

# Weekly epidemiological record

## Relevé épidémiologique hebdomadaire

23 MAY 2003, 78th YEAR / 23 MAI 2003, 78<sup>e</sup> ANNÉE

No. 21, 2003, 78, 181–188

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

### Contents

- 181 Outbreak news
  - Cholera, Mozambique and Uganda
- 181 Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)
- 184 Progress in reducing global measles deaths
- 187 Lymphatic filariasis – Corrigendum
- 187 Influenza
- 188 International Health Regulations

### Sommaire

- 181 Le point sur les épidémies
  - Choléra, Mozambique et Ouganda
- 181 Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)
- 184 Progrès enregistrés dans la réduction du nombre de décès par rougeole dans le monde
- 187 Filariose lymphatique – Rectificatif
- 187 Grippe
- 188 Règlement sanitaire international

**WORLD HEALTH ORGANIZATION**  
Geneva

**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ**  
Genève

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

6.800 5.2003  
ISSN 0049-8114  
Printed in Switzerland

### ★ OUTBREAK NEWS

#### Cholera, Mozambique

As of 21 May 2003, WHO received reports of 3 cholera outbreaks in different parts of the country: 1135 cases and 23 deaths between 7 April and 18 May in 8 districts of Gaza Province; 3650 cases with 31 deaths between 24 February and 18 May in Maputo Province, with Sabie being the worst affected district; and 2503 cases and 13 deaths in Sofala Province between early January and 18 May, with the peak occurring in April.

#### Cholera, Uganda

As of 30 April 2003, the Ministry of Public Health of Uganda had reported a total of 277 cases with 35 deaths in March and April 2003 in Bundibugyo district; most cases were located along the Semliki and Lamia rivers. *Vibrio cholerae* O1 El Tor Ogawa has been confirmed by the Public Health Laboratory of Uganda.

The Ministry of Health has sent several missions to this area and is taking many measures to control the outbreak, including: improving the coordination and response at district level; carrying out health education campaigns; encouraging appropriate sanitation practices in the community; training health workers in case management and use of oral rehydration salts as well as in surveillance and data management; and developing active case-finding with community leaders. ■

#### Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)

##### Report on Guangxi (China) visit

Guangxi Province appears to be responding well to its relatively small SARS outbreak, with the disease given high priority by both

### ★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

#### Choléra, Mozambique

Au 21 mai 2003, 3 flambées de choléra ont été signalées à l'OMS et ce à différents endroits du pays: 1135 et 23 décès entre le 7 avril et le 18 mai 8 districts de la province de Gaza; 3650 cas dont 31 décès entre le 24 février et le 18 mai dans la province de Maputo, Sabie étant le district le plus touché. Enfin, entre début janvier et le 18 mai, 2503 cas et 13 décès dans la province de Sofala, avec un pic en avril.

#### Choléra, Ouganda

Au 30 avril 2003, le Ministère de la Santé publique d'Ouganda a signalé un total de 277 cas dont 35 décès en mars et avril 2003 dans la province de Bundibugyo; la plupart des cas ont été répertoriés le long des rivières Semliki et Lamia. *Vibrio cholerae* O1 El Tor Ogawa a été confirmé par le laboratoire de Santé publique d'Ouganda.

Le Ministère de la Santé a envoyé plusieurs missions dans cette région et prend de nombreuses mesures afin de lutter contre la flambée, y compris: amélioration de la coordination et de l'action au niveau des districts; mise en place de campagnes d'éducation sanitaire; encouragement de la communauté à avoir une hygiène appropriée; formation des agents de santé à la prise en charge des cas et à l'administration de sels de réhydratation orale ainsi qu'à la surveillance et au traitement des données; mise au point d'une recherche active des cas avec les dirigeants de la communauté. ■

#### Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

##### Rapport sur la visite au Guangxi (Chine)

La province du Guangxi semble avoir correctement réagi à la flambée relativement limitée de SRAS, la population comme les autorités sanitai-

populations and health officials. This conclusion was reached by WHO experts following a joint field visit with Ministry of Health officials. To date, Guangxi has reported 22 probable SARS cases and 3 deaths.

Some concern had been expressed that this “poverty province”, with its weak health infrastructure, would not be able to cope with a SARS outbreak but the province was found to be well mobilized and there appeared to be no major epidemic. The team returned on 17 May to Beijing after a week-long visit to the province.

Experts found an effective surveillance system set up to detect cases. Diagnostic procedures, treatment, and infection control at all hospitals visited were considered adequate. While no evidence of concealment of cases was found, the numbers of probable SARS cases could be higher because of problems with cases definitions.

The team found that two separate clusters of SARS cases, dating from December 2002 and January 2003, had recently been detected by local health officials following a review of hospital records. Guangxi’s surveillance system, which is similar to that of Hebei Province, relies on active, rigorous, community-based surveillance, close checking of migrants returning home, and quarantine for 2 weeks in certain cases. An adequate case reporting system has been set up, with detailed reports sent daily from each city or prefecture to the provincial level.

According to official records, some 260 000 migrant workers returned to Guangxi between 1 April and 8 May 2003, of whom 200 000 came from neighbouring Guangdong province.

Surveillance checkpoints have been set up at main entry points into the province to register these workers. Screening teams staffed by township hospital doctors also visit villages to monitor returning workers.

Hospital management appeared to be effective. As a result of scrupulous infection control, no health care workers have been reported as infected. However, some of the measures taken may be unwarranted, unsustainable, or even inappropriate. For example, health care workers are using three layers of hats, gowns, gloves, and masks. Two of the three masks are made up of a 12-layer gauze material.

Experts are also concerned that the numbers of reported cases may be low, because of how cases are being classified under the probable, suspect and “under observation” categories. WHO experts are investigating this issue further and working with the Ministry of Health to bring the national standard case definitions into line with WHO case definitions.

In a separate development, WHO has requested that joint research be undertaken to investigate the origins of the coronavirus, to predict its possible reintroduction into the community.

### **Situation in Taiwan, China**

On 21 May, Taiwan reported a cumulative total of 418 probable SARS cases with 52 deaths. On 17 May, 34 new cases were reported, and 36 new cases were reported the following day, making Taiwan currently the site of the most rapidly growing outbreak.

res lui ayant donné une grande priorité. C’est la conclusion des experts de l’OMS après une visite sur le terrain en compagnie de responsables du Ministère de la Santé. A ce jour, le Guangxi a notifié 22 cas probables dont 3 mortels.

Du fait de la faiblesse de ses infrastructures sanitaires, cette «province pauvre» avait suscité quelques inquiétudes quant à sa capacité de faire face à une flambée de SRAS mais, en raison de la forte mobilisation, il ne semble pas que l’épidémie y ait pris de l’ampleur. L’équipe est revenue le 17 mai à Beijing après une visite d’une semaine.

Les experts ont constaté qu’un système de surveillance efficace avait été mis en place pour détecter les cas. Les méthodes de diagnostic, le traitement et la lutte anti-infectieuse dans tous les hôpitaux ont été considérés comme efficaces. Sans que l’on puisse parler de dissimulation avérée, le nombre des cas probables pourrait être plus élevé à cause de problèmes de définitions.

L’équipe a constaté que deux groupes de cas séparés, remontant aux mois de décembre 2002 et janvier 2003, avaient été découverts récemment par les autorités sanitaires locales après un examen des registres hospitaliers. Le système de surveillance du Guangxi, semblable à celui de la province du Hebei, repose sur une surveillance à base communautaire active et rigoureuse, un contrôle approfondi des migrants rentrant chez eux et une quarantaine de deux semaines dans certains cas. Un système adéquat de notification des cas a été mis en place, des rapports détaillés étant envoyés quotidiennement par chaque ville ou préfecture au niveau provincial.

Selon les chiffres officiels, quelque 260 000 travailleurs migrants sont retournés dans le Guangxi entre le 1<sup>er</sup> avril et le 8 mai 2003, dont 200 000 en provenance de la province voisine du Guangdong.

Des postes de contrôle ont été installés aux principaux points de passage permettant d’entrer dans la province afin d’enregistrer ces travailleurs. Des équipes de dépistage composées de médecins des établissements communaux ont également visité les villages pour contrôler les travailleurs à leur retour.

La prise en charge hospitalière semble efficace. Grâce à des mesures anti-infectieuses scrupuleuses, on n’a signalé aucune contamination d’agents de santé. Néanmoins, certaines de ces mesures ne sont pas forcément justifiées, viables ou appropriées. Les agents de santé mettent par exemple trois bonnets, trois tabliers, trois paires de gants et trois masques superposés. Deux des trois masques se composent de 12 couches de gaze.

Les experts s’inquiètent également du faible nombre de cas notifiés qui pourrait s’expliquer par la classification en cas probables, suspects et «sous observation». Les spécialistes de l’OMS enquêtent sur cette question et travaillent avec le Ministère de la Santé pour que les définitions de cas nationales soient identiques à celles de l’OMS.

L’Organisation a par ailleurs demandé d’entreprendre des recherches conjointes pour trouver l’origine du coronavirus et prévoir les réintroductions éventuelles chez l’homme.

### **Situation à Taiwan (Chine)**

Le 21 mai, Taiwan avait notifié au total 418 cas probables de SRAS, dont 52 mortels. Elle a notifié 34 cas le 17 mai et 36 le 18, ce qui fait de cette île la région où la flambée croît le plus vite à présent.

As the SARS situation in Taiwan has evolved quickly, with cases now being reported in at least six hospitals, it is possible that the large number of cases being reported daily represents a backlog of cases that are only now being recognized as SARS. Lapses in infection control, particularly in emergency rooms, may have been one reason for the rapid increase in cases, particularly in hospitals.

Taiwan authorities have adopted thorough contact tracing and quarantine measures to prevent further spread. The WHO team in Taiwan is working to ensure that detailed practical guidelines, developed by Hong Kong SAR (Special Administrative Region of China), Singapore, and other successful initial outbreak sites, are being made available to Taiwanese authorities. In particular, guidance on the safe screening of persons presenting with fever and advice on policies for home quarantine and prevention of spread within schools are being shared by teams at other outbreak sites.

WHO is confident that Taiwan will bring the outbreak under control using methods of case detection, isolation and good infection control in hospitals, vigorous contact tracing and follow-up surveillance, and public education and information that have proved their effectiveness in other areas. Additional WHO support staff will be sent to Taiwan soon.

### **Risk of SARS transmission during air travel**

As of 12 May, WHO has analysed information on 35 flights globally on which there was a probable symptomatic SARS case among the passengers or crew. To date, symptomatic probable SARS cases on four of these flights have been associated with possible transmission of infection to fellow passengers or crew.

The most recent flight during which SARS may have been transmitted from a probable symptomatic case to another passenger seated alongside occurred on 23 March during a flight from Bangkok to Beijing.

On 27 March, WHO issued recommendations for the screening of air passengers departing from areas with recent local transmission. In some areas that have experienced severe SARS outbreaks, including Hong Kong SAR and Singapore, measures being applied at airports exceed those recommended by WHO. In these areas, prompt detection and isolation of cases, and rigorous tracing and home confinement or quarantine of all contacts have served as the first line of protection against the risk that an infectious person could board an aircraft. Stringent measures for export screening confer yet another level of protection.

### **Update on cases and countries**

On 21 May, a cumulative total of 7956 probable cases with 666 deaths have been reported from 28 countries. Taiwan, with 39 new probable cases reported on 20 May, also has the highest number of new cases. ■

For the latest epidemiological information:  
<http://www.who.int/csr/don/en/>

La situation évoluant rapidement, avec des cas notifiés dans au moins six hôpitaux, il est possible que leur grand nombre soit dû à une accumulation par manque de reconnaissance des cas jusque-là. Les défaillances au niveau de la lutte anti-infectieuse, notamment dans les salles d'urgence, pourraient aussi être l'une des raisons de cette augmentation, en particulier dans les hôpitaux.

Les autorités taiwanaises ont décidé de rechercher soigneusement les contacts et pris des mesures de quarantaine pour enrayer la propagation. L'équipe de l'OMS à Taiwan s'efforce de mettre à la disposition des autorités les directives élaborées à Hong Kong (région administrative spéciale de Chine), à Singapour et dans d'autres endroits ayant déjà lutté avec succès contre l'épidémie, en particulier les conseils sur le dépistage des personnes présentant de la fièvre et les mesures à prendre pour la mise en quarantaine au domicile et la prévention de la propagation dans les écoles.

L'OMS est sûre que Taiwan va réussir à endiguer la flambée épidémique à l'aide du dépistage des cas, des mesures d'isolement et de lutte anti-infectieuse, d'une recherche vigoureuse des contacts, du suivi, de la surveillance, de l'éducation et de l'information du public, toutes méthodes qui ont donné la preuve de leur efficacité dans d'autres régions. L'OMS enverra bientôt sur l'île du personnel de soutien supplémentaire.

### **Risque de transmission du SRAS au cours des voyages aériens**

Au 12 mai, l'OMS avait analysé les informations relatives à 35 vols au cours desquels un cas symptomatique probable de SRAS se trouvait parmi les passagers ou l'équipage. A ce jour on a associé la transmission de l'infection aux autres passagers ou à l'équipage dans quatre de ces vols.

Le vol le plus récent, au cours duquel le SRAS peut avoir été transmis par un cas probable symptomatique à un autre passager assis à côté de lui, a eu lieu le 23 mars entre Bangkok et Beijing.

Le 27 mars, l'OMS a publié des recommandations pour le contrôle des passagers au départ de zones de transmission locale récente. Dans certaines zones ayant connu de graves épidémies de SRAS, dont la Région administrative spéciale de Hong Kong et Singapour, les mesures prises dans les aéroports ont été plus rigoureuses que celles préconisées par l'OMS. Dans ces régions, le dépistage rapide et l'isolement des cas, la recherche méticuleuse des contacts, le confinement au domicile ou la mise en quarantaine de tous les contacts ont assuré la première ligne de défense contre le risque qu'une personne contagieuse embarque dans un avion. Les mesures draconiennes de dépistage au départ sont une protection supplémentaire.

### **Mise à jour sur les cas et les pays**

Au 21 mai, un total cumulatif de 7956 cas probables de SRAS, dont 666 décès, a été signalé à l'OMS par 28 pays. Il apparaît que Taiwan, avec 39 nouveaux cas probables signalés le 20 mai, détient aussi le nombre de nouveaux cas le plus élevé. ■

Les informations épidémiologiques les plus récentes peuvent être consultées à l'adresse suivante: <http://www.who.int/csr/don/en/>

## Progress in reducing global measles deaths

In 1989, the World Health Assembly resolved to reduce measles-associated morbidity and mortality by 90% and 95% respectively, compared with the pre-vaccine era, by 1995. In 1990, the World Summit for Children adopted a goal of vaccinating 90% of the world's children against measles by 2000. In 2001, WHO and UNICEF developed a joint Global Measles Strategic Plan for the period 2001–2005, with the objectives of: (i) halving the annual number of measles deaths by 2005 compared with 1999 levels; (ii) achieving and maintaining interruption of indigenous measles transmission in large geographical areas with established elimination goals; and (iii) convening a global consultation in 2005 to review progress and assess the feasibility of global measles eradication. In May 2002, the United Nations General Assembly also resolved to reduce measles deaths by 50% by 2005 compared with 1999 levels.

Despite international recognition of the high burden of disease associated with measles and the existence for almost 40 years of a safe, effective, and relatively inexpensive vaccine, measles remains the leading cause of vaccine-preventable childhood mortality. The *World Health Report 2001* (WHR) estimated that 1.7 million vaccine-preventable childhood deaths occurred in 2000, of which 777 000 (45%) were due to measles. Regional distribution of the WHR estimates is shown in *Fig. 1*: of the total estimated measles deaths, 453 000 (58%) occurred in the WHO region of Africa and 202 000 (26%) in the region of South-East Asia. More than 98% of total global measles deaths occurred in countries with a gross domestic product of less than US\$ 1000 per capita.

Estimated worldwide measles vaccination coverage for the period 1991–2001 varied from 69% to 76%. However, these figures mask regional and national disparities: during this period, estimated coverage for the WHO regions of the Americas, Europe, and the Western Pacific was between 82% and 94%, for the Eastern Mediterranean Region between 67% and 73%, and for the South-East Asia Region between 50% and 72%. The WHO region of Africa had the lowest estimated coverage, ranging from 51% to 60%.

Since 2000, WHO and UNICEF have recommended that, in addition to the achievement and maintenance of high coverage with the first dose of measles vaccine, a second opportunity for measles immunization should be offered to all children, to cover those who did not receive vaccine from routine immunization services and those who received vaccine but did not develop immunity. Between 1997 and the end of 2001, 156 (82%) of 191 countries provided a second opportunity for measles immunization, either through supplementary immunization activities (SIAs) or through routine health services (*Map 1*).

**Editorial note:** Although substantial progress has been made in reducing measles deaths globally, measles was estimated in 2000 to be the fifth leading cause of death in chil-

## Progrès enregistrés dans la réduction du nombre de décès par rougeole dans le monde

En 1989, l'Assemblée mondiale de la Santé a décidé de réduire d'ici à 1995 la morbidité et la mortalité associées à la rougeole de respectivement 90% et 95%, par rapport à ce qu'elles étaient au cours de la période précédant la mise au point du vaccin. En 1990, le Sommet mondial pour les enfants s'est fixé pour but de vacciner 90% des enfants du monde contre la rougeole d'ici à l'an 2000. En 2001, l'OMS et l'UNICEF ont élaboré conjointement un plan stratégique mondial contre la rougeole pour la période 2001–2005, ayant pour objectif de: i) diviser par deux le nombre de décès annuels dus à la rougeole d'ici à 2005, par rapport à ce qu'il était en 1999; ii) parvenir à interrompre la transmission autochtone de la rougeole dans d'importantes zones géographiques pour lesquelles des objectifs d'élimination ont été fixés et de maintenir cette interruption; et iii) de réunir une consultation mondiale en 2005 afin d'examiner les progrès réalisés et d'évaluer le faisabilité de l'éradication mondiale de la rougeole. En mai 2002, l'Assemblée générale des Nations Unies a également décidé de réduire de 50% le nombre des décès par rougeole d'ici à 2005, par rapport aux chiffres de 1999.

Bien que la charge de morbidité élevée associée à la rougeole soit reconnue au plan international et qu'il existe depuis près de 40 ans un vaccin sûr, efficace, et relativement peu coûteux, la rougeole reste la principale cause de mortalité infantile évitable par la vaccination. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2001* indiquait que, selon les estimations, 1,7 million de décès infantiles évitables par la vaccination s'étaient produits en 2000, parmi lesquels 777 000 (45%) étaient dus à la rougeole. La répartition régionale des estimations figurant dans ce rapport apparaît dans la *Fig. 1*: sur le nombre total estimé de décès par rougeole, 453 000 (58%) se sont produits dans la Région Afrique de l'OMS et 202 000 (26%) dans la Région de l'Asie du Sud-Est. Plus de 98% du nombre total de décès par rougeole enregistrés dans le monde sont survenus dans des pays dont le produit intérieur brut est inférieur à US \$1000 par habitant.

Les estimations relatives à la couverture de la vaccination antirougeoleuse dans le monde entre 1991 et 2001 se situent entre 69% et 76%. Cependant, ces chiffres masquent des disparités régionales et nationales: au cours de cette période, les estimations relatives à la couverture se situaient entre 82% et 94% pour les Régions des Amériques, européenne et du Pacifique occidental, entre 67% et 73% pour la Région de la Méditerranée orientale et entre 50% et 72% pour la Région de l'Asie du Sud-Est. La Région Afrique de l'OMS enregistre l'estimation la plus faible, avec une couverture située entre 51% et 60%.

Depuis 2000, l'OMS et l'UNICEF ont recommandé qu'en plus de la réalisation et du maintien d'une forte couverture par la première dose du vaccin antirougeoleux, une deuxième possibilité de vaccination antirougeoleuse soit offerte à l'ensemble des enfants, afin d'atteindre ceux qui n'ont pas reçu ce vaccin dans le cadre des services de vaccination systématique et ceux qui l'ont reçu mais qui n'ont pas développé d'immunité. Entre 1997 et la fin de l'année 2001, 156 (82%) pays sur 191 ont offert une seconde possibilité de vaccination antirougeoleuse, soit par le biais d'activités de vaccination supplémentaire ou par les services de santé habituels (*Carte 1*).

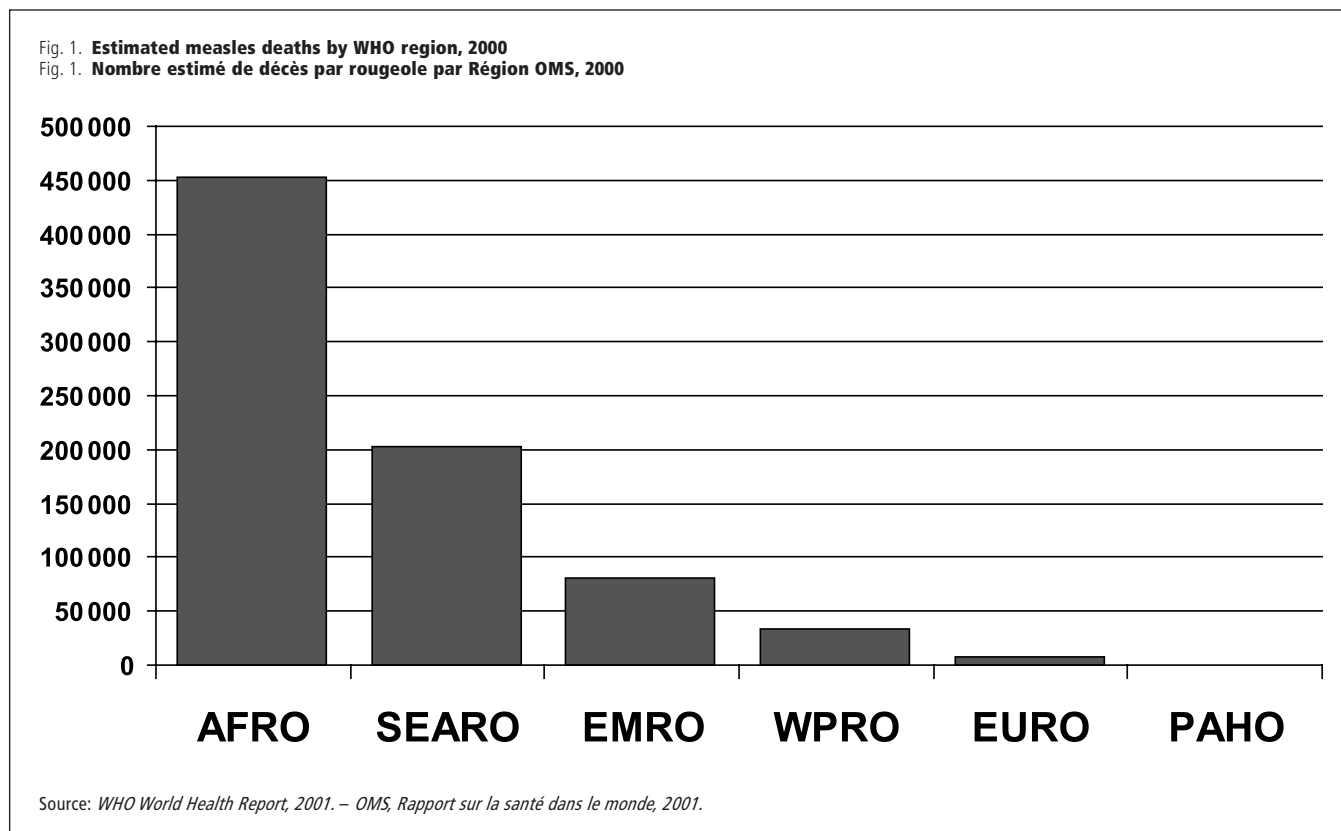
**Note de la rédaction:** Bien que des progrès importants aient été réalisés pour réduire le nombre de décès par rougeole dans le monde, selon les estimations, la rougeole était en 2000 la cinquième

dren under 5 years old. Measles deaths are disproportionately high in the WHO regions of Africa and South-East Asia.

In 2000, the African region – with 10% of the world's population – accounted for 58% of measles deaths, while the South-East Asian region – with 25% – accounted for 26% of measles deaths. The burden of mortality in Africa reflects low routine vaccination coverage coupled with high case-fatality ratios; in South-East Asia, with vaccination coverage slightly below worldwide levels, the large population amplifies the number of cases and deaths resulting from ongoing measles transmission.

cause de décès chez l'enfant de moins de 5 ans. Dans les Régions Afrique et Asie du Sud-Est, l'importance des décès par rougeole est disproportionnée.

En 2000, la Région Afrique – avec 10% de la population mondiale – enregistrait 58% des décès par rougeole, tandis que celle de l'Asie du Sud-Est – avec 25% de la population mondiale – enregistrait 26%. Le poids de la mortalité en Afrique est le reflet de la faible couverture de la vaccination systématique couplée à des taux de létalité élevés. En Asie du Sud-Est, avec une couverture vaccinale légèrement inférieure aux chiffres mondiaux, l'importance de la population amplifie le nombre de cas et de décès résultant de la transmission persistante de la rougeole.



The overwhelming majority of measles deaths occur in countries that are eligible for financial support from the Vaccine Fund of the Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI). Most of these deaths occur among young children living in poor countries with inadequate immunization systems; thus measles – like HIV, malaria, and tuberculosis – may be considered to be a disease of poverty. Support from GAVI to strengthen immunization systems and raise routine vaccination coverage will play an important role in reducing the high burden of measles, although, in these countries, routine immunization alone is insufficient to bring about a rapid reduction in measles deaths.

Achieving a sustainable reduction in measles deaths will require full implementation of a comprehensive strategy. The WHO/UNICEF Global Measles Mortality Reduction and Regional Elimination Strategic Plan 2001–2005 outlines four main elements: (i) achieving high (90%) immunization coverage in each district, and nationally, with the first dose of measles vaccine, administered through routine health services to children at age 9 months or shortly there-

La très grande majorité des décès par rougeole survient dans des pays pouvant prétendre à un appui financier du Fonds pour les vaccins de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI). La plupart de ces décès touchent de jeunes enfants vivant dans des pays pauvres ayant des systèmes de vaccination insuffisants; ainsi la rougeole – tout comme l'infection à VIH, le paludisme et la tuberculose – peut être considérée comme une maladie de la pauvreté. Le soutien apporté par l'Alliance mondiale au renforcement des systèmes de vaccination et à l'augmentation de la couverture de la vaccination systématique jouera un rôle important pour diminuer le poids de la rougeole même si, dans ces pays, la vaccination systématique seule est insuffisante pour obtenir une réduction rapide des décès par rougeole.

On ne parviendra à obtenir une réduction durable des décès par rougeole qu'en mettant pleinement à exécution une stratégie d'ensemble. Le Plan stratégique mondial OMS/UNICEF de réduction de la mortalité rougeoleuse et d'élimination régionale pour 2001-2005 définit quatre grands volets: i) parvenir à une couverture vaccinale élevée (90%) dans chaque district et au plan national par la première dose de vaccin antirougeoleux, administrée par l'entremise des services de santé habituels aux enfants âgés de 9 mois ou un peu

after; (ii) offering a second opportunity for measles immunization to all children; (iii) establishing effective surveillance for measles; and (iv) improving clinical management of measles cases, including administration of vitamin A.

In addition, countries are encouraged to:

- review measles epidemiology;
- develop a 3–5-year plan for measles mortality reduction;
- identify reasons for low routine coverage and use advocacy for measles mortality reduction to strengthen routine immunization services;
- use the priority given to measles to improve immunization safety;
- integrate measles activities with other health activities as appropriate.

Although properly conducted SIAs can dramatically boost population immunity and reduce measles cases and deaths, new birth cohorts rapidly add susceptible infants to the population. The ongoing strengthening of routine immunization services to ensure that most infants receive measles and other priority vaccines in the immunization schedule is thus absolutely essential to sustain the impact of measles mortality reduction activities.

plus; ii) offrir une seconde possibilité de vaccination antirougeoleuse à l'ensemble des enfants; iii) mettre en place une surveillance efficace de la rougeole; et iv) améliorer la prise en charge clinique des cas de rougeole, notamment l'administration de vitamine A.

En outre, les pays sont invités à:

- faire le point sur l'épidémiologie de la rougeole;
- élaborer un plan de réduction de la mortalité par rougeole sur 3 à 5 ans;
- recenser les causes de la faible couverture systématique et mettre à profit la campagne en faveur de la réduction de la mortalité rougeoleuse pour renforcer les services de vaccination systématique;
- mettre à profit la priorité accordée à la rougeole pour améliorer la sécurité vaccinale;
- intégrer les activités de lutte antirougeoleuse à d'autres activités de santé s'il y a lieu.

Même si des activités de vaccination supplémentaire correctement menées permettent de renforcer de façon spectaculaire l'immunité de la population et de réduire les cas de rougeole et les décès dus à cette maladie, les nouvelles cohortes de naissances viennent rapidement ajouter des nourrissons sensibles à la population. Le renforcement continu des services de vaccination systématique afin de veiller à ce que la plupart des nourrissons reçoivent le vaccin antirougeoleux et les autres vaccins prioritaires du calendrier vaccinal est donc absolument indispensable pour maintenir les effets des activités de réduction de la mortalité rougeoleuse.

Map 1. **Countries providing a second opportunity for measles immunization, 1997–2001<sup>a</sup>**  
 Carte 1. **Pays offrant une seconde possibilité de vaccination antirougeoleuse, 1997–2001<sup>a</sup>**



■ Provides second opportunity (156 countries, or 82%)  
 Offrant une seconde possibilité (156 pays, soit 82%)

□ No second opportunity (35 countries, or 18%)  
 N'offrant pas de seconde possibilité (35 pays, soit 18%)

<sup>a</sup> Second opportunity = country has implemented a two-dose routine measles schedule and/or within the last 4 years has conducted a national Supplementary Immunization Activity achieving ≥ 90% coverage of children < 5 years. – Seconde possibilité = le pays a mis en place un calendrier de vaccination antirougeoleuse systématique en deux doses et/ou au cours des 4 dernières années, a effectué une activité nationale de vaccination supplémentaire, réalisant une couverture des enfants de moins de 5 ans supérieure ou égale à 90.

Source: WHO/UNICEF joint reporting form, 2001, and WHO SIA database. – Formulaire conjoint de notification OMS/UNICEF, 2001, et base de données des activités de vaccination supplémentaire de l'OMS.

In 2001, a partnership was formed with the common goal of reducing measles deaths in Africa. Its members include the Centers for Disease Control and Prevention, WHO, UNICEF, United Nations Foundation, and the American Red Cross. Over the period 2001–2002, this partnership mobilized more than US\$ 40 million, which allowed the vaccination through SIAs of more than 60 million children aged 9 months to 14 years in 13 African countries. Preliminary evidence suggests that these campaigns have had a significant impact in reducing measles deaths.

Surveillance to assess the burden of disease and to guide vaccination policy remains critical. Outbreak investigations should be used as an opportunity to learn about the changing patterns of measles transmission, including age distribution and vaccination status of cases and about case-fatality ratios. ■

En 2001, un partenariat s'est créé dont l'objectif commun est de réduire les décès par rougeole en Afrique. Il rassemble les *Centers for Disease Control and Prevention*, l'OMS, l'UNICEF, la Fondation des Nations Unies et la Croix-Rouge américaine. Au cours de la période 2001-2002, ce partenariat a mobilisé plus de US \$40 millions, lesquels ont permis de vacciner plus de 60 millions d'enfants âgés de 9 mois à 14 ans dans 13 pays africains et ce grâce à des activités de vaccination supplémentaires. Les données préliminaires laissent à penser que ces campagnes ont permis de réduire de manière significative les décès par rougeole.

La surveillance reste essentielle pour évaluer le poids de la maladie et orienter les politiques de vaccination. L'étude des flambées doit servir à s'informer de l'évolution des caractéristiques de la transmission de la rougeole, notamment de la répartition de cette maladie en fonction de l'âge et de l'état vaccinal des cas, ainsi que des taux de létalité. ■

*CORRIGENDUM TO No. 20, 2003, p. 172*

## **Lymphatic filariasis, Table 1**

Please read as follows (changes shown in *bold italics*).

Total population of all implementation units for MDA with the drug co-administration in 2002 (association DEC-albendazole *and ivermectin-albendazole*)

*RECTIFICATIF AU N° 20, 2003, p. 172*

## **Filariose lymphatique, Tableau 1**

Prière de lire comme suit (changements indiqués en *gras italique*).

Population totale des unités chargées de la mise en œuvre couvertes par la distribution massive de médicaments (DMM) en 2002 (association DEC-albendazole *et ivermectine-albendazole*)

## **Influenza**

**Argentina** (10 May 2003).<sup>1</sup> Influenza activity was reported as low until week 15 when one H3N2 strain was isolated. Thereafter influenza activity remained sporadic; 21 influenza A not-subtyped, 8 A(H1N1) and 2 A(H3N2) were isolated.

**Brazil** (5 April 2003).<sup>2</sup> A local outbreak due to influenza A(H1N2) has been ongoing since week 7. In week 14, 7 A(H1N2) were isolated. So far, this year, no other type influenza virus has been isolated/detected.

**Bulgaria** (22 March 2003).<sup>3</sup> Regional influenza activity was reported until week 11, when activity decreased. Influenza A(H3N2) virus was the predominant circulating strain in Bulgaria this season.

**Canada** (3 May 2003).<sup>4</sup> Local influenza activity was reported in the Yukon and parts of Manitoba and Ontario in week 18, with the rate of influenza-like-illness (ILI) at 14 cases per 1000 consultations, which is at the expected value. To date, all viruses identified are closely related to the current vaccine strains.

**Chile** (3 May 2003).<sup>2</sup> This year no influenza activity was reported till week 12, when one influenza A(H3N2) virus was isolated from a person returning from China. To date, 3 more influenza A viruses have been isolated from patients in Talcahuano, Valparaíso and Concepción.

**Croatia** (10 May 2003).<sup>5</sup> Influenza activity is decreasing. In weeks 18 and 19, 3 influenza A viruses and one B virus were isolated.

## **Grippe**

**Argentine** (10 mai 2003).<sup>1</sup> On a signalé une faible activité grippale jusqu'à la semaine 15, moment où la souche H3N2 a été isolée. Depuis, l'activité grippale est restée sporadique, et 21 virus grippaux de type A (non sous-typés), 8 virus grippaux A(H1N1) et 2 virus grippaux A(H3N2) ont été isolés.

**Brésil** (5 avril 2003).<sup>2</sup> Une flambée locale causée par le virus grippal A(H1N2) est signalée depuis la semaine 7. Au cours de la semaine 14, 7 virus A(H1N2) ont été isolés. A ce jour de l'année, aucun autre type de virus grippal n'a été isolé ou dépisté.

**Bulgarie** (22 mars 2003).<sup>3</sup> Une activité grippale régionale a été signalée jusqu'à la semaine 11, avant que l'activité grippale ne diminue. Le virus grippal A(H3N2) a circulé de manière prédominante pendant la saison.

**Canada** (3 mai 2003).<sup>4</sup> Une activité grippale locale au Yukon et dans certains endroits de Manitoba et d'Ontario a été signalée au cours de la semaine 18; le taux de syndromes grippaux a été de 14 cas pour 1000 consultations, ce qui reste autour du taux prévu. A ce jour, tous les virus identifiés sont proches des souches vaccinales du moment.

**Chili** (3 mai 2003).<sup>2</sup> Cette année, aucune activité grippale n'a été signalée avant la semaine 12, moment où le virus grippal A(H3N2) a été isolé chez un sujet revenant de Chine. A ce jour, 3 autres virus grippaux A ont été isolés chez des patients vivant à virus Talcahuano, Valparaíso et Concepción.

**Croatie** (10 mai 2003).<sup>5</sup> L'activité grippale est en diminution. Trois virus grippaux A et un virus B ont été isolés au cours des semaines 18 et 19.

<sup>1</sup> See No. 48, 2002 p. 415.

<sup>2</sup> See No. 45, 2002, p. 379.

<sup>3</sup> See No. 8, 2003, p. 54.

<sup>4</sup> See No. 16, 2003, p. 136.

<sup>5</sup> See No. 20, 2003, p. 179.

<sup>1</sup> Voir N° 48, 2002 p. 415.

<sup>2</sup> Voir N° 45, 2002, p. 379.

<sup>3</sup> Voir N° 8, 2003, p. 54.

<sup>4</sup> Voir N° 16, 2003, p. 136.

<sup>5</sup> Voir N° 20, 2003, p. 179.

**Denmark** (3 May 2003).<sup>6</sup> Low influenza activity has been reported and the ILI rate was below the expected level in week 17 and 18.

**Finland** (3 May 2003).<sup>4</sup> Scattered cases have been being reported since week 11. Both influenza A and B viruses were isolated. In week 18, 7 influenza A viruses and one B virus were identified.

**France** (3 May 2003).<sup>6</sup> Influenza A viruses continued to circulate in most regions in northern France, confirmed by isolates or detection. Since week 15, few influenza B viruses have been isolated/detected.

**Hong Kong, Special Administrative Region of China** (10 May 2003).<sup>4</sup> Since week 16, influenza activity has been decreasing and was low in weeks 18 and 19. In week 19, 16 influenza A viruses and 6 B viruses were isolated.

**Hungary** (5 April 2003).<sup>7</sup> Influenza activity was low. Since week 12, 3 influenza A viruses and one B were isolated.

**Italy** (3 May 2003).<sup>6</sup> The reported level of influenza activity was low. Since week 15, no influenza virus has been detected/isolated.

**Japan** (17 May 2003).<sup>8</sup> Influenza activity started decreasing in week 12 and has been low since week 15. In weeks 18, 19 and 20, no influenza virus was detected/isolated. Both influenza A(H3N2) and B viruses circulated in this season: before week 5 the predominant viruses were A(H3N2), but B viruses predominated thereafter.

**Mexico** (12 April 2003).<sup>7</sup> Influenza activity remained sporadic this year with all three types of influenza viruses isolated/detected. In week 15, 4 influenza A viruses were identified.

**Norway** (3 May 2003).<sup>4</sup> ILI activity decreased from week 11. In week 18, the ILI rate was at the baseline level, although there was still some circulation of influenza A and B viruses in the north of the country.

**Russia** (26 April 2003).<sup>9</sup> Influenza activity started decreasing in week 12 and fell below epidemic threshold in most cities by week 14. Since week 15, no influenza virus has been isolated/detected.

**Switzerland** (19 April 2003).<sup>9</sup> Influenza activity started to decline in week 12 and has continued to decrease, reaching pre-season levels by week 16.

**United Kingdom** (3 May 2003).<sup>10</sup> Since the first week of this year, all indicators of acute respiratory infection have remained at a low level. Most influenza viruses isolated are influenza A(H3N2) and B.

**United States** (19 April 2003).<sup>9</sup> In week 16, the overall proportion of consultations to sentinel physicians for ILI was 1.0%, which is below the national baseline of 1.9%. Influenza activity was reported as widespread in one state and territorial health department, as regional in 4 states and as sporadic in 32 states. So far this season, 5647 influenza A viruses (56%) and 4501 influenza B viruses (44%) identified.

**Danemark** (3 mai 2003).<sup>6</sup> On a signalée une faible activité grippale et le taux de syndromes grippaux au cours des semaines 18 et 19 est resté au-dessous de la fréquence prévue.

**Finlande** (3 mai 2003).<sup>4</sup> Des cas éparpillés sont signalés depuis la semaine 11. Sept virus grippaux de type A et un de type B ont été isolés au cours de la semaine 18.

**France** (3 mai 2003).<sup>6</sup> Des virus grippaux A ont continué à circuler dans la plupart des régions du nord de la France et ils ont été confirmés soit par des isolements ou des dépistages. Seuls quelques virus B ont été isolés ou détectés depuis la semaine 15.

**Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine** (10 mai 2003).<sup>4</sup> On a noté une diminution de l'activité depuis la semaine 16 et elle a été faible pendant les semaines 18 et 19. Seize virus grippaux de type A et 6 de type B ont été isolés pendant la semaine 19.

**Hongrie** (5 avril 2003).<sup>7</sup> L'activité grippale a été faible. Trois virus grippaux de type A et 1 de type B ont été isolés depuis la semaine 12.

**Italie** (3 mai 2003).<sup>6</sup> On a signalé un faible taux d'activité grippale et aucun virus grippal n'a été isolé ou détecté depuis la semaine 15.

**Japon** (17 mai 2003).<sup>8</sup> L'activité grippale a commencé à diminuer au cours de la semaine 12 et est restée faible depuis la semaine 15. Aucun virus grippal n'a été isolé ou détecté au cours des semaines 18, 19, 20. Les virus grippaux A(H3N2) et B ont circulé pendant la saison: les virus prédominants avant la semaine 5 étaient de type A(H3N2) et par la suite, de type B.

**Mexique** (12 avril 2003).<sup>7</sup> L'activité grippale est restée sporadique toute l'année et les 3 types de virus grippaux ont été isolés ou dépistés. Quatre virus de type A ont été identifiés au cours de la semaine 15.

**Norvège** (3 mai 2003).<sup>4</sup> L'activité des syndromes grippaux a diminué depuis la semaine 11. Le taux de syndromes grippaux était au niveau de base pendant la semaine 18 bien que des virus grippaux A et B aient encore circulé dans le nord du pays.

**Russie** (26 avril 2003).<sup>9</sup> L'activité grippale a commencé à diminuer au cours de la semaine 12 et elle est passée sous le seuil épidémique dans la plupart des villes depuis la semaine 14. Aucun virus grippal n'a été isolé ou détecté depuis la semaine 15.

**Suisse** (19 avril 2003).<sup>9</sup> L'activité grippale a commencé à diminuer au cours de la semaine 12 et a continué à baisser, jusqu'à atteindre des niveaux pré-saisonniers pendant la semaine 16.

**Royaume-Uni** (3 mai 2003).<sup>10</sup> Depuis la première semaine de l'année, tous les indicateurs de maladies respiratoires aiguës sont restés faibles. La plupart des virus grippaux isolés étaient de type A(H3N2) et B.

**Etats-Unis** (19 avril 2003).<sup>9</sup> Au cours de la semaine 16, la proportion totale de consultations pour syndromes grippaux chez des médecins sentinelles a été de 1,0%, ce qui est au-dessous du niveau de base de 1,9%. On a signalé une activité grippale générale dans un état et dans un département de la santé territoriale; une activité régionale dans 4 états et sporadiques dans 32 autres. Jusqu'à présent, 5647 virus grippaux de type A (56%) et 4501 de type B (44%) ont été identifiés.

<sup>6</sup> See No. 18, 2003, p. 155.

<sup>7</sup> See No. 4, 2003, p. 24.

<sup>8</sup> See No. 6, 2003, p. 39.

<sup>9</sup> See No. 14, 2003, p. 120.

<sup>10</sup> See No. 12, 2003, p. 88.

<sup>6</sup> Voir N° 18, 2003, p. 155.

<sup>7</sup> Voir N° 4, 2003, p. 24.

<sup>8</sup> Voir N° 6, 2003, p. 39.

<sup>9</sup> Voir N° 14, 2003, p. 120.

<sup>10</sup> Voir N° 12, 2003, p. 88.

## INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

### Notifications of diseases received from 16 to 22 May 2003 / Notifications de maladies reçues du 16 au 22 mai 2003

Cholera / Choléra		Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès	
<b>Africa / Afrique</b>					
Mozambique	24.III-18.V			Uganda / Ouganda	31.III-20.IV
.....	4018	48		.....	329
					16