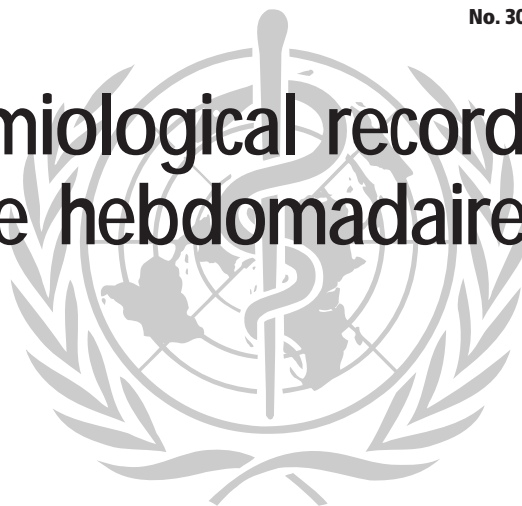


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

25 JULY 2003, 78th YEAR / 25 JUILLET 2003, 78^e ANNÉE

No. 30, 2003, 78, 261–268

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

Contents

- 261 Progress towards poliomyelitis eradication in Afghanistan and Pakistan, January 2002 to May 2003
- 267 WHO web sites on infectious diseases
- 268 Redesign of the WER web site
- 268 Ports designated in application of the International Health Regulations
- 268 International Health Regulations

Sommaire

- 261 Progrès vers l'éradication mondiale de la poliomyélite en Afghanistan et au Pakistan, janvier 2002 à mai 2003
- 267 Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses
- 268 Nouvelle formule pour le site internet du REH
- 268 Ports notifiés en application du Règlement sanitaire international
- 268 Règlement sanitaire international

Progress towards poliomyelitis eradication in Afghanistan and Pakistan, January 2002 to May 2003

Since the World Health Assembly resolved in 1988 to eradicate poliomyelitis globally,¹ the number of countries where polio is endemic has decreased from 127 to 7.² Afghanistan and Pakistan are among the remaining seven endemic countries, but progress has been substantial.³ Both countries are considered as one epidemiological block because of their geographical proximity, frequent intercountry population movement and the presence of genetically similar wild poliovirus lineages. This report describes intensified polio eradication activities in Afghanistan and Pakistan between January 2002 and May 2003, summarizes progress made and highlights the remaining challenges.

Routine immunization

In 2002, reported national routine immunization coverage of infants with 3 doses of oral poliovirus vaccine (OPV3) was 48% in Afghanistan and 71% in Pakistan. Reported OPV3 coverage in Afghanistan ranged from 6% in Urozgan province to 84% in Nangarhar province. (Ministries of Health, Afghanistan and Pakistan, unpublished data, 2003.)

Supplementary immunization activities

Since 2000, Afghanistan and Pakistan have accelerated the frequency of supplementary immunization activities (SIAs), using house-

Progrès vers l'éradication mondiale de la poliomyélite en Afghanistan et au Pakistan, janvier 2002 à mai 2003

Depuis que l'Assemblée mondiale de la Santé a décidé en 1988 d'éradiquer la poliomyélite dans le monde,¹ le nombre de pays où cette maladie est endémique a été ramené de 127 à 7.² L'Afghanistan et le Pakistan figurent parmi les sept pays d'endémie restants, mais les progrès ont été importants.³ Les deux pays sont considérés comme un seul bloc épidémiologique en raison de leur proximité géographique, des fréquents mouvements de population entre les deux pays et de la présence de lignées de poliovirus sauvage génétiquement similaires. Le présent rapport décrit les activités intensifiées en vue de l'éradication de la poliomyélite menées en Afghanistan et au Pakistan entre janvier 2002 et mai 2003, résume les progrès accomplis et indique quelles sont les difficultés qu'il reste à surmonter.

Vaccination systématique

En 2002, la couverture nationale par la vaccination systématique des nourrissons par trois doses de vaccin antipoliomyélique oral (VPO3) notifiée était de 48% en Afghanistan et de 71% au Pakistan. La couverture notifiée par le VPO3 en Afghanistan était comprise entre 6% dans la province d'Urozgan et 84% dans celle de Nangarhar. (Ministères de la santé, Afghanistan et Pakistan, données non publiées, 2003.)

Activités de vaccination supplémentaire

Depuis 2000, l'Afghanistan et le Pakistan ont augmenté la fréquence des activités de vaccination supplémentaire en ayant recours à la vaccination

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 334.–

6.500 7.2003

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

¹ Resolution WHA41.28. Global eradication of poliomyelitis by the year 2000. In: *Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board. Volume III, 3rd ed. (1985–1992)*. Geneva, World Health Organization, 1993: 100–101.

² See No. 17, 2003, pp. 138–144.

³ See No. 25, 2002, pp. 205–210.

¹ Résolution WHA41.28. Eradication mondiale de la poliomyélite d'ici l'an 2000. *Recueil des résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif, volume III, 3^e éd. (1985–1992)*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993: 100–101.

² Voir N° 17, 2003, pp. 138–144.

³ Voir N° 25, 2002, pp. 205–210.

to-house vaccine delivery, with both countries conducting at least 4 rounds of national immunization days (NIDs)⁴ and 3 rounds of sub-NIDs (SNIDs)⁵ annually.

Areas targeted for SNIDs are those identified as being at high risk for continuing virus transmission based on surveillance results, genetic sequencing, supplementary or routine immunization coverage and population parameters, including the presence of high-risk groups and increased migratory movements, particularly across the border between the two countries. During 2002, Pakistan conducted 4 NID and 4 SNID rounds, closely coordinated with 5 NID and 3 SNID rounds in Afghanistan. The 2003 immunization schedule for Pakistan includes 4 NIDs (March, April, September and October) and 4 SNIDs (January, June, July and December); Afghanistan will conduct 4 NIDs (April, May, September, and October) and 3 SNIDs (March, July and December). The quality of SIAs is closely monitored in both countries using process monitoring during immunization rounds as well as immediate post-SIA coverage assessments through independent groups (commercial survey companies and university teams in Pakistan; university students and teachers in Afghanistan). The results of monitoring are used to target areas of weak performance with special support activities.

In both countries, the OPV immunization status (routine and supplementary) of non-polio acute flaccid paralysis (AFP) cases reported through the AFP surveillance system is used as a proxy for overall levels of immunity in the SIA target population, with special focus on the immunity profile of AFP cases aged <2 years. Children aged <2 years account for the majority of confirmed polio cases and are more likely to be missed by vaccinators than older children. Between 2000 and 2002, the proportion of non-polio AFP cases aged <2 years with ≤ 3 OPV doses decreased from 46% to 28% in Pakistan and from 72% to 18% in Afghanistan. In 2002, areas where the immunization status of AFP cases <2 years was considerably below the average included northern Sindh, southern Punjab, Baluchistan and southern North-West Frontier Province (NWFP) in Pakistan, and the western, northern and southern regions in Afghanistan.

Surveillance for acute flaccid paralysis

Two key WHO-established indicators are used to assess AFP surveillance quality: sensitivity of AFP case detection (target: non-polio AFP rate of ≥ 1 case per 100 000 children aged <15 years) and completeness of specimen collection (target: two adequate stool specimens⁶ from $\geq 80\%$ of AFP cases).

In Pakistan during 2002, the non-polio AFP rate was 2.8 at the national level, with all provinces reaching non-polio

porte-à-porte; les deux pays ont organisé au moins quatre séries de journées nationales de vaccination (JNV)⁴ et trois séries de journées locales de vaccination (JLV)⁵ chaque année.

Les zones visées par les JLV sont considérées comme à haut risque en ce qui concerne la poursuite de la transmission du virus compte tenu des résultats de la surveillance, du séquençage génétique, de la couverture par la vaccination systématique ou supplémentaire et de paramètres liés à la population, y compris la présence de groupes à haut risque ou des mouvements migratoires accrus, en particulier à travers la frontière entre les deux pays. En 2002, le Pakistan a organisé quatre JNV et quatre JLV, étroitement coordonnées avec cinq JNV et trois JLV en Afghanistan. Le calendrier de vaccination pour 2003 au Pakistan prévoit quatre JNV (en mars, avril, septembre et octobre) et quatre JLV (en janvier, juin, juillet et décembre). L'Afghanistan organisera quatre JNV (en avril, mai, septembre et octobre) et trois JLV (en mars, juillet et décembre). La qualité des activités de vaccination supplémentaire est contrôlée de près dans les deux pays grâce à la surveillance effectuée pendant les tournées de vaccination, et aux évaluations de la couverture effectuées immédiatement après les activités par des groupes indépendants (organismes d'enquête privés et équipes universitaires au Pakistan; étudiants et enseignants universitaires en Afghanistan). Grâce aux résultats obtenus par la surveillance il est possible de cibler les zones où les résultats sont insuffisants et de leur apporter un appui grâce à des activités spéciales.

Dans les deux pays, l'état vaccinal (vaccination systématique et supplémentaire par le VPO) des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) non poliomyélitique signalés par le système de surveillance de la PFA est utilisé comme indicateur du niveau général d'immunité dans la population ciblée par les activités de vaccination supplémentaire; une attention particulière est portée au profil immunitaire des cas de PFA âgés de moins de deux ans. Les enfants âgés de moins de deux ans représentent la majorité des cas de poliomyélite confirmés, et ont davantage de chances d'être manqués par les vaccinateurs que les enfants plus âgés. Entre 2000 et 2002, la proportion de cas de PFA non poliomyélitique âgés de moins de deux ans ayant reçu jusqu'à trois doses de VPO est passée de 46 à 28% au Pakistan et de 72% à 18% en Afghanistan. En 2002, les zones où les cas de PFA de moins de deux ans étaient beaucoup moins bien vaccinés que la moyenne étaient le nord du Sindh, le sud du Pendjab, le Balouchistan et la province Nord-Ouest au Pakistan, et les régions ouest, nord et sud en Afghanistan.

Surveillance de la paralysie flasque aiguë

Deux indicateurs clés, institués par l'OMS, sont utilisés pour évaluer la qualité de la surveillance de la PFA: la sensibilité du dépistage des cas de PFA (cible: taux de PFA non poliomyélitique ≥ 1 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans) et le degré d'avancement de la collecte d'échantillons (cible: deux échantillons de selles adéquats⁶ pour au moins 80% des cas de PFA).

Au Pakistan en 2002, le taux de PFA non poliomyélitique était de 2,8 au niveau national, toutes les provinces atteignant des taux de PFA

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

⁵ Same procedure as NIDs but covering a smaller geographical area.

⁶ Two stool specimens collected at an interval of at least 24 hours within 14 days of paralysis onset from persons with AFP and properly shipped to the laboratory.

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

⁵ Campagne comparable aux JNV mais couvrant une zone géographique plus réduite.

⁶ Deux échantillons prélevés à au moins 24 heures d'intervalle dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie et expédiés dans de bonnes conditions au laboratoire.

AFP rates ≥ 2 ; adequate stool specimens were collected from 87% of all AFP cases in Pakistan in 2002. From January to the end of May 2003, the projected non-polio AFP rate increased to 3.0 and adequate stool collection increased to 89%. In Afghanistan during 2002, the non-polio AFP rate was 3.3 and adequate stool specimens were collected from 81% of all AFP cases. From January to the end of May 2003, the non-polio AFP rate and adequate stool collection rate in Afghanistan increased to 3.8 and 85% respectively (Table 1).

non poliomyéлитique ≥ 2 ; des échantillons de selles adéquats avaient été recueillis pour 87% des cas de PFA. De janvier à fin mai 2003, le taux de PFA non poliomyéлитique est passé selon les projections à 3 et la collecte d'échantillons adéquats à 89%. En Afghanistan, en 2002, le taux de PFA non poliomyéлитique était de 3,3 et des échantillons de selles adéquats avaient été recueillis pour 81% des cas de PFA. De janvier à fin mai 2003, le taux de PFA non poliomyéлитique et le taux de collecte d'échantillons de selles adéquats en Afghanistan étaient passés à 3,8 et 85% respectivement (Tableau 1).

Table 1 Summary of confirmed wild poliovirus (WPV) cases and acute flaccid paralysis (AFP) surveillance and laboratory quality indicators by year, Afghanistan and Pakistan, January 2002–May 2003¹

Tableau 1 Tableau récapitulatif du nombre de cas confirmés dus au poliovirus sauvage, ainsi que des indicateurs de qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) et des résultats de laboratoire par année, Afghanistan et Pakistan, janvier 2002-mai 2003¹

Country – Pays	AFP surveillance indicators Indicateurs de la surveillance de la PFA			No. of confirmed WPV cases Nombre de cas confirmés dus au poliovirus sauvage				Laboratory indicators Indicateurs des résultats de laboratoire	
	No. of AFP cases Nombre de cas de PFA	Non-polio AFP rate ² Taux de PFA non poliomyéлитique ²	% AFP with adequate specimens ³ Pourcentage de cas de PFA assortis d'échantillons adéquats ³	No. of confirmed WPV cases Nombre de cas confirmés dus au poliovirus sauvage	Serotype distribution of WPV isolates Répartition des sérotypes des isolements de poliovirus sauvage			NPEV ⁴ rate Taux de EVNP ⁴	% results reported in 28 days Pourcentage de résultats notifiés en 28 jours
					Type 1	Type 2	Type 3		
Pakistan									
2002	1802	2.8	87	90	67	0	23	19%	99%
2003	980	3.0	89	39	23	0	16	20%	94%
Afghanistan									
2002	335	3.3	81	10	5	0	5	15%	99%
2003	226	3.8	85	1	0	0	1	17%	77%

¹ Data reported as of 24 June 2003. – Données notifiées au 24 juin 2003.

² Per 100 000 children aged <15 years (minimum expected annual rate: one case per 100 000); rate for 2003 is projected. – Pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans (taux minimum annuel escompté: 1 cas pour 100 000); taux pour 2003: projection.

³ Two stool specimens collected at an interval of at least 24 hours within 14 days of paralysis onset and properly shipped to the laboratory (target: $\geq 80\%$). – Deux échantillons coprologiques prélevés à au moins 24 heures d'intervalle dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie et expédiés dans de bonnes conditions au laboratoire (cible: $\geq 80\%$).

⁴ NPEV: Non Polio Enterovirus – combined indicator of maintaining a reverse cold chain during specimen transport and sensitivity of laboratory processing (target: NPEV isolation from $\geq 10\%$ of specimens). – EVNP: Entérovirus Non Polio – Indicateur combiné du maintien de la chaîne du froid pendant le transport des échantillons et de la sensibilité du traitement en laboratoire (cible: isolement d'EVNP sur au moins 10% des échantillons).

The WHO-accredited regional reference laboratory at the National Institutes of Health (NIH) in Islamabad performs virological testing of stool specimens from both Afghanistan and Pakistan, including primary virus isolation and intratypic differentiation (ITD). The rate of isolating non-polio enterovirus (NPEV) is a combined indicator of maintenance of specimens at the appropriate temperature during transport and of the sensitivity of laboratory processing (target: isolation of NPEV from $\geq 10\%$ of specimens). NPEV isolation rates for Pakistan were 19% for 2002 and 20% for January to May 2003 and for Afghanistan 15% for 2002 and 17% for January to May 2003 (Table 1). The timeliness of specimen processing in the laboratory is measured by the proportion of AFP cases for which laboratory results are available to the programme within 28 days of receipt of the specimens (target: at least 80% of AFP cases). The NIH laboratory reported final results for primary virus isolation within 28 days for 99% of AFP cases for both Pakistan and Afghanistan in 2002; results for 94% of Pakistan cases

Le laboratoire régional de référence accrédité par l'OMS, situé au National Institutes of Health (NIH) à Islamabad, pratique des tests virologiques sur les échantillons de selles en provenance tant d'Afghanistan que du Pakistan, et notamment un premier isolement du virus et la différenciation intratypique. Le taux d'isolement d'entérovirus non poliomyéлитiques (EVNP) est un indicateur combiné du maintien des échantillons à la température voulue pendant le transport et de la sensibilité du traitement en laboratoire (cible: isolement d'EVNP dans au moins 10% des échantillons). Les taux d'isolement d'EVNP pour le Pakistan étaient de 19% pour 2002 et de 20% pour janvier à mai 2003 et pour l'Afghanistan de 15% pour 2002 et de 17% pour janvier à mai 2003 (Tableau 1). La rapidité de traitement des échantillons au laboratoire est mesurée par la proportion de cas de PFA pour lesquels les résultats de laboratoire sont disponibles dans les 28 jours suivant la réception des échantillons (cible: au moins 80% des cas de PFA). Le laboratoire des NIH a notifié des résultats finals pour le premier isolement du virus dans les 28 jours pour 99% des cas de PFA, tant pour le Pakistan que pour l'Afghanistan en 2002, et pour 94% des cas au Pakistan et 77%

and 77% of Afghanistan cases were reported within 28 days for January to May 2003 (*Table 1*). For cases with isolation of poliovirus, the interval between onset of paralysis and communication of final ITD results now averages 4 to 5 weeks.

Incidence of wild poliovirus

Pakistan reported 90 virologically confirmed polio cases from 34 of 135 districts in 2002, compared with 119 cases from 39 districts in 2001. Of the 90 cases in 2002, 66 (74%) were wild poliovirus type 1 (P1) and 24 (26%) were wild poliovirus type 3 (P3). From January to May 2003, a total of 39 cases were reported from 20 districts compared with 24 cases in 16 districts during the same period in the previous year (*Map 1*). In 2002, 64 (71%) of cases were aged <24 months; in January–May 2003, 22 (56%) of cases were aged <24 months.

Transmission in 2002 occurred mainly in northern Sindh, the Peshawar area and southern part of NWFP and south-western Punjab. Several high-risk areas including Karachi and Hyderabad in Sindh, the Quetta area in Baluchistan, and Bannu and Lakki Marwat districts in NWFP, previously considered to be virus reservoirs, had few or no cases in 2002. Cases in 2003 continue to be concentrated in two of the transmission zones active in 2002 – northern Sindh and northern NWFP – with some transmission in south-western Punjab.

In Afghanistan, 10 cases (5 P1 and 5 P3) were reported from 7 of 32 provinces in 2002, compared with 11 cases from 6 provinces in 2001. To date, the only case in 2003 has been a P3 reported in May from Nangarhar province (Eastern Region), four months after the last reported case (December 2002, Southern Region). Nangarhar province borders NWFP, Pakistan, and genetic sequencing results of the 2003 P3 case indicate that the virus is related to those found recently circulating across the border in NWFP province. Sequencing results from 2002 cases occurring in Afghanistan suggest that the only remaining endemic poliovirus reservoir in 2002 was in the south-western part of the country, west of Kandahar, with no wild poliovirus isolated in this area in 2003 to date.

Recent genetic sequencing data indicate that the biodiversity of wild poliovirus circulating in the Pakistan–Afghanistan epidemiological block continues to decrease. The number of virus lineage clusters for P1 decreased from 10 in 2000 to 6 in 2002 and for P3 from 6 clusters in 2000 to 3 in 2002. Of 100 cases confirmed in 2002 in both countries, 90 (90%) belonged to only 5 clusters (4 P1, 1 P3).

Editorial note. Progress towards interrupting wild poliovirus transmission has continued in Afghanistan and Pakistan, despite periods of political instability and insecurity in the region since September 2001. Important achievements for 2002 include a reduction in the number of wild poliovirus-positive cases from 2001, further restriction of virus circulation to well-defined zones of transmission, and a decrease in the genetic diversity of the isolated wild polioviruses. In addition, both countries were successful in

des cas en Afghanistan entre janvier et mai 2003 (*Tableau 1*). Pour les cas où le poliovirus a été isolé, l'intervalle entre l'apparition de la paralysie et la communication des résultats finals de la différenciation intratypique avoisine désormais quatre à cinq semaines, en moyenne.

Incidence du poliovirus sauvage

Le Pakistan a notifié 90 cas de poliomyélite confirmés par la virologie provenant de 34 des 135 districts en 2002, contre 119 cas dans 39 districts en 2001. Sur les 90 cas enregistrés en 2002, 66 (74%) appartenaient au poliovirus sauvage type 1 (P1) et 24 (26%) au poliovirus sauvage type 3 (P3). De janvier à mai 2003, un total de 39 cas ont été signalés pour 20 districts contre 24 cas dans 16 districts pendant la même période de l'année précédente (*Carte 1*). En 2002, 64 (71%) des cas étaient âgés de moins de 24 mois; de janvier à mai 2003, 22 (56%) des cas étaient âgés de moins de 24 mois.

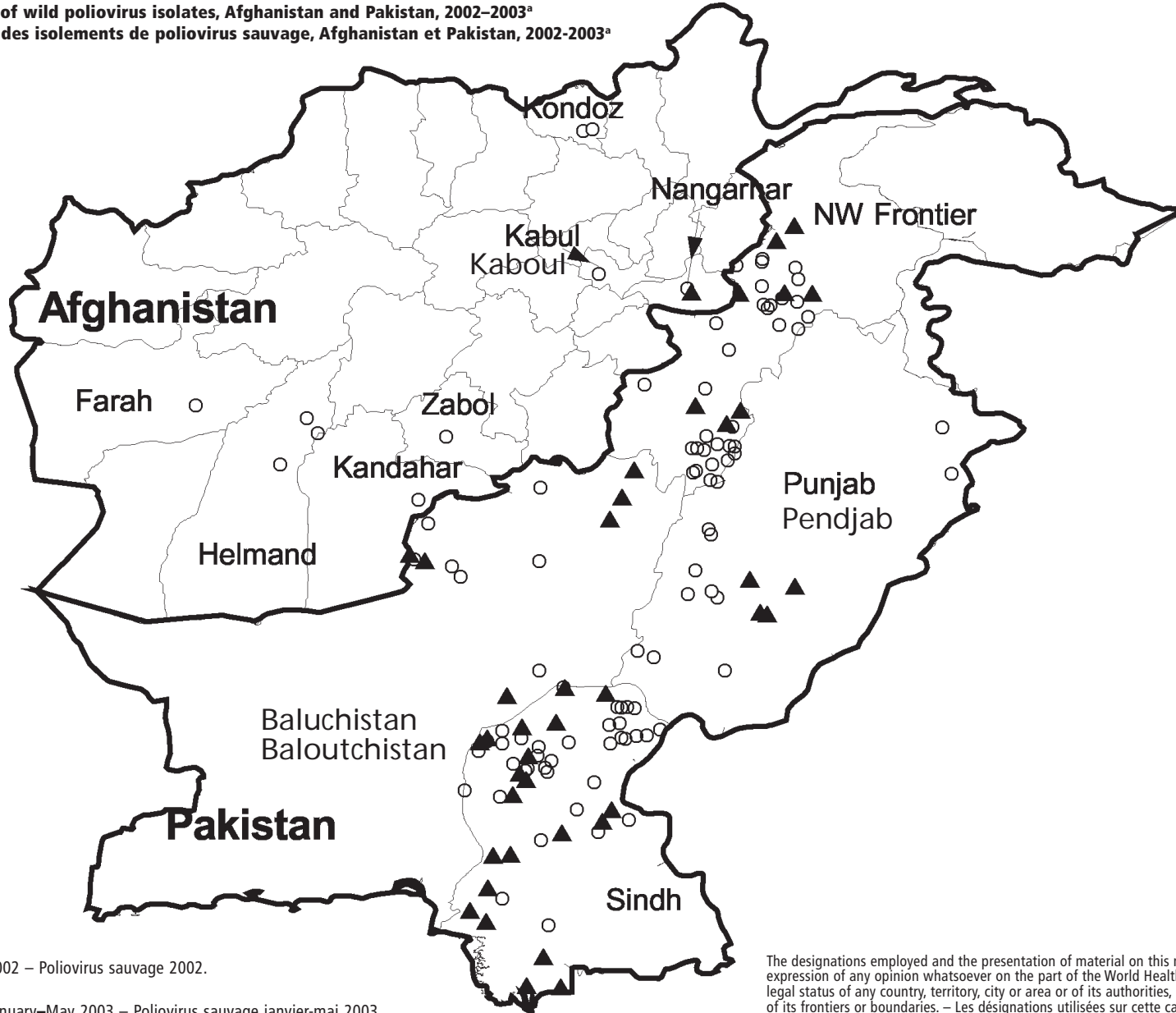
En 2002, la transmission s'est effectuée principalement dans le nord du Sindh, la région de Peshawar et le sud de la province du Nord-Ouest ainsi que dans le sud-ouest du Pendjab. Plusieurs zones à haut risque et précédemment considérées comme des réservoirs de virus n'ont enregistré que peu de cas ou aucun cas en 2002. Ces zones comprennent Karachi et Hyderabad dans le Sindh, la région de Quetta au Balouchistan et les districts de Bannu et Lakki Marwat dans la province du Nord-Ouest. En 2003, les cas sont toujours concentrés dans deux des zones de transmission déjà actives en 2002 (le nord du Sindh et le nord de la province du Nord-Ouest), et une transmission subsiste dans le sud-ouest du Pendjab.

En Afghanistan, 10 cas (5 P1 et 5 P3) ont été signalés dans 7 des 32 provinces en 2002, contre 11 cas dans 6 provinces en 2001. Jusqu'ici, le seul cas signalé en 2003 a été un cas de P3, notifié en mai dans la province de Nangarhar (région est), quatre mois après le dernier cas notifié en décembre 2002 (région sud). La province de Nangarhar jouxte la province du Nord-Ouest au Pakistan, et les résultats du séquençage génétique pour le cas de P3 survenu en 2003 montrent que le virus est apparenté à ceux qui circulaient récemment à travers la frontière dans la province du Nord-Ouest. Les résultats du séquençage pour les cas survenus en 2002 en Afghanistan suggèrent que le seul réservoir restant de poliovirus endémique en 2002 se situait dans la partie sud-ouest du pays, à l'ouest de Kandahar, où aucun poliovirus sauvage n'a jusqu'ici été isolé en 2003.

Les dernières données du séquençage génétique montrent que la biodiversité du poliovirus sauvage circulant dans le bloc épidémiologique Pakistan–Afghanistan continue de diminuer. Le nombre de groupes de virus P1 est passé de 10 en 2000 à 6 en 2002, et ceux de virus P3 de 6 en 2000 à 3 en 2002. Sur 100 cas confirmés en 2002 dans les deux pays, 90 (90%) appartenaient à seulement 5 groupes (4 P1, 1 P3).

Note de la rédaction. Les progrès accomplis sur la voie de l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage se sont poursuivis en Afghanistan et au Pakistan, et ce malgré les périodes d'instabilité politique et d'insécurité observées depuis septembre 2001 dans la région. Parmi les réalisations importantes en 2002 figurent une réduction du nombre de cas positifs pour le poliovirus sauvage par rapport à 2001, une nouvelle restriction de la circulation du virus à des zones bien définies de transmission, et une diminution de la diversité génétique des poliovirus sauvages isolés. De plus, les

Map 1 **Distribution of wild poliovirus isolates, Afghanistan and Pakistan, 2002–2003^a**
 Carte 1 **Répartition des isolements de poliovirus sauvage, Afghanistan et Pakistan, 2002-2003^a**



- Wild poliovirus, 2002 – Poliovirus sauvage 2002.
- ▢ Wild poliovirus, January–May 2003 – Poliovirus sauvage janvier-mai 2003.

^a Data from WHO headquarters up to 24 June 2003. – Données du Siège de l'OMS couvrant jusqu'au 24 juin 2003.

The designations employed and the presentation of material on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. – Les désignations utilisées sur cette carte et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

obtaining support from the Global Alliance for Vaccines and Immunization for strengthening routine immunization programmes.

Despite this progress, several critical challenges to achieving eradication remain, with gaps in surveillance quality in both countries. Although Afghanistan began sentinel surveillance in 1997, systematic active surveillance at major health facilities has only recently been initiated. In Pakistan, genetic data available from 2002 and 2003 indicate that surveillance may have missed ongoing transmission for prolonged periods in some areas, including northern NWFP and southern Punjab.

Immunization coverage among non-polio AFP cases indicates that immunization teams continue to miss large numbers of children aged <2 years during campaigns, particularly in the high-transmission zones. While Afghanistan has been successful in returning programme quality to the levels achieved before the international conflict in autumn 2001, increasing security problems within the country, particularly in the south and south-east, limiting access to critical areas, have had negative effects on SIA and possibly AFP surveillance quality.

Close collaboration between the Afghanistan and Pakistan programmes and their partners⁷ will be critical for addressing and responding to the gaps in the quality of activities in the remaining transmission zones. The development and implementation of a comprehensive communications and advocacy strategy is needed, particularly in Pakistan, to help motivate and engage district governments and communities, access high-risk groups during SIAs and improve the quality of SIA implementation. To further improve and maintain surveillance quality, AFP quality parameters must be continuously monitored, particularly to detect surveillance gaps at the sub-national level. The schedule of detailed provincial AFP surveillance reviews in Pakistan must continue.

Afghanistan and Pakistan have, through the efforts of thousands of health workers and volunteers, made important progress towards the interruption of wild poliovirus transmission. Through crucial government support and commitment, polio teams in most areas of both countries have demonstrated their capacity to implement polio eradication strategies at very high-quality levels. Maintaining the necessary commitment to allow further improvements in the quality of activities in the remaining transmission zones must be a high-priority objective for national and local governments and polio partners in order to achieve the eradication goal. ■

⁷ Polio eradication efforts in Afghanistan and Pakistan are supported by the governments of both countries and those of Canada, Japan, Netherlands and United Kingdom and by Rotary International, Bill and Melinda Gates Foundation, WHO, United Nations Children's Fund, United States Agency for International Development, International Committee of the Red Cross, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, the World Bank/Gates/Rotary/United Nations Foundations Investment Partnership for Polio and the United States Centers for Disease Control and Prevention.

deux pays sont parvenus à obtenir une aide de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination afin de renforcer les programmes de vaccination systématique.

Malgré ces progrès, des défis importants subsistent avant de parvenir à l'éradication. En effet, la qualité de la surveillance est insuffisante dans les deux pays. Si l'Afghanistan a entrepris une surveillance par sentinelle en 1997, la mise en place d'une surveillance active systématique dans les principaux établissements de santé est récente. Au Pakistan, les données génétiques disponibles de 2002 à 2003 montrent qu'une poursuite de la transmission dans certaines régions, dont le nord de la province du Nord-Ouest et le sud du Pendjab, pourrait avoir échappé à la surveillance pendant des périodes prolongées.

La couverture vaccinale parmi les cas de PFA non poliomyélitique indique que, pendant les campagnes, les équipes de vaccination continuent de manquer un grand nombre d'enfants âgés de moins de deux ans, en particulier dans les zones à forte transmission. Si l'Afghanistan est parvenu à ramener la qualité du programme au niveau atteint avant le conflit international de l'automne 2001, les problèmes de sécurité croissants à l'intérieur du pays, en particulier dans le sud et le sud-est, limitent l'accès à des zones critiques et ont eu des effets négatifs sur les activités de vaccination supplémentaire ainsi que, sans doute, sur la qualité de la surveillance de la PFA.

Une étroite collaboration entre les programmes afghans, pakistanaï et leurs partenaires⁷ sera essentielle pour combler les lacunes des activités dans les zones de transmission restantes. L'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie complète de communication et de sensibilisation s'imposent, en particulier au Pakistan, pour aider à motiver et à engager les gouvernements et les communautés au niveau du district, à atteindre les groupes à haut risque pendant les activités de vaccination supplémentaire, et à améliorer la qualité de celles-ci. Afin d'améliorer encore la surveillance, et ceci de façon durable, les paramètres de qualité de la surveillance de la PFA doivent être contrôlés de façon continue, en particulier pour déceler toute lacune au niveau local. Le programme des revues détaillées de la surveillance de la PFA au niveau des provinces au Pakistan doit se poursuivre.

Les efforts de milliers d'agents de santé et de volontaires en Afghanistan et au Pakistan ont permis des progrès importants sur la voie de l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage. Grâce au soutien et à l'engagement des pouvoirs publics, qui est capital, les équipes chargées de l'éradication de la poliomyélite de la plupart des régions des deux pays ont prouvé leur capacité à mettre en œuvre les stratégies d'éradication de la maladie à un niveau de qualité très élevé. Si l'on veut atteindre le but de l'éradication, le maintien de l'engagement nécessaire pour permettre de nouvelles améliorations de la qualité des activités dans les zones de transmission restantes doit être un objectif hautement prioritaire pour les gouvernements nationaux et locaux et les partenaires de cet effort. ■

⁷ Les efforts d'éradication de la poliomyélite menés en Afghanistan et au Pakistan reçoivent le soutien des gouvernements des deux pays et de ceux du Canada, du Japon, des Pays-Bas et du Royaume-Uni ainsi que du Rotary International, de la Fondation Bill et Melinda Gates, de l'OMS, du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, de l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique, du Comité international de la Croix-Rouge, de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, du Partenariat d'investissement pour la Polio (formé par les fondations de la Banque Mondiale/Gates/ Nations Unies), de l'Agence canadienne de Développement international et des Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique.

**WHO web sites on infectious diseases –
Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses**

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

Redesign of the WER web site

The WER web site has been redesigned. The WER homepage address remains the same at <http://www.who.int/wer/> and there are clear links from the homepage to all volumes from 1926 to 2003. A French version of the site is now also available at <http://www.who.int/wer/fr/>

Nouvelle formule pour le site internet du REH

Le site internet du REH a été reconçu. L'adresse du site reste la même: <http://www.who.int/wer/> avec des liens clairs pour accéder à tous les volumes de 1926 à 2003. La version française du site est également disponible sur <http://www.who.int/wer/fr/>

Ports designated in application of the International Health Regulations / Ports notifiés en application du Règlement sanitaire international Amendments to the 1998 publication / Amendements à la publication de 1998

United Kingdom / Royaume-Uni

Ports	Designation		Observations
	D	EX	
Clyde Submarine Base / Base sous-marine Clyde	x	x	Including DM (Defence Munitions) Coulport, Marine Services Base, Great Harbour, Greenock. – Y compris DM Coulport, Base de Services de la Marine, Great Harbour, Greenock.
Plymouth	x	x	HM (Her Majesty) Naval Base.
Plymouth	x	x	Yonderberry Jetty, Thanks.
Portsmouth	x	x	HM Naval Base.
Portsmouth	x	x	Royal Clarence Yard.
<i>New Entry - Nouvelle Entrée</i>			
Rosyth	x	x	Naval vessels only including DM Crombie. – Navires militaires seulement, y compris DM Crombie.

D: Issue of Deratting Certificates. – Délivrance des certificats de dératissage.

EX: Issue of Deratting Exemption Certificates. – Délivrance des certificats d'exemption de la dératissage.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 18 to 24 July 2003 / Notifications de maladies reçues du 18 au 24 juillet 2003

Cholera / Choléra		Cases / Deaths Cas / Décès	Africa / Afrique		Cases / Deaths Cas / Décès
Asia / Asie			Democratic Republic of Congo / République démocratique du Congo		
China / Chine	3.II-4.VII	0		23-29.VI	
.....	22			451	9
Iraq / Irak	22-29.VI			17.VI-6.VII	
.....	14	0		795	13

WWW access • <http://www.who.int/wer>

E-mail • send message **subscribe wer-reh** to majordomo@who.int

Fax: (+41-(0)22 791 48 21/791 42 85

Contact: wantzc@who.int

Accès WWW • <http://www.who.int/wer>

Courrier électronique • envoyer message **subscribe wer-reh** à majordomo@who.int

Fax: (+41-(0)22 791 48 21/791 42 85

Contact: wantzc@who.int