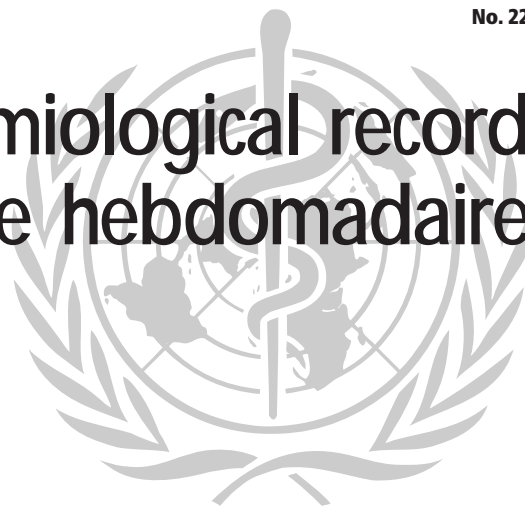


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

30 MAY 2003, 78th YEAR / 30 MAI 2003, 78^e ANNÉE

No. 22, 2003, 78, 189–196

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

Contents

- 189 SARS outbreak
in the Philippines
- 192 Progress towards poliomyelitis
eradication, southern Africa,
2001 – March 2002

Sommaire

- 189 Flambée de SRAS
aux Philippines
- 192 Progrès vers l'éradication
de la poliomyélite,
Afrique australe,
2001 - mars 2002

SARS outbreak in the Philippines

The Philippines experienced an outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) as a result of a single imported case. Hospital infection control and contact tracing limited the outbreak to eight cases in total: one was a family contact and the remainder were infected in hospital. Two of the eight patients died. The others recovered. All other probable SARS cases in the Philippines have been importations that did not lead to transmissions.

Index case

A 46-year-old Filipino nurse aide (A) working in Toronto arrived in Manila on 4 April 2003. On 2 April, while still in Toronto, she had embraced her roommate's mother, who was hospitalized with SARS on 4 April. On 6 April, the nurse aide developed malaise and body aches, progressing to fever, diarrhoea, and abdominal pains over the course of a week. She did not seek medical attention until 12 April, when she was admitted to Hospital A; her chest X-ray showed bilateral basal pneumonia. She was not isolated as SARS was not suspected. On 13 April, hospital staff learned of her travel history and transferred her to a SARS referral hospital in Manila (Hospital B), where she was isolated. A repeat chest X-ray showed diffuse infiltrates in both lungs. Her condition deteriorated and she died on 14 April.

Outbreak

The first symptomatic secondary case was a 39-year-old hospital worker (AA) who had close contact with A on 13 April. All workers at Hospital B were trained to use full personal protective equipment, including goggles.

Flambée de SRAS aux Philippines

Les Philippines ont dû faire face à une flambée de syndromes respiratoires aigus sévères (SRAS) suite à l'importation d'un seul cas. Les mesures de lutte contre l'infection appliquées à l'hôpital et la recherche de tous les contacts ont limité la flambée à huit cas, l'un touchant un contact familial et les autres ayant été contaminés à l'hôpital. Deux des huit patients sont décédés. Les autres se sont rétablis. Tous les autres cas probables de SRAS aux Philippines ont été importés mais aucun d'entre eux n'a conduit à une transmission.

Cas initial

Une aide-infirmière philippine de 46 ans (A) travaillant à Toronto est arrivée à Manille le 4 avril 2003. Le 2 avril, alors qu'elle était encore à Toronto, elle avait pris dans ses bras la mère de sa colocataire, hospitalisée pour SRAS le 4 avril. Le 6 avril, l'aide-infirmière a présenté un malaise et des douleurs qui, en une semaine, ont évolué en une fièvre, une diarrhée et des douleurs abdominales. Elle n'a pas recherché d'avis médical jusqu'au 12 avril, date à laquelle elle a été admise à l'hôpital A. La radiographie thoracique a alors montré la présence d'une pneumonie avec atteinte basale bilatérale. La malade n'a pas été isolée car personne n'a soupçonné qu'il s'agissait d'un SRAS. Le 13 avril, le personnel de l'hôpital a appris d'où elle venait et l'a transférée dans un hôpital de recours pour le SRAS à Manille (B), où elle a été mise en isolement. Une nouvelle radiographie thoracique a montré des infiltrations diffuses dans les deux poumons. Son état s'est aggravé et elle est décédée le 14 avril.

Flambée

Le premier cas secondaire symptomatique s'est déclaré chez un agent hospitalier de 39 ans (AA) ayant eu un contact rapproché avec le cas A le 13 avril. Tout le personnel de l'hôpital B avait été entraîné à utiliser le matériel de protection per-

**WORLD HEALTH
ORGANIZATION**
Geneva

**ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ**
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. fr. / Fr. s. 334.–

6.500 5.2003
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

However, AA did not wear goggles and had placed a surgical mask under her N95 mask, resulting in a loose fit.

Eight close family contacts of A were admitted to Hospital C for isolation on 18 and 19 April. All except two – a 2-year-old child (who did not have SARS) and A's 73-year-old father (AB) – were well at the time of admission. AB's chest X-ray was normal on admission, he had no respiratory difficulty, and his temperature was just under 38 °C (because he was on paracetamol for intermittent fevers associated with a known intra-abdominal malignancy). He was not recognized as a SARS case until his condition rapidly deteriorated from 21 April, with hypoxaemia and bilateral diffuse infiltrates on chest X-ray. He was intubated on 22 April and died a few hours later. AB had extensive contact with his daughter from 5 April until 13 April.

A's brother-in-law (AC) had a high level of exposure carrying A into Hospital B, when A was coughing into his face, as well as being in contact since arrival. He was febrile on the day before admission but had no further symptoms and his chest X-ray remained normal. He was classified as a suspect SARS case.

The 35-year-old nurse (ABA) and 32-year-old doctor (ABB) who intubated AB on 22 April developed SARS. The doctor also cared for AB from 18 to 22 April. The nurse did not wear goggles during the intubation; the doctor denies any breach of infection control measures, but the intubation was difficult and lengthy (about 10 minutes).

Three of A's family contacts became infected in Hospital C because strict isolation was not observed.

Because of AB's frail condition, he was cared for by his 29-year-old niece (ABC), who also shared his room. Although ABC could have been infected by A (on 13 April), her onset date (23 April) makes it more likely that she was infected by A's father on or around 18 April.

A's 70-year-old mother (ABCA) and 52-year-old brother (ABCB) were isolated together on 18 April. They continued to have contact with AB (until his death on 22 April) and ABC (until she was properly isolated on 26 April, 3 days after becoming febrile). Various chains of transmission are possible (see Fig. 1).

Contact risk

From 6 to 12 April, A was symptomatic in the community. During this time she had close contact with 254 family members and friends; she had travelled extensively in the Philippines and had also attended a prayer meeting and a wedding. The contacts were placed under home quarantine for 9 days, with twice-daily temperature monitoring by health workers. In addition, A's entire home *barangay* (smallest administrative unit) was placed under quarantine. The nine staff from Hospital A who had contact with A, and close contacts of the infected health workers (26 for the radiology technician, 25 for the doctor, and 4 for the nurse) were also monitored for 14 days.

Only those individuals identified above developed SARS, which represents an infection rate of less than 1% for the non-hospital contacts.

sonnelle complet, y compris les lunettes. Toutefois, AA ne portait pas de lunettes et avait mis un masque chirurgical sous son masque N95, empêchant ce dernier d'être bien ajusté.

Huit contacts familiaux rapprochés de A ont été admis à l'hôpital C pour y être placés en isolement les 18 et 19 avril. Tous sauf deux – un enfant de 2 ans (qui ne présentait pas le SRAS) et le père de A, âgé de 73 ans (AB) – étaient en bonne forme au moment de leur admission. La radiographie thoracique de AB était normale à l'admission, il ne présentait aucune difficulté respiratoire et sa température était légèrement inférieure à 38 °C (parce qu'il prenait du paracétamol pour traiter des fièvres intermittentes associées à une malignité intra-abdominale). Il n'a pas été considéré comme un cas de SRAS jusqu'à ce que son état se détériore rapidement à partir du 21 avril, avec l'apparition d'une hypoxémie et d'infiltrations diffuses bilatérales à la radiographie. Il a été intubé le 22 avril et est décédé quelques heures plus tard. AB avait eu de nombreux contacts avec sa fille entre le 5 et le 13 avril.

Le beau-frère de A (AC) avait été fortement exposé en emmenant A à l'hôpital B, trajet au cours duquel A avait toussé devant lui et avec laquelle il avait été en contact depuis son arrivée. Il était fébrile la veille de son admission mais ne présentait pas d'autres symptômes et sa radiographie thoracique est restée normale. Il a été classé comme étant un cas de SRAS suspect.

L'infirmière de 35 ans (ABA) et le médecin de 32 ans (ABB) qui ont intubé AB le 22 avril ont développé le SRAS. Le médecin s'était également occupé de AB du 18 au 22 avril. L'infirmière ne portait pas de lunettes au cours de l'intubation; le médecin nie tout manquement aux mesures de sécurité mais l'intubation s'est avérée difficile et longue (environ 10 minutes).

Trois contacts familiaux de A ont été infectés à l'hôpital C car aucun isolement strict n'a été observé.

Du fait de la fragilité de AB, c'est sa nièce de 29 ans (ABC) qui s'en est occupé et qui a également partagé sa chambre. Bien qu'ABC ait pu être infecté par A (le 13 avril), la date d'apparition de ses symptômes (23 avril) laisse à penser qu'elle a plus probablement été infectée par le père de A vers le 18 avril.

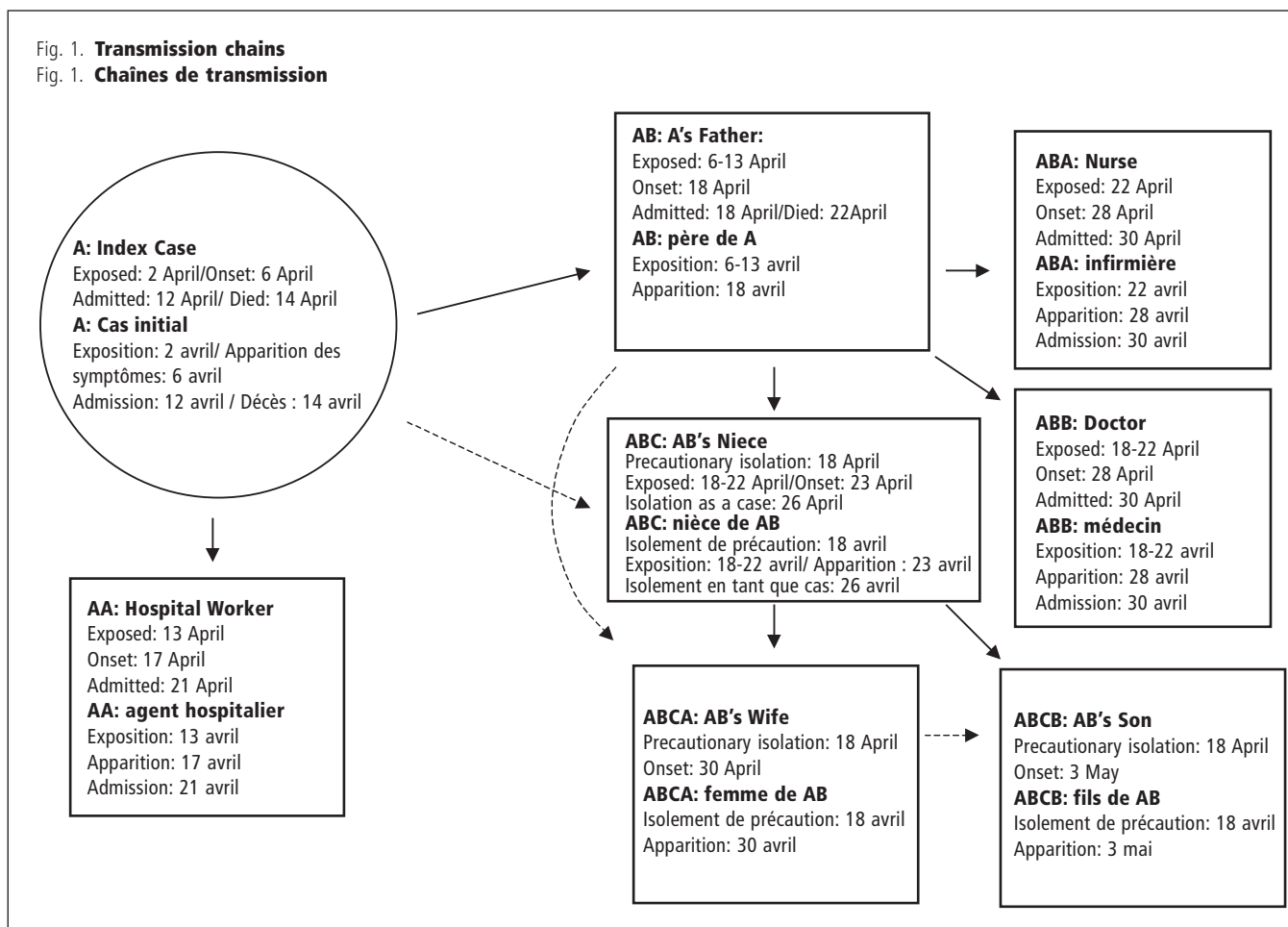
La mère de A (ABCA) âgée de 70 ans et son frère (ABCB) de 52 ans ont été mis en isolement ensemble le 18 avril. Ils ont continué à avoir des contacts avec AB (jusqu'à son décès le 22 avril) et avec ABC (jusqu'à ce qu'elle ait été correctement isolée le 26 avril, 3 jours après l'apparition de la fièvre). Diverses chaînes de transmission sont possibles (voir Fig. 1)

Risque présenté par les contacts

Du 6 au 12 avril, A a été symptomatique dans la communauté. Au cours de cette période, elle a eu des contacts rapprochés avec 254 membres de sa famille et amis; elle s'était beaucoup déplacée aux Philippines et s'était également rendue à une réunion de prières et à un mariage. Les contacts ont été mis en quarantaine à domicile pendant 9 jours, leur température étant surveillée deux fois par jour par les agents de santé. En outre, l'ensemble du *barangay* (plus petite unité administrative) auquel appartenait le domicile de A a été mis en quarantaine. Les neuf membres du personnel de l'hôpital A qui ont eu des contacts avec A et les contacts rapprochés des agents de santé infectés (26 pour le technicien de radiologie, 25 pour le médecin et 4 pour l'infirmière) ont également été surveillés pendant 14 jours.

Seules les personnes indiquées plus haut ont présenté un SRAS, ce qui représente un taux d'infection inférieur à 1% pour les contacts extra-hospitaliers.

Fig. 1. **Transmission chains**
Fig. 1. **Chaînes de transmission**



Implications of the outbreak

On 7 May, as a result of this outbreak, WHO classified the Philippines as having a pattern of “medium” (++) local transmission, indicating more than one generation of local transmission. Although this epidemiological classification does not imply increased risk to the local population or to visitors to the Philippines, it was interpreted as such by some countries, which consequently placed travel restrictions on the Philippines or banned the entry of Filipino workers. However, risk was limited to family and hospital workers with close contact with cases.

Conclusions

Some important public health conclusions can be drawn from this outbreak, which are in line with findings in other countries. Perhaps the most important is that SARS virus transmission can be stopped – although this requires considerable effort and resources, even for a very small outbreak. The index case appears not to have been infectious until she was very sick, i.e. after leaving Hospital A, where there were no secondary infections despite staff not having worn personal protective equipment. Early isolation of the other cases prevented transmission, with the exception of the three infections caused by isolation – with contact between symptomatic and asymptomatic individuals. This illustrates the fundamental principle of not “cohorting” suspect cases.

Conséquences de la flambée

Le 7 mai, à la suite de cette flambée, l'OMS a rangé les Philippines dans la catégorie «moyenne» (++) pour le mode de transmission locale, indiquant que cette transmission s'est faite sur plusieurs générations de cas. Si cette classification épidémiologique n'implique pas qu'il y ait un risque accru pour la population locale ou les voyageurs se rendant aux Philippines, elle a été interprétée comme telle par certains pays qui ont donc imposé des mesures visant à limiter les voyages aux Philippines ou à interdire l'entrée des travailleurs philippins. Le risque était toutefois limité à la famille et aux agents hospitaliers ayant été en contact avec les cas.

Conclusions

Cette flambée nous permet de tirer d'importantes conclusions sur le plan de la santé publique, lesquelles correspondent aux résultats observés dans d'autres pays. La plus importante, peut-être, est qu'il est possible d'interrompre la transmission du virus du SRAS – bien que cela exige des efforts et des ressources considérables, même pour une très petite flambée. Le cas initial semble ne pas avoir été infectieux tant que la personne n'a pas été très malade, c'est-à-dire après avoir quitté l'hôpital A où aucune infection secondaire n'a été enregistrée en dépit du fait que certains membres du personnel n'aient pas porté leur matériel de protection personnelle. L'isolement précoce des autres cas a évité toute transmission, à l'exception des trois infections provoquées par cet isolement – dues au contact de sujets symptomatiques avec des sujets asymptomatiques. Cela illustre le principe fondamental qui veut qu'on ne regroupe pas des cas présumés en «cohorte».

Most hospital workers seem to have been protected from infection through the hospital infection control practices. However, three did become infected after contact – with intense exposure in two cases – with SARS patients. Although a breach of infection control procedures for the third case is not certain, two of these health workers failed to use full protective measures.

The basic public health measures of surveillance, contact tracing, and early isolation remain the key to controlling the spread of SARS.

Update on cases and countries

On 27 May, a cumulative total of 8221 probable cases with 735 deaths has been reported from 28 countries.

Taiwan, reporting 73 probable cases over the past three days, continues to have the most rapidly growing outbreak. With a cumulative total of 596 probable cases, Taiwan now has more than twice the caseload of Singapore (206 probable cases), which was among the most severely affected initial outbreak sites. ■

La plupart des membres du personnel hospitalier semblent avoir été bien protégés de l'infection grâce aux méthodes de lutte mises en place. Toutefois, trois d'entre eux ont été infectés après contact – et forte exposition dans deux cas – avec des malades présentant un SRAS. Bien qu'on ignore s'il y a eu manquement aux mesures de lutte contre l'infection dans le troisième cas, les deux autres n'ont pas appliqué des mesures de protection complètes.

Les mesures de santé publique élémentaires que sont la surveillance, la recherche des contacts et l'isolement précoce restent la clé de la lutte contre la propagation du SRAS.

Mise à jour sur les cas et les pays

Au 27 mai, un total cumulé de 8221 cas probables, dont 735 décès, a été signalé à l'OMS par 28 pays.

Taiwan, qui a signalé 73 cas probables au cours des trois derniers jours, connaît toujours la progression la plus rapide de la flambée. Avec un total cumulé de 596 cas probables, Taiwan recense à présent deux fois plus de cas que Singapour (206 cas), qui faisait pourtant partie des premiers endroits les plus touchés par la flambée. ■

Progress towards poliomyelitis eradication, southern Africa, 2001 – March 2002

Since the 1988 World Health Organization resolution to eradicate poliomyelitis globally, there has been considerable progress towards eradication in all WHO Regions, including the African Region. Countries of the WHO African Region are divided into four epidemiological blocks. The southern African epidemiological block ("southern block") consists of 14 countries: Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, South Africa, Swaziland, Zambia and Zimbabwe on the mainland, and Comoros, Madagascar, Mauritius and Seychelles in the Indian Ocean, with a combined total population of approximately 120 million. This report summarizes polio eradication efforts in the southern block since 2001.

Routine immunization coverage

Estimated coverage (best estimate by WHO/UNICEF) with 3 doses of oral poliovirus vaccine (OPV3) in 2001 was $\geq 90\%$ in 2 countries (Mauritius and Seychelles), 80–89% in 4 countries (Botswana, Lesotho, Malawi and South Africa), 70–79% in 5 countries (Comoros, Mozambique, Swaziland, Zambia and Zimbabwe), and $< 70\%$ in 3 countries (Angola 44%, Namibia 64%, and Madagascar 58%).

Supplementary OPV immunization activities

All countries in the southern block conducted supplementary immunization activities (SIAs) with OPV during at least two, and in some cases all, years between 1996 and 2000 (Table 1). SIAs consisted of two rounds in the winter season (between May and September), targeting children 0–59 months of age. Angola, Namibia and Zambia continued annual National Immunization Days (NIDs)¹

¹ Nationwide mass campaigns over a short period (days to weeks) in which 2 doses of OPV are administered to all children (usually aged < 5 years), regardless of previous immunization history, with an interval of 4–6 weeks between doses.

Progrès vers l'éradication de la poliomyélite, Afrique australe, 2001 - mars 2002

Depuis 1988, date à laquelle l'Organisation mondiale de la Santé a adopté une résolution visant à éradiquer la poliomyélite dans le monde, des progrès considérables ont été enregistrés dans ce sens dans toutes les Régions de l'OMS, y compris la Région africaine. Les pays de la Région africaine de l'OMS sont divisés en quatre blocs épidémiologiques. Le bloc épidémiologique de l'Afrique australe (« bloc austral ») est composé de 14 pays: Afrique du Sud, Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe, pour le continent, et Comores, Madagascar, Maurice et Seychelles dans l'océan Indien, couvrant une population totale d'environ 120 millions d'habitants. Le présent rapport récapitule les efforts menés en vue d'éradiquer la poliomyélite dans le bloc austral depuis 2001.

Couverture par la vaccination systématique

La couverture par 3 doses de vaccin antipoliomyélique buccal (VPO3) en 2001 était (selon les estimations de l'OMS/UNICEF) supérieure ou égale à 90% dans deux pays (Maurice et les Seychelles), et comprise entre 80 et 89% dans 4 pays (Afrique du Sud, Botswana, Lesotho et Malawi), 70 et 79% dans 5 pays (Comores, Mozambique, Swaziland, Zambie et Zimbabwe) et inférieure à 70% dans 3 pays (Angola 44%, Namibie 64% et Madagascar 58%).

Activités de vaccination supplémentaire par le VPO

Tous les pays du bloc austral ont mené des activités de vaccination supplémentaires par le VPO pendant au moins deux ans et dans certains cas tous les ans entre 1996 et 2000 (Tableau 1). Ces activités ont consisté en deux tournées pendant la saison d'hiver (entre mai et septembre), visant les enfants de 0 à 59 mois. L'Angola, la Namibie et la Zambie ont poursuivi les journées nationales de vaccination (JNV)¹ annuelles en 2002 en raison de la transmission récente

¹ Campagne de masse au niveau national conduite sur une brève période (quelques jours à quelques semaines), au cours de laquelle 2 doses de VPO sont administrées à tous les enfants (généralement âgés de moins de 5 ans), quels que soient leurs antécédents vaccinaux, avec un intervalle de 4 à 6 semaines entre les doses.

through 2002 because of recent wild poliovirus transmission in Angola and cross-border transmission in western Zambia. Following the polio outbreak caused by circulating vaccine-derived poliovirus (cVDPV), Madagascar also conducted NIDs in 2002 after a gap of 3 years (Table 1).

The quality of SIAs conducted during 2001–2002 improved substantially through more detailed micro-planning, house-to-house vaccine delivery, intensified supervision of house-to-house immunization teams, and separate tallying of children who had never received OPV previously (“zero-dose children”). For example, during the first round of NIDs in Madagascar in September 2002, 15% of all children <5 years reached (492 000) were zero-dose children. Analysis of the distribution of zero-dose children contributed to the prioritization of geographical areas and the measures required to correct deficiencies in the routine immunization programme. In 2002, SIAs were coordinated between countries within and outside the southern African block. NIDs in Angola and Namibia were synchronized with SIAs in the Democratic Republic of the Congo (DRC) and selected countries of the central African block. In 2003, Angola is planning to conduct NIDs (June and August rounds).

de poliovirus sauvages en Angola et d’une transmission transfrontière dans l’ouest de la Zambie. A la suite de la flambée de poliomyélite provoquée par des poliovirus circulants dérivés de la souche vaccinale, Madagascar a également organisé des JNV en 2002 après ne plus l’avoir fait depuis trois ans (Tableau 1).

La qualité des activités de vaccination supplémentaire menées en 2001-2002 s’est beaucoup améliorée grâce à une microplanification plus détaillée, à l’administration de vaccins au porte-à-porte, à une amélioration de l’encadrement des équipes de vaccination domiciliaire et au fait que les enfants qui n’avaient jamais reçu le VPO («zéro dose») ont été comptabilisés séparément. Par exemple, pendant la première série de JNV à Madagascar en septembre 2002, 15% des enfants de moins de 5 ans vaccinés (492 000) ne l’avaient jamais été auparavant. L’analyse de la répartition de ces enfants a permis de classer par ordre de priorité les zones géographiques et de prendre les mesures nécessaires pour corriger les lacunes du programme de vaccination systématique. En 2002, les activités de vaccination supplémentaire ont été coordonnées entre les pays du bloc de l’Afrique australe et d’autres. Les JNV organisées en Angola et en Namibie ont été synchronisées avec les activités de vaccination supplémentaire menées en République démocratique du Congo et dans certains pays du bloc d’Afrique centrale. En 2003, l’Angola prévoit d’organiser des JNV en juin et en août.

Table 1. Last year of wild poliovirus isolation and supplementary immunization activities (SIAs), southern African countries (excluding small islands), 1987–2002

Tableau 1. Dernière année d’isolement du poliovirus sauvage et activités de vaccination supplémentaire, pays d’Afrique australe (à l’exception des petites îles), 1987-2002

Country – Pays	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Angola																x
Botswana			x													
Lesotho	x															
Madagascar											x					c
Malawi					x											
Mozambique							x									
Namibia – Namibie									x							
South Africa – Afrique du Sud			x													
Swaziland			x													
Zambia – Zambie									x							i
Zimbabwe					x											

x Last year that indigenous wild poliovirus (WPV) was isolated. – Dernière année où le poliovirus sauvage a été isolé.

c 4 cases of poliomyelitis caused by circulating vaccine-derived poliovirus (cVDPV). – 4 cas de poliomyélite provoqués par des poliovirus circulants dérivés de la souche vaccinale.

i 2 imported cases of WPV. – 2 cas importés de poliovirus sauvage.

Supplementary Immunization Activities (SIAs) conducted. – Activités de vaccination supplémentaires ayant été menées.

Incidence of polio

Southern block countries with the most recent isolation of wild poliovirus from acute flaccid paralysis (AFP) cases include Zambia (2002, 2 cases imported from Angola), Angola (2001, 1 case), Madagascar (1997, 1 case) and Namibia (1995, at least 8 cases). In the other countries of the southern block, wild poliovirus was last isolated in 1993 or earlier. In Madagascar, a polio outbreak related to cVDPV during

Incidence de la poliomyélite

Les pays du bloc austral ayant isolé le plus récemment des poliovirus sauvages à partir de cas de paralysie flasque aiguë (PFA) sont la Zambie (2002, 2 cas importés d’Angola), l’Angola (2001, 1 cas), Madagascar (1997, 1 cas) et la Namibie (1995, au moins 8 cas). Dans les autres pays du bloc austral, le poliovirus sauvage a été isolé pour la dernière fois en 1993 ou avant cette date. A Madagascar, une flambée de poliomyélite liée au poliovirus circulant dérivé de la souche

2001–2002² was detected and controlled following NIDs conducted in September–October 2002.

AFP surveillance

Two main indicators are used to evaluate the quality for acute flaccid paralysis (AFP) surveillance: the annual rate of detecting AFP cases not due to polio in children under 15 years (non-polio AFP rate; target: at least 1 case per 100 000 under-15s), and the collection of adequate stool³ specimens from AFP cases (target: at least 80% of AFP cases with adequate specimens). The quality of AFP surveillance in all countries of the southern block except Madagascar and Mozambique was sufficient to allow the use of virological case classification criteria (i.e. adequate specimens collected from at least 60% of AFP cases). Madagascar, Mozambique, Namibia and South Africa have not yet achieved certification-quality AFP surveillance⁴ in any year (Table 2). Analysis of AFP performance indicators at the sub-national level shows the existence of considerable surveillance gaps at the provincial and district level.

vaccinale en 2001-2002² a été décelée et maîtrisée à la suite des JNV organisées en septembre-octobre 2002.

Surveillance de la PFA

Deux des principaux indicateurs utilisés pour évaluer la qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA), à savoir un taux de dépistage annuel des cas de PFA non poliomyélitiques d'au moins 1 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, et la collecte d'échantillons coprologiques adéquats³ pour au moins 80% des cas de PFA. Tous les pays du bloc austral, sauf Madagascar et le Mozambique, ont atteint une qualité de la surveillance de la PFA suffisante pour appliquer les critères de classification des cas virologiques (échantillons adéquats prélevés pour au moins 60% des cas de PFA). L'Afrique du Sud, Madagascar, le Mozambique et la Namibie n'ont toujours pas atteint un niveau de surveillance de la PFA⁴ de qualité correspondant au niveau de la certification, pas même pour une année (Tableau 2). L'analyse des indicateurs de performance au niveau local fait apparaître des écarts considérables en matière de surveillance au niveau des provinces et des districts.

Table 2. Acute flaccid paralysis (AFP) surveillance, by country – Southern Africa, 2001 – March 2003^a

Tableau 2. Surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA), par pays – Afrique australe, 2001 – Mars 2003

Country – Pays	2001			2002			January–March 2003 Janvier-mars 2003		
	Confirmed wild poliovirus case Cas confirmés dus au poliovirus sauvage	Non-polio AFP rate ^b Taux de PFA non poliomyélique ^b	% AFP cases with adequate specimens ^c % de cas de PFA pour lesquels des échantillons adéquats ont été prélevés ^c	Confirmed wild poliovirus case Cas confirmés dus au poliovirus sauvage	Non-polio AFP rate ^b Taux de PFA non poliomyélique ^b	% AFP cases with adequate specimens ^c % de cas de PFA pour lesquels des échantillons adéquats ont été prélevés ^c	Confirmed wild poliovirus case Cas confirmés dus au poliovirus sauvage	Non-polio AFP rate ^b Taux de PFA non poliomyélique ^b	% AFP cases with adequate specimens ^c % de cas de PFA pour lesquels des échantillons adéquats ont été prélevés ^c
Angola	1	2.4	66%	0	3.0	85%	0	0.8	77%
Botswana	0	1.1	75%	0	1.3	78%	0	4.0	86%
Lesotho	0	1.0	91%	0	1.4	87%	0	0.7	100%
Madagascar	0 ^e	0.4	69%	0 ^f	0.8	25%	0	0.9	53%
Malawi	0	1.4	90%	0	1.4	84%	0	1.0	85%
Mozambique	0	0.6	48%	0	1.2	41%	0	1.0	75%
Namibia – Namibie	0	3.6	48%	0	2.3	67%	0	0.5	0%
South Africa – Afrique du Sud	0	1.0	61%	0	1.2	75%	0	1.4	87%
Swaziland	0	2.0	80%	0	1.4	71%	0	5.6	100%
Zambia – Zambie	3	3.4	78%	2	2.5	69%	0	2.3	94%
Zimbabwe	0	1.4	72%	0	1.6	83%	0	1.3	76%
Total	4	1.5	87%	2	1.6	71%	0	1.4	67%

^a Data as of 28 April 2003. – Données au 28 avril 2003.

^b Cases per 100 000 children aged <15 years. – Cas pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans.

^c Two stool specimens collected at an interval of at least 24 hours, within 14 days of onset of paralysis, and received in satisfactory condition at the laboratory. – Deux échantillons prélevés à au moins 24 heures d'intervalle, dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie et reçus dans de bonnes conditions au laboratoire.

^d Annualized rate for cases per 100 000 children aged <15 years. – Taux annualisé pour les cas pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans.

^e In 2001, 1 AFP case with circulating vaccine-derived poliovirus (cVDPV) was detected. – En 2001, un cas de PFA dû aux poliovirus circulants dérivés de la souche vaccinale a été décelé.

^f In 2002, 4 AFP cases with cVDPV were detected. – En 2002, 4 cas de PFA dus aux poliovirus circulants dérivés de la souche vaccinale ont été décelés.

² See No. 29, 2002, pp. 241–242.

³ Two stool specimens collected at an interval of at least 24 hours, within 14 days of onset of paralysis, and received in satisfactory condition at the laboratory.

⁴ Achievement of an AFP detection rate of ≥ 1 case of non-polio AFP per 100 000 children <15 years of age from whom adequate stool specimens are collected for 80% of the cases.

² Voir N° 29, 2002, pp. 241-242.

³ Deux échantillons prélevés à au moins 24 heures d'intervalle, dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie et reçus dans de bonnes conditions au laboratoire.

⁴ Atteindre un taux de dépistage des cas de PFA non poliomyélitiques d'au moins 1 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans et une collecte d'échantillons coprologiques adéquats pour au moins 80% des cas.

Surveillance performance in countries of the southern Africa block, especially Botswana, Mozambique, South Africa and Swaziland, continued to improve; the single exception was Angola (Table 2).

Regional laboratory network

The polio laboratory network in Southern Africa consists of 4 laboratories – one in Madagascar, one in Zambia also serving the United Republic of Tanzania, one in Zimbabwe also serving Malawi, and one in South Africa serving the remaining countries in the block. The South Africa laboratory also serves countries in other blocks and is one of the regional reference laboratories. The network laboratories processed a total of 2114 samples from 1088 AFP cases with onset (and tested) in 2002 – Institut Pasteur of Antananarivo, Madagascar (58 AFP cases), University Teaching Hospital of Lusaka, Zambia (277 AFP cases), University of Zimbabwe in Harare polio laboratory (182 AFP cases), and the National Institute of Communicable Diseases in Johannesburg polio laboratory (571 AFP cases). The totals for the network laboratory in Zambia included 144 samples from the United Republic of Tanzania. The non-polio enterovirus (NPEV) isolation rate (target: $\geq 10\%$ of stool specimens with NPEV isolation) serves as a combined indicator of specimen quality (i.e. quality of the reverse cold chain for specimen transport) and laboratory sensitivity. The NPEV rate varied from 3 of 90 (3%) specimens in Zimbabwe to 3 of 9 (33%) specimens in Namibia.

Certification and laboratory containment of poliovirus

All countries in the southern block have established National Polio Expert Committees (NPECs) – groups of experts tasked with the final classification of AFP cases as confirmed polio, polio-compatible, or non-polio AFP. All countries now also have National Committees for the certification of polio eradication (NCCs), independent groups of experts working closely with the African Regional Certification Commission (ARCC) towards the eventual certification of the region as polio-free. Although NPECs exist in all countries of the southern block, there have been long delays in AFP case classification, with large numbers of AFP cases pending final classification for periods of up to 6 months. As of December 2002, about a third (283) of southern block AFP cases with onset during 2002 had not been classified. In 2002, 13 AFP cases were classified as “polio-compatible” (9 from Angola and 4 from South Africa), without, however, finding clusters of polio-compatible cases.

NCCs in all southern block countries have begun to submit annual country progress reports on polio eradication to the ARCC. Following more than 3 years of certification-quality AFP surveillance without detecting wild poliovirus, Malawi is one of the first 8 countries in the WHO African Region selected by the ARCC to begin submitting final national documentation towards eventual certification in 2003. Efforts directed towards the eventual laboratory containment of wild polioviruses have also begun, with the designation of National Task Forces (NTFs) for laboratory containment in Angola, Botswana, Madagascar, Malawi, Namibia, South Africa, Swaziland and Zimbabwe. Lesotho and Zambia are in the process of establishing NTFs.

La performance de la surveillance dans les pays du bloc d'Afrique australe, notamment au premier trimestre 2003, surtout en Afrique du Sud, au Botswana, au Mozambique et au Swaziland, a continué à s'améliorer, la seule exception étant l'Angola (Tableau 2).

Réseau de laboratoires régionaux

Le réseau de laboratoires de la poliomyélite d'Afrique australe compte 4 laboratoires – un à Madagascar, un en Zambie, desservant également la République-Unie de Tanzanie, un au Zimbabwe, desservant également le Malawi, et un en Afrique du Sud, desservant les autres pays du bloc. Le laboratoire sud-africain dessert aussi les pays d'autres blocs et est l'un des laboratoires régionaux de référence. Les laboratoires du réseau ont traité au total 2114 échantillons provenant de 1088 cas de PFA apparus (et ayant fait l'objet d'analyses) en 2002 – Institut Pasteur d'Antananarivo, Madagascar (58 cas de PFA), Hôpital universitaire de Lusaka, Zambie (277 cas de PFA), laboratoire de la poliomyélite de l'Université du Zimbabwe à Harare (182 cas de PFA) et laboratoire de la poliomyélite de Johannesburg à l'Institut national des maladies transmissibles (571 cas de PFA). Le nombre total d'échantillons traités par le laboratoire zambien s'est monté à 144 en provenance de la République-Unie de Tanzanie. Le taux d'isolement d'entérovirus non poliomyelitiques (EVNP) (cible: $\geq 10\%$ des échantillons coprologiques avec isolement des EVNP) sert d'indicateur combiné de la qualité des échantillons (c'est-à-dire de la qualité de la chaîne du froid pour le transport des échantillons) et de la sensibilité du laboratoire. Le taux de EVNP allait de 3 échantillons sur 90 (3%) au Zimbabwe à 3 sur 9 (33%) en Namibie.

Certification et confinement du poliovirus en laboratoire

Tous les pays du bloc austral ont créé des comités nationaux d'experts de la poliomyélite – c'est-à-dire des groupes d'experts chargés de la classification finale des cas de PFA comme cas confirmés de poliomyélite, polio-compatibles ou non poliomyelitiques. Par ailleurs, tous les pays sont désormais dotés de comités nationaux de certification de l'éradication de la poliomyélite – groupes d'experts indépendants travaillant en étroite coordination avec la Commission de Certification de la Région africaine en vue de certifier la Région exempte de poliomyélite. Bien que des comités d'experts nationaux existent dans tous les pays du bloc austral, de longs retards ont été observés dans la classification des cas de PFA, la classification demandant pour beaucoup jusqu'à 6 mois. En décembre 2002, près du tiers des cas de PFA (283) du bloc austral apparus en 2002 n'avaient pas encore été classés. En 2002, 13 cas de PFA ont été classés comme «polio-compatibles» (9 provenant d'Angola et 4 d'Afrique du Sud) sans que l'on ait toutefois trouvé de grappes de cas polio-compatibles.

Les comités nationaux de certification de tous les pays du bloc austral ont commencé à soumettre des rapports de situation annuels sur l'éradication de la poliomyélite à la Commission régionale de Certification. Après plus de 3 ans de surveillance de la PFA de qualité compatible avec la certification sans que le poliovirus sauvage ait été décelé, le Malawi est l'un des 8 premiers pays de la Région africaine de l'OMS retenus par la Commission régionale de Certification pour commencer à soumettre la documentation finale en vue de la certification en 2003. Les efforts dirigés sur le confinement en laboratoire des poliovirus sauvages ont également commencé avec la désignation de groupes spéciaux nationaux pour le confinement en laboratoire en Afrique du Sud, en Angola, au Botswana, à Madagascar, au Malawi, en Namibie, au Swaziland et au Zimbabwe. Le Lesotho et la Zambie sont actuellement en train de créer des groupes spéciaux.

Editorial note

The last cases of poliomyelitis confirmed with wild poliovirus isolation in the southern African block have been observed in Zambia in February 2002. With the exception of Angola and Zambia, no wild polioviruses were isolated in other countries of the block during the past 2 years. AFP surveillance quality improved in a number of countries in the block during 2001–2002 – most remarkably in Angola, a country that had faced enormous challenges because of war. However, the recent decline (first quarter of 2003) in surveillance performance in Angola demonstrates the fragile nature of surveillance in this country. Recent steps taken in Angola should ensure that surveillance quality will rebound rapidly.

While it is possible that transmission of indigenous wild poliovirus in the southern block may be interrupted, the recent improvement in the quality of AFP surveillance in a number of important countries in 2003 – most notably Madagascar, Mozambique and South Africa, and important silent areas not reporting any AFP cases, particularly in eastern Angola – does not yet allow the reliable exclusion of ongoing transmission of wild poliovirus in the southern block.

AFP surveillance quality in all countries of the block must urgently improve to ensure that inadequate AFP surveillance in the southern block does not delay eradication and the eventual polio-free certification of the African Region. An external surveillance review, an important tool for assessing both the organization and the performance of surveillance, was conducted in Angola in 2002, and reviews are planned in 2003 for Madagascar, Mozambique, and South Africa. In addition, the country Technical Advisory Group (TAG) for Angola will convene for the first time in June, to specifically review the polio eradication initiative in this country, monitor the implementation of the recommendations arising from the 2002 surveillance review, and advise on further strengthening of surveillance and the need for SIAs.

The formation of functional NPECs and NCCs shows that activities towards reaching the certification goal are progressing. However, further political commitment to accelerating the implementation of key polio eradication strategies, specifically all aspects of AFP surveillance, is needed in all countries in the block, particularly in those countries that have not yet achieved certification-quality surveillance.

Support for the polio eradication initiative in southern Africa has been provided primarily by the Member States, the governments of the Netherlands, the United Kingdom and the United States, the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in Atlanta, USA, and Rotary International. In order to sustain polio eradication activities in those countries until global certification, additional funding will be required. Polio eradication partners should explore through National EPI Inter-agency Coordination Committees opportunities to raise funds from government and local partner agencies to support part of those activities in the future. Strengthening all polio eradication strategies in southern Africa will prevent importation and circulation of polioviruses until global polio eradication is certified. ■

Note de la rédaction

Les derniers cas de poliomyélite confirmés par isolement du poliovirus sauvage dans le bloc de l'Afrique australe ont été observés en Zambie en février 2002. A l'exception de l'Angola et de la Zambie, aucun poliovirus sauvage n'a été isolé dans d'autres pays du bloc au cours des deux dernières années. La qualité de la surveillance de la PFA s'est améliorée dans plusieurs pays du bloc en 2001-2002, et plus particulièrement en Angola, pays qui a été confronté à des problèmes énormes du fait de la guerre. Toutefois, la baisse récente (premier trimestre 2003) de la performance de la surveillance en Angola atteste de la fragilité de la surveillance dans ce pays. Des mesures ont été prises récemment en Angola pour faire en sorte que la qualité de la surveillance revienne rapidement au niveau où elle se situait.

S'il est possible que la transmission du poliovirus sauvage autochtone dans le bloc austral puisse être interrompue, l'amélioration récente de la qualité de la surveillance de la PFA dans plusieurs pays importants en 2003 – notamment l'Afrique du Sud, Madagascar et le Mozambique, et l'existence de zones désormais silencieuses ne déclarant aucun cas de PFA, en particulier l'est de l'Angola – ne permet pas encore d'exclure de manière fiable la poursuite de la transmission du poliovirus sauvage dans le bloc austral.

La qualité de la surveillance de la PFA dans tous les pays du bloc doit être améliorée d'urgence afin qu'une surveillance insatisfaisante de la PFA dans le bloc austral ne retarde pas l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine, puis la certification de celle-ci comme exempte de la maladie. Un examen externe de la surveillance, outil important pour évaluer tant l'organisation que l'efficacité de la surveillance, a été effectué en Angola en 2002 et le même type d'examen est prévu en 2003 pour l'Afrique du Sud, Madagascar et le Mozambique. En outre, le Groupe consultatif technique de pays pour l'Angola se réunira pour la première fois en juin pour examiner plus particulièrement l'initiative en faveur de l'éradication de la poliomyélite dans ce pays, contrôler la mise en œuvre des recommandations formulées lors de l'étude de surveillance en 2002, et formuler des recommandations quant à la poursuite du renforcement de la surveillance et à la nécessité d'activités de vaccination supplémentaire.

La constitution de comités d'experts nationaux et de comités nationaux de certification des pays montre que les activités progressent sur la voie de la certification. Néanmoins, un engagement politique accru visant à accélérer la mise en œuvre des principales stratégies d'éradication de la poliomyélite, et plus particulièrement tous les aspects de la surveillance de la PFA, sont nécessaires dans tous les pays du bloc, en particulier ceux qui n'ont pas encore institué une surveillance de qualité répondant aux critères de certification.

L'initiative pour l'éradication de la poliomyélite en Afrique australe est soutenue principalement par les Etats Membres, les gouvernements des Etats-Unis d'Amérique, des Pays-Bas et du Royaume-Uni, les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) d'Atlanta, Etats-Unis, et le Rotary international. Afin de soutenir les activités d'éradication dans ces pays jusqu'à la certification mondiale, des crédits supplémentaires seront nécessaires. Les partenaires en vue de l'éradication devront rechercher, par l'intermédiaire des comités nationaux de coordination interinstitutions pour le PEV, les possibilités de mobilisation de fonds auprès des gouvernements et d'organismes partenaires locaux afin de financer une partie de ces activités à l'avenir. Le renforcement de l'ensemble des stratégies d'éradication de la poliomyélite en Afrique australe évitera l'importation et la circulation des poliovirus jusqu'à ce que l'éradication mondiale de la poliomyélite soit certifiée. ■