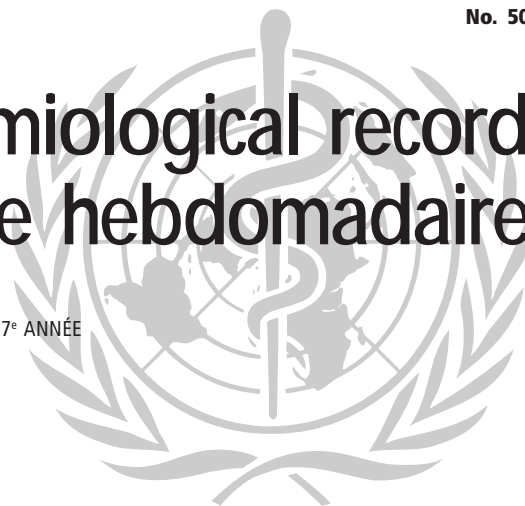


# Weekly epidemiological record

## Relevé épidémiologique hebdomadaire

13 DECEMBER 2002, 77th YEAR / 13 DÉCEMBRE 2002, 77<sup>e</sup> ANNÉE

No. 50, 2002, 77, 425–432

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

### Contents

- 424 HIV/AIDS surveillance and global estimates – Part II
- 430 Meningitis stockpile for Africa
- 432 Influenza
- 432 International Health Regulations

### Sommaire

- 424 Surveillance du VIH/SIDA et estimations mondiales – Partie II
- 430 Constitution d'un stock de vaccins contre la méningite en Afrique
- 432 Grippe
- 432 Règlement sanitaire international

**WORLD HEALTH  
ORGANIZATION**  
Geneva

**ORGANISATION MONDIALE  
DE LA SANTÉ**  
Genève

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

6.500 1.2002  
ISSN 0049-8114  
Printed in Switzerland

### HIV/AIDS surveillance and global estimates

#### Part II<sup>1</sup>

The second part of this article discusses the value of AIDS and HIV surveillance and the methodology used for estimates.

**AIDS surveillance** consists of reporting of AIDS cases on a yearly basis. As of 22 November 2002, a total of 2 822 111 AIDS cases had been officially reported to WHO, compared with 2 784 317 in 2001, an increase of 1.4%. Although AIDS cases continue to be reported to WHO, there are two critical limitations to the value of the reports. The principal limitation is the great variation in completeness of reporting. In the most heavily affected countries, the completeness of AIDS case reporting may be less than 10%, while in highly industrialized countries, estimates of reporting completeness vary from 75% to 94%. The high variability in AIDS case reporting, and the substantial underreporting from the most heavily affected countries, restricts the usefulness of these data for global estimates of the AIDS epidemic. A second limitation is the variation in AIDS case definitions between regions of the world, for both adult and paediatric cases. The increasing number of people receiving antiretroviral (ARV) treatment also affects AIDS reporting.

Surveillance is primarily concerned with ascertaining trends. It is virtually impossible to assess the severity of underreporting bias from year to year, but variability is very likely. Therefore, it is impossible to confidently as-

### Surveillance du VIH/SIDA et estimations mondiales

#### Partie II<sup>1</sup>

La deuxième partie de cet article traite de l'intérêt que présente la surveillance du SIDA et de l'infection à VIH ainsi que des méthodes utilisées pour calculer les estimations.

**La surveillance du SIDA** consiste à déclarer les cas de SIDA pour l'année. Au 22 novembre 2002, 2 822 111 cas de SIDA ont été officiellement notifiés à l'OMS, contre 2 784 317 en 2001, soit une augmentation de 1,4%. Bien que l'on continue de déclarer les cas de SIDA à l'OMS, ces données présentent deux inconvénients majeurs. Le plus important est que la proportion des cas de SIDA notifiés varie considérablement. Dans les pays les plus touchés, elle est parfois inférieure à 10%, tandis que dans les pays industrialisés, elle se situe entre 75% et 94%. Étant donné la forte variation de la proportion des cas de SIDA notifiés et l'importance de la sous-déclaration dans les pays les plus touchés, ces données présentent un intérêt limité pour le calcul des estimations mondiales concernant l'épidémie de SIDA. L'autre inconvénient est que la définition du cas de SIDA varie d'une région à l'autre, tant pour les adultes que pour les enfants. L'augmentation du nombre de malades bénéficiant d'un traitement antirétroviral influe également sur la déclaration des cas de SIDA.

La surveillance sert essentiellement à dégager des tendances. Il est pratiquement impossible d'évaluer l'importance du biais dû à la sous-déclaration d'une année sur l'autre, mais il est très probable qu'il varie. Il est donc impossible d'éva-

<sup>1</sup> See No. 49, 2002, pp. 417-424.

<sup>1</sup> Voir N° 49, 2002, pp. 417-424.

sess trends in AIDS cases from reported data. AIDS case data may be useful for an assessment of male–female ratios, provided that there is no selective underreporting by sex, and continues to be used as a method for assessing the relative importance of different modes of transmission. The latter approach is used not because the distribution of AIDS cases by mode of transmission is considered to be highly accurate, but because no other reliable direct sources of such data are currently available.

Re-evaluation of the potential usefulness of AIDS case reporting is taking place, stimulated by the increasing availability of ARV treatment. Clinical and/or laboratory assessments of people with advanced HIV infection will be undertaken increasingly to decide whether or not to initiate treatment.<sup>2</sup> If such data were to be collected in a systematic way as part of a programme monitoring and evaluation system, the numbers of people starting treatment could be monitored at the national and subnational levels. The AIDS case definition would be revisited because people on treatment may develop AIDS more than once during their lifetime; other outcomes, such as 2- or 5-year survival, may be more useful.

### HIV surveillance

HIV sero-surveillance systems have been in place in countries since the WHO Global Programme on AIDS was established in 1987, and have evolved over time. Data on HIV prevalence and incidence are much more useful than AIDS case data for health planning, programme, and evaluation purposes. During the 1990s, surveillance systems were gradually improved in many countries. A number of important conceptual and practical changes were developed and combined under an initiative called Second Generation Surveillance.<sup>3</sup> The aims of Second Generation Surveillance are to develop surveillance systems that:

- are dynamic and appropriate to the state of epidemic;
- combine biological and behavioural data to assess trends;
- integrate information from other sources;
- use the data produced to increase and improve the national response.

These recommendations are to be used flexibly and tailored to the type of epidemic a country is facing. The HIV epidemic has been categorized into three states: low level, concentrated, and generalized.

**Low level:** when HIV has existed for many years but has never spread to significant levels in any subpopulation (i.e. not consistently exceeded 5% in any defined high-risk subpopulation, such as sex workers or intravenous drug users). In countries with a low-level epidemic, surveillance of behaviours and sexually transmitted infections (STIs) among population groups with high-risk behaviours is the most

luer avec certitude les tendances de l'épidémie de SIDA d'après les données officielles. Les cas notifiés de SIDA peuvent être utiles pour connaître la proportion hommes-femmes, à condition que la sous-déclaration ne soit pas plus marquée pour un sexe que pour l'autre, et servent toujours à estimer l'importance relative des différents modes de transmission. On utilise ces données non pas parce que la distribution des cas de SIDA par mode de transmission est considérée comme très exacte, mais parce que ce sont les seules sources directes fiables dont on dispose actuellement.

Les traitements antirétroviraux, étant de plus en plus utilisés, on s'interroge sur l'utilité de la notification des cas de SIDA. Davantage d'examen cliniques et/ou d'analyses de laboratoire seront faits pour décider s'il convient ou non de mettre en route un traitement pour les cas avancés d'infection à VIH.<sup>2</sup> Si de telles données étaient recueillies de manière systématique dans le cadre d'un système de suivi et d'évaluation des programmes, on pourrait connaître le nombre de malades mis sous traitement aux niveaux national et local. Il faudrait alors revoir la définition du cas de SIDA car les sujets sous traitement peuvent développer un SIDA plusieurs fois au cours de leur vie ; d'autres chiffres, comme la survie au bout de 2 ou 5 ans, seraient peut-être plus utiles.

### Surveillance de l'infection à VIH

Des systèmes de séro-surveillance du VIH ont été mis en place dans les pays dès la création du Programme mondial OMS de Lutte contre le SIDA en 1987 et ont évolué depuis. Les chiffres de prévalence et d'incidence de l'infection à VIH sont bien plus utiles pour la planification, la programmation et l'évaluation que le nombre de cas de SIDA. Au cours des années 90, les systèmes de surveillance se sont progressivement améliorés dans de nombreux pays. D'importants changements ont été apportés dans la conception et dans la pratique au titre de l'initiative Surveillance de deuxième génération.<sup>3</sup> La surveillance de deuxième génération vise à mettre en place des systèmes qui :

- soient dynamiques et adaptés aux caractéristiques de l'épidémie;
- associent données biologiques et comportementales pour évaluer les tendances ;
- tiennent compte d'informations provenant d'autres sources ;
- se servent des données obtenues pour étendre et améliorer l'action nationale.

Ces recommandations doivent être appliquées avec souplesse et adaptées au type d'épidémie observée dans le pays. On distingue trois catégories d'épidémie d'infection à VIH: peu étendue, concentrée, généralisée.

**Epidémie peu étendue:** le VIH est présent depuis longtemps mais ne s'est jamais répandu dans aucune sous-population au point d'atteindre un taux important (le taux n'est jamais régulièrement supérieur à 5% dans aucune sous-population à haut risque comme les prostitué(e)s ou les utilisateurs de drogue par voie intra-veineuse). Dans les pays où l'épidémie est peu étendue, la stratégie la plus efficace est la surveillance des comportements et des infections

<sup>2</sup> *Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: guidelines for a public health approach.* Geneva, World Health Organization, 2002.

<sup>3</sup> *Guidelines for Second Generation HIV Surveillance.* World Health Organization, 2000, (document WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5).

<sup>2</sup> Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées: recommandations pour une approche de santé publique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

<sup>3</sup> *Guidelines for Second Generation HIV Surveillance,* World Health Organization, 2000 (document WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5).

effective strategy but may be supplemented with HIV surveillance in subpopulations at lower risk, and with HIV and AIDS case reporting. Tracking of HIV in donated blood may provide additional information.

**Concentrated:** epidemics in which HIV has spread rapidly in a defined subpopulation but is not well established in the general population (i.e. consistently >5% in one subpopulation, but not >1% in pregnant women in urban areas). In countries with a concentrated epidemic, emphasis should be placed on HIV and behavioural surveillance in subpopulations at greater risk and in groups that could effectively bridge from these to the general population, on cross-sectional behavioural surveys in the general population, and on HIV sentinel surveillance in pregnant women in urban areas.

**Generalized:** epidemics in which HIV is firmly established in the general population (i.e. consistently >1% in pregnant women in urban areas). Emphasis should be placed on sentinel HIV surveillance among pregnant women in both urban and rural areas, cross-sectional surveys of behaviour in the general population and in young people, HIV and behavioural surveillance in subpopulations with high-risk behaviours, and collection of data on AIDS morbidity and mortality.

This classification is based on proxy prevalence estimates, but sometimes a single country may have the three epidemic states simultaneously in different geographical areas.

The results of activities based on the principles of Second Generation Surveillance provide more comprehensive information for interpreting the course of the HIV/AIDS epidemic. For example, in South Africa, a country with a generalized epidemic, trends in HIV prevalence among antenatal clinic attendees reveal the rapid increase in the epidemic from 1992 to 1997, followed by a levelling in recent years (*Fig. 1*). This trend is based on an increasingly large number of antenatal clinics participating in the surveillance system, which in recent years has been based on probability proportional to size (PPS) sampling. In each province a sample of clinics is drawn, based on the number of antenatal clients. Most countries with generalized epidemics carry out surveillance based on a more limited number of clinics. Consistency of reporting over time by the same sites is crucial for the monitoring of trends.

The epidemic in the Russian Federation is currently classified as a concentrated epidemic. Following subpopulations at high risk is the focus of the surveillance system, enabling the country to monitor the spread of the developing HIV epidemic. *Fig. 2* shows the dramatic increase in HIV since 1998 among injecting drug users in Saint Petersburg (Russian Federation).

The surveillance system in Cambodia has improved in recent years. HIV prevalence among sex workers and pregnant women has been declining continuously, accompanied by a reduction in STIs and an increase in condom use among sex workers (*Fig. 3*).

sexuellement transmissibles (IST) chez les groupes qui ont des comportements à haut risque, mais elle peut être complétée par la surveillance du VIH dans des sous-populations à moindre risque et par la notification des cas d'infection à VIH et de SIDA. Le dépistage du VIH dans les dons de sang fournira des informations supplémentaires.

**Epidémie concentrée:** le VIH s'est répandu rapidement dans une sous-population définie mais n'est pas solidement implanté dans la population générale (taux régulièrement supérieur à 5 % dans une sous-population mais ne dépassant pas 1 % chez les femmes enceintes des zones urbaines). Les pays où l'épidémie est concentrée devraient privilégier la surveillance du VIH et des comportements chez les sous-populations les plus à risque et chez les groupes qui, dans la pratique, peuvent faire la jonction entre celle-ci et la population générale, les enquêtes transversales sur les comportements de la population générale et la surveillance du VIH par réseau sentinelle chez les femmes enceintes des zones urbaines.

**Epidémie généralisée:** le VIH est solidement implanté dans la population générale (taux régulièrement supérieur à 1 % chez les femmes enceintes des zones urbaines). Il faut privilégier la surveillance du VIH par réseau sentinelle chez les femmes enceintes des zones urbaines et rurales, les enquêtes transversales sur les comportements de la population générale et des jeunes, la surveillance du VIH et des comportements chez les sous-populations qui ont des comportements à haut risque et le recueil de données sur la morbidité et la mortalité liées au SIDA.

Ces catégories ont été définies sur la base d'estimations indirectes de la prévalence, mais les trois cas de figure peuvent se présenter simultanément dans différentes zones géographiques d'un même pays.

Les données recueillies en vertu des principes de la surveillance de deuxième génération donnent des informations plus complètes pour interpréter l'évolution de l'épidémie d'infection à VIH/SIDA. C'est ainsi qu'en Afrique du Sud, où l'épidémie est généralisée, les tendances de la prévalence du VIH chez les femmes qui consultent les services prénatals révèlent que l'épidémie a progressé rapidement entre 1992 et 1997 et se stabilise depuis quelques années (*Fig. 1*). Ces tendances ont pu être observées grâce à un système de surveillance auquel participent un nombre croissant de dispensaires prénatals et qui, depuis quelques années, repose sur l'échantillonnage avec probabilité proportionnelle à la taille (PPT). Un échantillon de dispensaires est choisi dans chaque province d'après le nombre de femmes qui consultent les services prénatals. La plupart des pays où l'épidémie est généralisée surveillent un nombre moins important de dispensaires. La régularité de la notification dans le temps par les mêmes sites est capitale pour la surveillance des tendances.

Dans la Fédération de Russie, l'épidémie est actuellement considérée comme concentrée. Le système de surveillance porte sur les sous-populations à haut risque, ce qui permet au pays de suivre la progression de l'épidémie d'infection à VIH. La *Fig. 2* montre la hausse spectaculaire des cas d'infection à VIH déclarés depuis 1998 chez les utilisateurs de drogue par voie intraveineuse à Saint-Petersbourg (Fédération de Russie).

Au Cambodge, le système de surveillance s'est amélioré ces dernières années. La prévalence du VIH chez les prostitué(e)s et les femmes enceintes ne cesse de baisser et l'on constate parallèlement un recul des IST et un usage plus fréquent du préservatif chez les prostitué(e)s (*Fig. 3*).

Fig. 1 HIV prevalence among pregnant women in South Africa, 1990–2001

Fig. 1 Prévalence du VIH chez les femmes enceintes en Afrique du Sud, 1990–2001

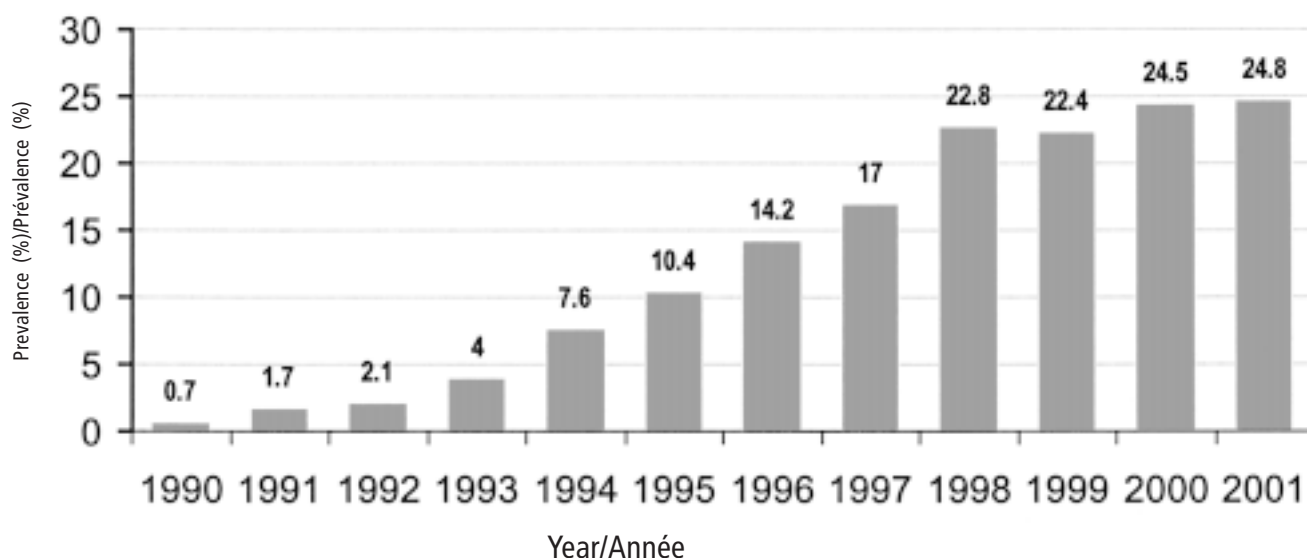
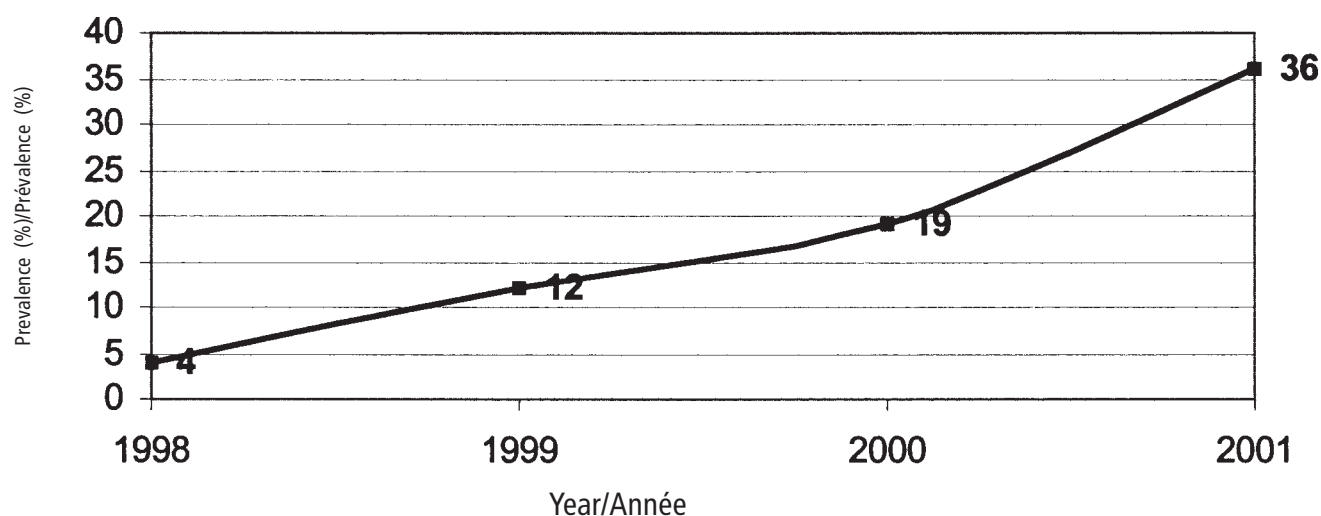


Fig. 2 HIV prevalence among injecting drug users in Saint Petersburg, Russian Federation, 1998–2001

Fig. 2 Prévalence du VIH chez les utilisateurs de drogue par voie intraveineuse à Saint-Petersbourg, Fédération de Russie, 1998–2001



### Focusing on young people

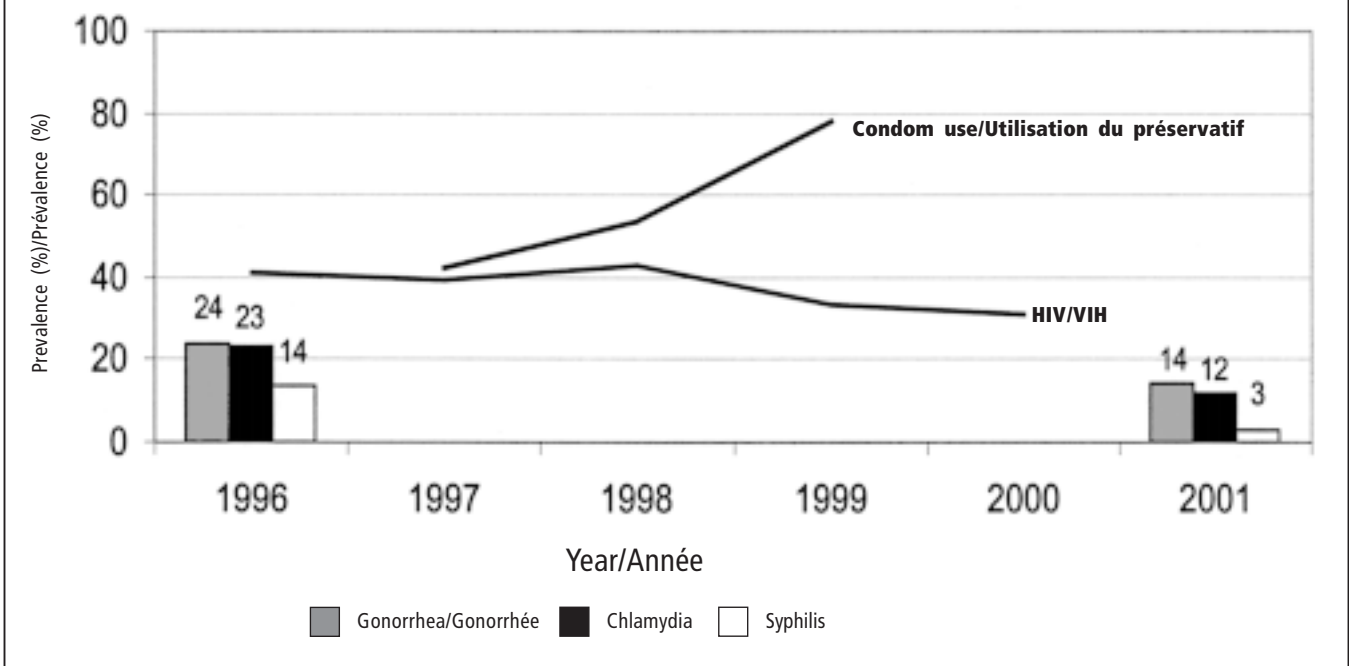
The ultimate goal in the fight against HIV/AIDS is to prevent new HIV infections. As the highest rates of new HIV infections typically occur among young adults, more than 180 countries have committed themselves to achieving major reductions in HIV prevalence among young people – specifically a 25% reduction in the most affected countries by 2005 and a 25% reduction globally by 2010. Using surveillance data from antenatal clinics, grouped by 5-year intervals (15–19, 20–24), it is possible to monitor progress towards this goal, especially in the most heavily affected countries.

### Priorité aux jeunes

Le but ultime de la lutte contre le VIH/SIDA est d'empêcher de nouvelles infections par le virus. Etant donné que c'est généralement chez les jeunes adultes que le taux de nouveaux cas d'infection est le plus élevé, plus de 180 pays se sont engagés à réduire considérablement la prévalence du VIH chez les jeunes, à savoir une réduction de 25 % dans les pays les plus touchés d'ici à 2005 et dans l'ensemble du monde d'ici à 2010. Les données de la surveillance recueillies dans les dispensaires prénatals par tranche d'âge de 5 ans (15-19, 20-24) permettent de suivre les progrès accomplis dans cette voie, notamment dans les pays les plus touchés.

Fig. 3 Condom use, HIV and STI prevalence, brothel-based sex worker, Cambodia 1996–2001

Fig. 3 Utilisation du préservatif, prévalence du VIH et des IST chez les prostitué(e)s des maisons de passe, Cambodge, 1996–2001



Trends in HIV prevalence among young people provide a good indicator of recent trends in HIV incidence and risk behaviour. Thus, reductions in HIV incidence associated with behavioural change first become detectable in HIV prevalence figures for the 15–19-year age group. Where available, parallel behavioural surveillance data should be used to aid interpretation of trends in HIV prevalence.

This indicator (percentage of young people who are infected) provides a good estimate of recent trends in HIV infection in locations where the epidemic is heterosexually driven, especially in generalized epidemics. It is less reliable as an indicator of HIV epidemic trends in locations where most infections remain temporarily confined to subpopulations with high-risk behaviours.

### Estimation methodology

The WHO/UNAIDS Working Group on Surveillance produces regional and global HIV/AIDS estimates based on HIV surveillance data from each country. The UNAIDS/WHO Reference Group on Estimates, Models and Projections has developed the methodology for these estimates, and a software package called Epidemic Projection Package (EPP).<sup>4</sup>

The initial version of EPP focuses on estimates for generalized epidemics, using HIV prevalence time series derived from data on women attending antenatal clinics. The trend of HIV prevalence is estimated by fitting a simple epidemiological model to the surveillance data, with separate models for urban and rural trends. The urban and rural

Les tendances de la prévalence du VIH chez les jeunes sont un bon indicateur des tendances récentes de l'incidence du VIH et des comportements à risque. C'est ainsi que la baisse de l'incidence associée à un changement de comportement transparaît tout d'abord dans les chiffres de la prévalence pour la tranche d'âge 15-19 ans. Lorsqu'elles existent, il est bon de s'aider des données parallèles de la surveillance des comportements pour interpréter les tendances de la prévalence du VIH.

Le pourcentage de jeunes infectés donne une bonne idée des tendances récentes de l'infection à VIH lorsque la transmission est principalement hétérosexuelle, notamment pour les épidémies généralisées. C'est un indicateur moins fiable lorsque la plupart des cas sont encore concentrés dans des sous-populations ayant des comportements à haut risque.

### Méthodes de calcul des estimations

Le groupe de travail OMS/ONUSIDA sur la surveillance calcule des estimations régionales et mondiales d'après les données de la surveillance du VIH communiquées par chaque pays. Le groupe de référence ONUSIDA/OMS pour les estimations, les modèles et les projections a mis au point la méthode de calcul de ces estimations ainsi qu'un programme informatique appelé Epidemic Projection Package (EPP).<sup>4</sup>

Dans sa première version, ce progiciel sert à calculer les estimations concernant les épidémies généralisées à l'aide de séries chronologiques de prévalence du VIH chez les femmes qui consultent les dispensaires prénatals. La prévalence du VIH est estimée en adaptant un modèle épidémiologique simple aux données de la surveillance, le modèle étant différent pour les zones urbaines et les

<sup>4</sup> Improved methods and assumptions for estimation of the HIV/AIDS epidemic and its impact: Recommendations of the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. *Aids*, 2002, 16:W1–W14.

<sup>4</sup> Improved methods and assumptions for estimation of the HIV/AIDS epidemic and its impact: Recommendations of the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. *Aids*, 2002, 16:W1–W14.

estimates are then weighed and, if necessary, adjusted to produce a national estimate. The model uses four parameters to fit the surveillance data: a) the estimated start year of the HIV/AIDS epidemic, b) the rate of spread of infection, c) the initial fraction of the adult population that is susceptible to the risk of infection, and d) the extent to which people who die from AIDS are replaced by new susceptibles. The model provides standard values of the four parameters, which can be adjusted according to specific features of a country. In early 2003, EPP will be expanded to include estimates for low-level and concentrated epidemics, based largely on the size of risk groups and the HIV prevalence in such groups.

EPP outputs fit directly into a software package called Spectrum, developed by the Futures Group (<http://www.futuresgroup.com> and [www.unaids.org](http://www.unaids.org)). Spectrum allows estimates of trends in mortality and life expectancy, numbers of pregnant women in need of ARV treatment to prevent mother-to-child transmission, and many other relevant indicators.

### Conclusion

AIDS case reporting has only limited value for monitoring the spread and impact of the AIDS epidemic. HIV prevalence data continue to be the backbone of surveillance systems in all countries. WHO and UNAIDS are supporting the development of second generation surveillance systems, which include solid surveillance systems tailored to the type of epidemic with HIV, STI, and behavioural trend data. In addition, a software package has been developed that aims to enable standardized systematic estimation of the burden of HIV and course of the epidemic in countries. ■

zones rurales. Les estimations concernant les zones urbaines et rurales sont ensuite pondérées et, si nécessaire, ajustées pour obtenir une estimation à l'échelle nationale. Pour adapter le modèle aux données de la surveillance, on utilise quatre paramètres: a) année où l'on présume que l'épidémie d'infection à VIH/SIDA a débuté, b) vitesse de propagation de l'infection, c) fraction initiale de la population adulte sensible au risque d'infection et d) mesure dans laquelle les personnes mortes du SIDA sont remplacées dans la population par des sujets sensibles. Le modèle fournit des valeurs standard pour les quatre paramètres qui peuvent être ajustés selon les caractéristiques propres d'un pays. Une deuxième version du progiciel sera développée début 2003 pour calculer des estimations concernant les épidémies peu étendues et concentrées, en grande partie d'après la taille des groupes à risque et la prévalence du VIH en leur sein.

Les résultats ainsi obtenus s'intègrent directement dans un programme informatique appelé Spectrum mis au point par le Futures Group (<http://www.futuresgroup.com> et [www.unaids.org](http://www.unaids.org)) et qui permet d'estimer les tendances de la mortalité et de l'espérance de vie, le nombre de femmes enceintes ayant besoin d'un traitement antirétroviral pour éviter la transmission mère-enfant, et beaucoup d'autres indicateurs utiles.

### Conclusion

La notification des cas de SIDA présente un intérêt limité pour la surveillance de la propagation et de l'impact de l'épidémie de SIDA. Les données de prévalence du VIH demeurent l'épine dorsale des systèmes de surveillance dans tous les pays. L'OMS et l'ONUSIDA concourent au développement de systèmes de surveillance de deuxième génération, c'est-à-dire de systèmes solides adaptés au type d'épidémies et qui tiennent compte des tendances concernant le VIH, les IST et les comportements. Un progiciel a par ailleurs été mis au point pour estimer systématiquement et de manière uniforme la charge de l'infection à VIH et l'évolution de l'épidémie dans les pays. ■

## Meningitis stockpile for Africa

Reports are already coming in of the first outbreak of meningococcal disease this season, in the Democratic Republic of the Congo. The next major outbreak in the African meningitis belt could be just a matter of weeks or, at most, months away. New funds are urgently needed to build a stockpile of vaccine and drugs to deal with any new outbreak; otherwise, the supplies which are vital to prevent deaths and control the epidemic, will quite simply not be available.

The International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, *Médecins Sans Frontières*, UNICEF and the World Health Organization (WHO) are appealing to donors for € 10 million (US\$ 10 100 000 equiv.) to rebuild a stockpile of vaccine and drugs. Without this strategic stock, countries hit by a meningitis outbreak could face serious difficulties and delays in accessing the resources they need, and thousands of people could die unnecessarily as a result.

## Constitution d'un stock de vaccins contre la méningite en Afrique

Des rapports concernant la première flambée de méningococcie de la saison commencent déjà à arriver en République Démocratique du Congo. La prochaine flambée d'importance dans la ceinture africaine de la méningite pourrait bien se produire d'ici quelques semaines voire quelques mois. De nouveaux fonds sont donc nécessaires d'urgence pour constituer un stock de vaccins et de médicaments contre la méningite afin de pouvoir faire face à toute nouvelle flambée. Sinon les réserves, vitales pour éviter les décès et contrôler l'épidémie, ne seront tout simplement pas disponibles.

La Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Médecins Sans Frontières, l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont lancé un appel aux donateurs afin de réunir les 10 millions d'euros (environ US\$ 10 100 000) nécessaires à la reconstitution d'un stock de vaccins et de médicaments. Sans cette réserve stratégique, il se pourrait que les pays frappés par une flambée de méningite doivent faire face à de sérieuses difficultés et à des retards conséquents pour accéder aux ressources dont ils ont besoin, ce qui pourrait provoquer le décès inutile de milliers de personnes.

Meningococcal disease is a killer, which has its greatest impact on children. Onset of symptoms – typically severe headache, high fever, nausea, vomiting – is rapid and dramatic. Coma and death can follow within hours. Unless treated, half of those infected will die. Even with treatment, as many as 10% of patients do not survive. Those who do can be left with serious mental damage or deafness as a result of their illness. Meningitis outbreaks occur almost every year in the African meningitis belt, which stretches from Ethiopia in the east to Senegal in the west. In 2002 alone, there were at least 33 000 cases and 2500 deaths notified to WHO. In the past 10 years, there have been more than 700 000 cases reported.

This year, the appearance of a new phenomenon has made the task of dealing with epidemic meningococcal disease much harder. A strain known as W135, which had previously been responsible only for sporadic cases in Africa, was identified as the main cause of an outbreak in Burkina Faso. Between February and June 2002, 12 000 people in Burkina Faso were infected and 1500 of them died, most of them as a result of the W135 strain.

Along with improved surveillance, treatment and diagnosis, the strategy to combat epidemic meningococcal disease in the African meningitis belt relies primarily on vaccination. However, the current vaccine protects only against the two most commonly occurring strains (A and C).

The only vaccine currently available that provides protection against W135 is a tetravalent vaccine, manufactured largely for individual protection of travellers or Hajj and Umrah pilgrims in Saudi Arabia. The current price of this vaccine ranges from US\$ 4 to US\$ 50, depending on where it is sold. This is far beyond the reach of the affected countries in Africa. Talks with manufacturers aimed at providing a stock of affordable vaccine against W135 are making good progress and a solution is now within reach. The goal is to have a trivalent vaccine at a price of US\$ 1 per dose or below.

The current appeal is intended to provoke urgent action by donors to fund a stock of vaccine, drugs and supplies to prevent thousands of unnecessary deaths from the disease in the African meningitis belt. ■

La méningococcie tue surtout les enfants. Forte fièvre, nausée, vomissement, mal de tête peuvent empirer rapidement et entraîner, en quelques heures à peine, un coma voire un décès. A moins de recevoir un traitement, la moitié des personnes infectées mourront et, même si on les soigne, jusqu'à 10% des patients ne survivront pas et les autres pourraient souffrir de graves séquelles mentales ou être atteintes de surdité. Il y a des flambées de méningite presque chaque année dans la ceinture africaine de la méningite, qui peuvent s'étendre de l'est de l'Ethiopie à l'ouest du Sénégal. Rien qu'en 2002, au moins 33 000 cas et 2500 décès ont été signalés à l'OMS et plus de 700 000 cas ont été signalés au cours des 10 dernières années.

Cette année, un nouveau phénomène est apparu, rendant la lutte contre l'épidémie de méningite encore plus difficile. Une souche connue sous le nom de W135, qui était précédemment uniquement responsable de cas sporadiques en Afrique, a été identifiée comme étant la principale cause d'une flambée au Burkina Faso. Entre février et juin 2002, 12 000 personnes ont été infectées au Burkina Faso et 1500 d'entre elles sont décédées, la plupart à cause de la souche W135.

La stratégie pour combattre les épidémies de méningite dans la ceinture africaine de la méningite repose sur une surveillance accrue, le traitement et le diagnostique, mais avant toute chose, sur la vaccination. Le vaccin actuel ne protège cependant que contre deux des souches les plus communément rencontrées (A et C).

Le seul vaccin actuellement disponible fournissant une protection efficace contre le W135 est un vaccin tétravalent, largement fabriqué pour la protection des voyageurs se rendant en p lerinage au Hadj, en Arabie Saoudite. Le prix de ce vaccin varie actuellement de US\$ 4   US\$ 50, en fonction de l'endroit où il est vendu. Il reste donc inaccessible aux pays africains qui sont touchés. Les négociations avec les fabricants, visant à fournir à un prix abordable des stocks de vaccins contre le W135, sont en bonne voie et une solution ne devrait pas tarder à être trouvée. L'objectif est d'obtenir un vaccin tétravalent au prix de US\$ 1 par dose, voire moins.

Cet appel de fonds à donc pour but de pousser les donateurs à financer rapidement un stock de vaccins, de médicaments et de matériel afin d'éviter des milliers de décès inutiles dus à la maladie dans la ceinture africaine de la méningite. ■

### Where to obtain the WER through Internet

- (1) WHO WWW SERVER: Use WWW navigation software to connect to the WER pages at the following address: <http://www.who.int/wer/>
- (2) E-MAIL LIST: An automatic service is available for receiving notification of the contents of the WER and short epidemiological bulletins. To subscribe, send an e-mail message to [majordomo@who.ch](mailto:majordomo@who.ch). The subject field may be left blank and the body of the message should contain only the line **subscribe wer-reh**. Subscribers will be sent a copy of the table of contents of the WER automatically each week, together with other items of interest.

### Comment accéder au REH sur Internet?

- 1) Par le serveur Web de l'OMS: A l'aide de votre logiciel de navigation WWW, connectez-vous à la page d'accueil du REH à l'adresse suivante: <http://www.who.int/wer/>
- 2) Par courrier électronique: Un service automatique de distribution du sommaire du REH et de brefs bulletins épidémiologiques est disponible par courrier électronique. Pour s'abonner à ce service, il suffit d'envoyer un message à l'adresse suivante: [majordomo@who.ch](mailto:majordomo@who.ch). Le champ «Objet» peut être laissé vide et, dans le corps du message, il suffit de taper **subscribe wer-reh**. Les abonnés recevront chaque semaine une copie du sommaire du REH, ainsi que d'autres informations susceptibles de les int resser.

## Influenza

**Canada** (16 November 2002).<sup>1</sup> The overall rate of influenza-like illness remained below baseline level. The first cases of influenza detected during the second week of November occurred in Quebec and British Columbia and were due to influenza B.

**Republic of Korea** (30 November 2002). Influenza activity has been at low level with sporadic cases of influenza A(H3N2) reported since the last week of October.

**Spain** (30 November 2002).<sup>2</sup> The incidence rate of influenza-like illness remained at low level with only sporadic cases of influenza reported. Some influenza B viruses were detected in different regions. The laboratory in Islas Baleares reported three children infected with influenza B with signs and symptoms apparently more severe than those generally attributed to influenza B infection. The morbidity rate of influenza-like illness has increased in the age group 5–14 years, while remained low among other age groups. ■

<sup>1</sup> See No. 46, 2002, p. 384.

<sup>2</sup> See No. 48, 2002, p. 416.

## Influenza

**Canada** (16 novembre 2002).<sup>1</sup> Le taux général de syndromes grippaux s'est maintenu au-dessous du niveau de base. Les premiers cas de grippe ont été dépistés au Québec et en Colombie-Britannique au cours de la deuxième semaine de novembre et ils étaient dus à la grippe B.

**République de Corée** (30 novembre 2002). L'activité grippale est restée faible, avec seulement des cas sporadiques de grippe A(H3N2) signalés depuis la dernière semaine d'Octobre.

**Espagne** (30 novembre 2002).<sup>2</sup> Le taux d'incidence des syndromes grippaux est resté faible, avec seulement des cas de grippe sporadiques. Des virus grippaux de type B ont été dépistés dans différentes régions. Le laboratoire des îles Baléares a signalé trois enfants ayant été infectés par la grippe B, avec des signes et des symptômes apparemment plus sévères que ceux généralement attribués à une infection de grippe B. Le taux de morbidité des syndromes grippaux a augmenté dans le groupe d'âge allant de 5 à 14 ans alors qu'il est resté faible dans les autres groupes d'âge. ■

<sup>1</sup> Voir N° 46, 2002, p. 384.

<sup>2</sup> Voir N° 48, 2002, p. 416.

### WHO websites on infectious diseases – Sites web de l'OMS sur les maladies infectieuses

Antimicrobial resistance information bank	<a href="http://oms2.b3e.jussieu.fr/arinfobank/">http://oms2.b3e.jussieu.fr/arinfobank/</a>	Banque de données sur la pharmacorésistance
Buruli ulcer	<a href="http://www.who.int/gtb-buruli">http://www.who.int/gtb-buruli</a>	Ulcère de Buruli
Cholera	<a href="http://www.who.int/emc/diseases/cholera">http://www.who.int/emc/diseases/cholera</a>	Choléra
Deliberate use of biological and chemical agents	<a href="http://www.who.int/emc/deliberate_epi.html">http://www.who.int/emc/deliberate_epi.html</a>	Usage délibéré d'agents chimiques et biologiques
Eradication/elimination programmes	<a href="http://www.who.int/infectious-disease-news/">http://www.who.int/infectious-disease-news/</a>	Programmes d'éradication/élimination
Filariasis	<a href="http://www.filariasis.org">http://www.filariasis.org</a>	Filariose
Geographical information systems	<a href="http://www.who.int/emc/healthmap/healthmap.html">http://www.who.int/emc/healthmap/healthmap.html</a>	Systèmes d'information géographique
Health topics	<a href="http://www.who.int">http://www.who.int</a>	La santé de A à Z
Infectious diseases	<a href="http://www.who.int/health-topics/idindex.htm">http://www.who.int/health-topics/idindex.htm</a>	Maladies infectieuses
Influenza network (FluNet)	<a href="http://oms.b3e.jussieu.fr/flunet/">http://oms.b3e.jussieu.fr/flunet/</a>	Réseau grippe (FluNet)
Integrated management of childhood illnesses	<a href="http://www.who.int/chd/">http://www.who.int/chd/</a>	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
International travel and health	<a href="http://www.who.int/ith/">http://www.who.int/ith/</a>	Voyages internationaux et santé
Intestinal parasites	<a href="http://www.who.int/ctd/intpara">http://www.who.int/ctd/intpara</a>	Parasites intestinaux
Leprosy	<a href="http://www.who.int/lep/">http://www.who.int/lep/</a>	Lèpre
Malaria	<a href="http://www.rbm.who.int">http://www.rbm.who.int</a>	Paludisme
Newsletter ( <i>Action against infection</i> )	<a href="http://www.who.int/infectious-disease-news/">http://www.who.int/infectious-disease-news/</a>	Bulletin ( <i>Agir contre les infections</i> )
Outbreaks	<a href="http://www.who.int/disease-outbreak_news">http://www.who.int/disease-outbreak_news</a>	Flambées d'épidémies
Poliomyelitis	<a href="http://www.who.int/gpv/">http://www.who.int/gpv/</a>	Poliomyélite
Rabies network (RABNET)	<a href="http://oms.b3e.jussieu.fr/rabnet/">http://oms.b3e.jussieu.fr/rabnet/</a>	Réseau rage (RABNET)
<i>Report on infectious diseases</i>	<a href="http://www.who.int/infectious-disease-report/">http://www.who.int/infectious-disease-report/</a>	<i>Rapport sur les maladies infectieuses</i>
Salmonella surveillance network	<a href="http://www.who.int/salmsurv/">http://www.who.int/salmsurv/</a>	Réseau de surveillance de la salmonellose
Surveillance and response	<a href="http://www.who.int/emc/">http://www.who.int/emc/</a>	Surveillance et action
Tropical disease research	<a href="http://www.who.int/tdr/">http://www.who.int/tdr/</a>	Recherche sur les maladies tropicales
Tuberculosis	<a href="http://www.who.int/gtb/">http://www.who.int/gtb/</a> <a href="http://www.stoptb.org">http://www.stoptb.org</a>	Tuberculose
Vaccines	<a href="http://www.who.int/gpv/">http://www.who.int/gpv/</a>	Vaccins
<i>Weekly epidemiological record</i>	<a href="http://www.who.int/wer/">http://www.who.int/wer/</a>	<i>Relevé épidémiologique hebdomadaire</i>
WHO pesticide evaluation scheme (WHOPES)	<a href="http://www.who.int/ctd/whopes/">http://www.who.int/ctd/whopes/</a>	Schéma OMS d'évaluation des pesticides (WHOPES)

### INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

#### **Notifications of diseases received from 7 to 12 December 2000 / Notifications de maladies reçues du 7 au 12 décembre 2000**

*No notifications received this week / Aucune notification reçue cette semaine.*