

Grippe

Australie (29 juin 2002).¹ Après 3 semaines de flambées locales, l'activité grippale est passée à un niveau régional. Le virus grippal B est toujours le type de virus circulant.

Chili (22 juin 2002).² Depuis mai et après des semaines d'activité sporadique, on a pour la première fois détecté une flambée locale causée par le virus grippal A dans le sud du pays. ■

¹ Voir N° 25, 2002, p. 212.

² Voir N° 24, 2002, p. 199.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 28 June to 4 July 2002 / Notifications de maladies reçues du 28 June au 4 juillet 2002

Cholera / Choléra	Cases / Deaths Cas / Décès
Africa / Afrique	
Mozambique	1.1-17.VI
.....	2 028 17

WWW access • <http://www.who.int/wer>

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

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

Contact: wantzc@who.int

Accès WWW • <http://www.who.int/wer>

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

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

Contact: wantzc@who.int