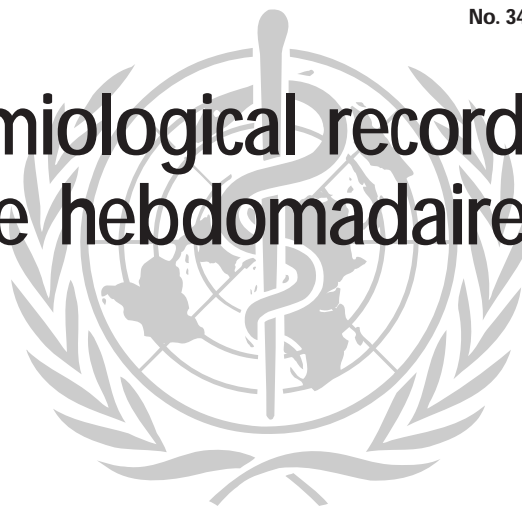


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

22 AUGUST 2003, 78th YEAR / 22 AOÛT 2003, 78^e ANNÉE

No. 34, 2003, 78, 297–304

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

Contents

- 297 Outbreak news
 - Cholera, Liberia
 - Legionellosis, France
 - Yellow fever, Sierra Leone
- 299 WHO Global Conference on SARS
- 303 Influenza
- 304 International Health Regulations

Sommaire

- 297 Le point sur les épidémies
 - Choléra, Libéria
 - Légionellose, France
 - Fièvre jaune, Sierra Leone
- 299 Conférence mondiale de l'OMS sur le SRAS
- 303 Grippe
- 304 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 334.–

6.500 8.2003

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Cholera, Liberia

On 13 August 2003, a WHO team of three specialists – an epidemiologist, an expert on cholera from the Cholera Task Force, and a water and sanitation engineer – travelled to Liberia to support the WHO country office in the surveillance and control of communicable diseases. The mission is a joint response, carried out in collaboration with the WHO Regional Office for Africa. A major concern is the ongoing outbreak of cholera in Monrovia in which there have been 1944 cases and 17 deaths to date. However, data on the number of cases and deaths are very difficult to obtain.

Cholera outbreaks have occurred in previous years in Monrovia, especially during the rainy season. However, at the start of the outbreak in early June this year there were approximately 200 cases per week, compared with 30 cases per week during the same period in 2001 and 2002. In July 2003, there were 350 severe cases per week; during the week of 11–18 August, there were 240 severe cases of cholera. The number of cases is likely to increase in the near future because of population movement and the lack of safe water. The increased level of malnutrition has also added to the risk of more severe cases of cholera.

The team is charged in:

- assessing the overall health situation in Monrovia and other areas as relevant;
- assessing control and response measures in place for cholera and diarrhoeal diseases, current water supply and sanitation systems;

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Choléra, Libéria

Le 13 août 2003, une équipe OMS composée de trois experts – un épidémiologiste, un expert sur le choléra appartenant au Groupe de Travail sur le Choléra et un ingénieur spécialisé dans l'assainissement de l'eau – est partie pour le Libéria afin d'aider le Bureau OMS de ce pays à surveiller et à lutter contre les maladies transmissibles. Cette mission est une réponse commune, menée en collaboration avec le Bureau régional OMS de l'Afrique. L'une des préoccupations principales concerne la flambée continue de choléra à Monrovia, pour laquelle on compte à ce jour 1944 cas et 17 décès. Il est cependant très difficile d'obtenir des informations sur le nombre de cas et de décès.

Il y a eu des flambées de choléra à Monrovia au cours des années précédentes, surtout pendant la saison des pluies. Toutefois, au début de la flambée en juin de cette année, on comptait environ 200 cas par semaine contre seulement 30 cas par semaine à la même période en 2001 et 2002. En juillet 2003, on comptabilisait 350 cas graves par semaine; entre le 11 et le 18 août, on a comptabilisé 240 cas graves de choléra. Et dans un future proche, il est probable que le nombre de cas augmente encore à cause des mouvements de population et du manque d'eau potable. L'augmentation du niveau de malnutrition ajoute au risque de cas de choléras plus graves encore.

L'équipe est chargée:

- d'évaluer comme nécessaire la situation sanitaire générale à Monrovia et dans d'autres zones;
- de juger des mesures mises en place pour la lutte et le contrôle du choléra et des maladies diarrhéiques ainsi que des systèmes actuels d'approvisionnement en eau et d'assainissement;

- developing a health surveillance system for the emergency phase including an early warning system for outbreaks;
- strengthening information reporting and assess laboratory capacity for the confirmation of main communicable diseases;
- identifying mechanisms for collection and transport of specimens;
- developing a plan for epidemic preparedness and response for the main epidemic-prone diseases with key partners; and
- collaborating with relevant agencies in providing safe water.

The team works with the WHO country office, national health authorities on the ground, and key partners including other United Nations agencies, *Médecins Sans Frontières*, and the International Committee of the Red Cross. WHO has supplied laboratory equipment for specimen sampling during this mission. Working with partners, WHO plans to reactivate the cholera control committee, disseminate health education material, and undertake mass chlorination of wells as soon as possible.

Legionellosis, France

As at 18 August 2003, 30 cases and 3 deaths have been reported by health officials in Montpellier (Hérault department). Two of these cases, one from Italy and one from the Netherlands, were reported through the European Working Group for Legionella Infections. Preliminary data indicate that the majority of cases reside or, work in or have a history of recent travel to Montpellier.

Additional field epidemiological and environmental investigations are being conducted with the support of the *Institut de Veille Sanitaire* (Paris), to identify the precise source of transmission. Environmental investigators have already identified the presence of *Legionella* in several cooling towers in the centre of Montpellier. Disinfection measures have been taken and analysis is continuing.

Yellow fever, Sierra Leone

On 19 August 2003, the Ministry of Health and Sanitation of Sierra Leone reported 1 confirmed case and 45 suspected cases of yellow fever in Tonkolili district.

A joint investigation mission from the Ministry, WHO and UNICEF took place between 7 and 10 August and samples collected on site are undergoing laboratory testing.

Surveillance has been strengthened in the affected areas and measures have been taken for an immunization campaign to begin this week. The Ministry has an available stock of yellow fever vaccine to cover the affected population.

Additional samples from surrounding districts are also being collected for testing. ■

- de mettre au point un système de surveillance sanitaire pour la phase d'urgence, lequel inclurait un système alerte précoce des flambées;
- de renforcer la notification d'information et évaluer les capacités de laboratoire permettant de confirmer les principales maladies transmissibles;
- d'identifier les mécanismes permettant la collecte et le transport d'échantillons;
- de développer avec les partenaires clés un plan de préparation aux épidémies et de lutte contre les principales maladies à tendance épidémique; et
- de collaborer avec les agences concernées pour fournir de l'eau potable.

L'équipe travaille avec le Bureau OMS du pays, les autorités sanitaires nationales qui sont sur le terrain et les partenaires clés tels d'autres agences des Nations Unies, Médecins Sans Frontières et le Comité international de la Croix-Rouge. L'OMS a fourni du matériel de laboratoire permettant le prélèvement d'échantillons au cours de cette mission. En travaillant avec ses partenaires, l'OMS a l'intention de réactiver le comité de lutte contre le choléra, de distribuer du matériel pour l'éducation sanitaire et, dès que possible, de chlorer les puits à grande échelle.

Légionellose, France

Au 18 août 2003, 30 cas et 3 décès avaient été signalés par les autorités sanitaires de Montpellier (département de l'Hérault). Deux de ces cas, l'un d'Italie et l'autre de Hollande, ont été signalés par le biais du Groupe de Travail Européen sur les Infections à Legionella. Les premières informations indiquent que la majorité de ces cas résident, travaillent ou ont récemment séjourné à Montpellier.

Des enquêtes épidémiologiques et environnementales supplémentaires sont en cours afin d'identifier avec précision la source de transmission et bénéficient du soutien de l'Institut de Veille Sanitaire (Paris). Pour l'instant, les enquêteurs environnementaux ont identifié la présence de la légionellose dans des tours de refroidissement situées dans le centre de Montpellier. Des mesures de désinfection ont été prises et les analyses continuent.

Fièvre jaune, Sierra Leone

Le 19 août 2003, le Ministère de la Santé et de l'Assainissement de Sierra Leone a signalé 1 cas confirmé et 45 cas suspects de fièvre jaune dans le district Tonkolili.

Une mission d'enquête commune au Ministère, à l'OMS et à l'UNICEF a eu lieu entre les 7 et 10 août et les échantillons recueillis sur le site sont en train d'être testés en laboratoire.

La surveillance a été renforcée dans les zones touchées et des mesures ont été prises pour qu'une campagne de vaccination commence cette semaine. Le Ministère a également de disponible un stock de vaccins contre la fièvre jaune permettant de couvrir la population concernée.

Des échantillons supplémentaires sont également en train d'être recueillis dans les districts avoisinants afin d'être testés. ■

WHO Global Conference on Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)

Where do we go from here?

Summary report

On 17–18 June 2003, in Kuala Lumpur (Malaysia) the World Health Organization sponsored a global conference on SARS: *Where do we go from here?* Over 900 participants travelled from 43¹ countries and territories to present first-hand clinical, laboratory and epidemiological experiences and exchange views on what works best to contain SARS.

Scientific experts reviewed accumulated knowledge to date, extracted practical lessons, and identified key priorities for the future. Presentations were organized to address three overarching questions:

- Can SARS be eradicated?
- Are current control measures effective?
- Are current alert and response systems appropriately robust?

The first day began with presentations on the history of the epidemic, global and regional responses coordinated by WHO through its headquarters in Geneva and its Regional Office for the Western Pacific in Manila, and national responses in Canada, the People's Republic of China, Hong Kong Special Administrative Region of China, Singapore, the United States of America, and Viet Nam. Nine presentations reviewed the state-of-the-art in scientific knowledge. Experts with extensive personal experience described the etiology of SARS, discussed clinical diagnosis and management, reviewed the status of diagnostic tests, and considered what is known about the epidemiology of the disease. Efforts to develop a vaccine were also summarized. Other papers discussed the role of animals in the emergence of SARS and the possible existence of an animal reservoir, explored the part played by environmental factors in the transmission cycle, assessed the psychological impact of SARS, and summarized the challenging problem of risk communication.

On the second day, breakout groups met to seek answers to the three overarching questions and to formulate recommendations for future action in line with these answers.

Global, regional, and national responses

Presentations on the global and regional responses to the outbreak provided an account of the swift and sweeping measures that began shortly after SARS was recognized as a threat to international public health. Global alerts, issued by WHO and amplified by the media, resulted in a high level of vigilance that worked to promote the rapid detection and isolation of cases imported into new areas. To support the earliest and most severely affected areas, WHO, its

Conférence mondiale de l'OMS sur le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

Quelles seront les prochaines étapes?

Rapport de synthèse

L'Organisation mondiale de la Santé a parrainé une conférence mondiale sur le SRAS intitulée *Quelles seront les prochaines étapes* qui s'est tenue les 17 et 18 juin 2003 à Kuala Lumpur (Malaisie). Plus de 900 participants sont venus de 43 pays et territoires¹ pour présenter des données cliniques, biologiques et épidémiologiques de première main et échanger leurs points de vue sur les mesures les plus efficaces contre le SRAS.

Des experts scientifiques ont fait le point sur l'état des connaissances, tiré des enseignements pratiques de la flambée et défini les priorités pour l'avenir. Les exposés s'articulaient autour de trois grandes questions:

- Le SRAS peut-il être éradiqué?
- Les mesures de lutte actuelles sont-elles efficaces?
- Les systèmes actuels d'alerte et d'intervention sont-ils assez solides?

La première journée a débuté par des exposés retraçant l'histoire de l'épidémie et décrivant l'action menée à l'échelle mondiale et régionale, coordonnée par l'OMS depuis son Siège, à Genève, et son Bureau régional pour le Pacifique occidental, à Manille, ainsi que les mesures prises au niveau national par le Canada, la République populaire de Chine, la Région administrative spéciale de Hong Kong, les Etats-Unis d'Amérique, Singapour et le Viet Nam. Neuf exposés ont fait le bilan des connaissances scientifiques actuelles. Des experts ayant acquis une vaste expérience personnelle ont traité de l'étiologie du SRAS, du diagnostic et de la prise en charge cliniques, ont fait le point sur les tests diagnostiques et indiqué ce que l'on sait sur l'épidémiologie de la maladie. Ils ont aussi présenté un récapitulatif des travaux entrepris pour mettre au point un vaccin. Il a également été question du rôle des animaux dans l'apparition du SRAS et de l'existence possible d'un réservoir animal, du rôle que jouent les facteurs environnementaux dans le cycle de transmission, de l'impact psychologique du SRAS et des problèmes de communication au sujet des risques.

Le deuxième jour, des groupes thématiques ont tenté de répondre aux trois grandes questions et ont formulé des recommandations sur la base des réponses auxquelles ils étaient parvenus.

Riposte aux niveaux mondial, régional et national

Les exposés sur la riposte à la flambée épidémique aux niveaux mondial et régional ont retracé les mesures radicales prises rapidement après que le SRAS fut reconnu comme une menace pour la santé publique internationale. La plus grande vigilance a été exercée suite à l'alerte donnée au niveau mondial par l'OMS et répercutée par les médias, ce qui a permis de dépister et d'isoler rapidement les cas importés dans de nouvelles zones. L'OMS, son Bureau régional pour le Pacifique occidental et le réseau mondial OMS

¹ Australie, Bangladesh, Belgique, Brésil, Canada, Chili, Chine (République populaire de), Danemark, Égypte, Espagne, États-Unis d'Amérique, Finlande, France, Allemagne, Arabie saoudite, Australie, Bangladesh, Belgique, Brésil, Canada, Chili, Chine (République populaire de), Danemark, Égypte, Espagne, États-Unis d'Amérique, Finlande, France, Ghana, Grèce, Guatemala, Inde, Indonésie, Israël, Italie, Japon, Kenya, Malaisie, Mongolie, Nicaragua, Nouvelle-Calédonie, Nouvelle-Zélande, Pakistan, Pays-Bas, Philippines, République de Corée, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Singapour, Suisse, Syrie, Thaïlande, Trinité-et-Tobago, Viet Nam, Zimbabwe.

¹ Afrique du Sud, Allemagne, Arabie saoudite, Australie, Bangladesh, Belgique, Brésil, Canada, Chili, Chine (République populaire de), Danemark, Égypte, Espagne, États-Unis d'Amérique, Finlande, France, Ghana, Grèce, Guatemala, Inde, Indonésie, Israël, Italie, Japon, Kenya, Malaisie, Mongolie, Nicaragua, Nouvelle-Calédonie, Nouvelle-Zélande, Pakistan, Pays-Bas, Philippines, République de Corée, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Singapour, Suisse, Syrie, Thaïlande, Trinité-et-Tobago, Viet Nam, Zimbabwe.

Regional Office for the Western Pacific, and the WHO Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN) provided direct technical support, including expert staff, to assist in epidemiological investigations and containment operations.

To accelerate research about a new and poorly understood disease, WHO established three virtual networks of virologists, clinicians, and epidemiologists, who shared experiences and findings on secure web sites and during daily teleconferences. Within a month, the causative agent was conclusively identified. Case definitions, practical guidelines, and recommended control measures, published on the WHO web site, evolved as new knowledge about the disease emerged. A high level of awareness and political commitment, round-the-clock research, open sharing of experiences and findings, and rapid communication of information contributed to the refinement of control strategies and their effective implementation.

From the outset, the WHO objective had been to halt further international spread and prevent the new disease from establishing endemicity. Reports of national experiences indicated that such a goal was feasible. Application of classic epidemiological measures, including patient isolation, infection control, contact tracing, proper management of contacts, and restrictions on travel, had proved effective in all affected countries, despite the diversity of health systems involved and differences in the severity and epidemiological characteristics of the outbreaks. Country reports also illustrated the rapid improvements in health systems, including many innovations, that could be achieved when an infectious disease became the focus of considerable public and political concern.

Can SARS be eradicated?

The breakout groups concluded that, while it was too early to determine whether SARS could be eradicated, several significant problems stood in the way of reaching such a goal. The experts agreed that current chains of person-to-person transmission could probably be interrupted, provided that no reservoir of asymptomatic carriers exists, chronic infection does not occur, and difficult new areas, such as Africa, do not experience cases. In particular, the existence of an animal reservoir of the SARS coronavirus, as suggested by some studies, would make eradication extremely difficult to achieve. Faecal shedding of virus by infected persons and apparent virus stability in the environment could pose additional barriers to eradication, although these were not considered major modes of transmission in the current outbreak.

Priorities identified by the group focused on the need for more knowledge about the epidemiology of infection and transmission, and more research on the virus. Specific issues requiring further research were judged to include the significance of "super spreading events", the host range of animals that may carry the virus, factors leading to emergence, the role of environmental sources, and the effectiveness of different interventions in controlling the epidemic. Additional priorities identified included standardization of diagnostic assays and reagents, development of a reliable point-of-care diagnostic test for use early in illness, improvement of procedures for the safe shipping of specimens, and development of animal models to improve understanding of pathogenesis and the

d'alerte et d'action en cas d'épidémie ont offert un appui technique direct aux zones qui furent les premières et les plus sévèrement touchées, notamment en mettant des experts à leur disposition, pour les aider à mener à bien les investigations épidémiologiques et les opérations d'endiguement.

Pour accélérer les recherches sur une maladie nouvelle et méconnue, l'OMS a créé trois réseaux virtuels de virologues, de cliniciens et d'épidémiologistes qui se sont partagé leurs expériences et leurs observations sur des sites Internet sécurisés et lors de téléconférences quotidiennes. L'agent pathogène a été identifié avec certitude en l'espace d'un mois. Les définitions des cas, les directives pratiques et les mesures de lutte recommandées ont été régulièrement mises à jour sur le site Internet de l'OMS à mesure que l'on en apprenait plus sur la maladie. Les stratégies de lutte ont pu être affinées et mises en œuvre efficacement grâce à une prise de conscience générale et à une forte volonté politique, à un effort de recherche constant, à la mise en commun des expériences et des résultats, ainsi qu'à la rapidité avec laquelle l'information a circulé.

Dès le départ, l'OMS s'était fixé pour objectif d'éviter que la nouvelle maladie ne se propage ailleurs dans le monde et ne devienne endémique. La situation dans les pays semblait indiquer que c'était chose possible. Les mesures épidémiologiques classiques, à savoir l'isolement des patients, la lutte contre l'infection, la recherche et une bonne prise en charge des contacts, ainsi que des restrictions aux voyages, avaient donné de bons résultats dans tous les pays touchés, malgré la diversité des systèmes de santé et les différences entre les flambées du point de vue de leur gravité et de leurs caractéristiques épidémiologiques. Il ressortait aussi de l'évolution dans les pays qu'il est possible, lorsqu'une maladie infectieuse devient le centre de l'attention publique et politique, d'améliorer rapidement les systèmes de santé, grâce notamment à de nombreuses innovations.

Peut-on éradiquer le SRAS?

Les groupes thématiques sont parvenus à la conclusion que, même s'il est encore trop tôt pour dire si le SRAS peut être éradiqué, plusieurs problèmes importants se posent. Les experts ont estimé que les chaînes existantes de transmission de personne à personne pouvaient probablement être interrompues, à condition qu'il n'y ait pas de réservoir de porteurs asymptomatiques ni de cas d'infection chronique, et qu'aucun cas ne survienne dans de nouvelles zones vulnérables telles que l'Afrique. En particulier, l'existence d'un réservoir animal du coronavirus du SRAS, comme semblent l'indiquer certaines études, rendrait l'éradication extrêmement difficile. L'excrétion fécale du virus par les personnes infectées et l'apparente stabilité du virus dans l'environnement pourraient être des obstacles supplémentaires à l'éradication, même si elles n'ont pas été considérées comme des modes de transmission importants lors de la flambée.

Le groupe a estimé qu'il fallait en priorité continuer à étudier l'épidémiologie et la transmission de l'infection et poursuivre les recherches sur le virus. Les points précis qui, d'après lui, appellent d'autres recherches sont la portée des «événements superpropagateurs», l'éventail des animaux qui peuvent servir d'hôtes au virus, les facteurs propices à l'apparition de la maladie, le rôle des sources environnementales et l'efficacité des différentes interventions. Au nombre des priorités figurent aussi la standardisation des épreuves diagnostiques et des réactifs, la mise au point de tests diagnostiques extemporanés fiables à faire aux premiers stades de la maladie, l'amélioration des conditions de sécurité dans lesquelles sont expédiés les prélèvements, et la mise au point de modèles animaux afin de mieux comprendre la pathogénèse et l'évolution clinique de

clinical course of disease, and for use in vaccine development and the testing of antiviral drugs.

Are current control measures effective?

The experts agreed that currently recommended measures to prevent transmission in health care settings were theoretically highly effective, but required proper infrastructure, training, and consistent application to ensure efficacy. Such measures were also extremely resource-intensive, socially disruptive, and difficult to sustain over time. Infection control capacity and practices in many health care settings needed improvement. A minimum global level of safe practice (standard precautions supplemented by risk-based precautions) should be established. Studies were needed to determine optimal protective measures, such as the type of mask, and when these measures should be used. In addition, appropriate protective measures, including isolation facilities and masks fit-tested for individual workers, needed to be more widely available.

Measures to control community transmission (outside of health care settings) and prevent international spread required further evaluation to determine their effectiveness. Such measures included public information and education campaigns to encourage prompt reporting of symptoms, hotlines to report fever, establishment of fever clinics to relieve pressure on emergency rooms, temperature screening in public places, recommendations to travellers, and entry and exit screening at borders using questionnaires and temperature checks. The effectiveness of contact tracing and voluntary isolation or quarantine of contacts had been amply demonstrated.

The experts suggested that control measures in the community would have the greatest impact if focused on links between health care settings and the wider community, with contact-tracing prioritized according to the nature of exposure. However, further evaluation was needed before firm conclusions could be reached. Home or institutional quarantines, when included in control strategies, should be complemented by financial and psychosocial support, and should further ensure that the daily needs of affected individuals were met. Stigmatization of affected individuals and groups, fuelled by a climate of fear and inadequate objective information, was identified as an especially important issue. Some participants held the view that visible measures to control community and international spread were important in restoring public and business confidence and as deterrents, regardless of their efficiency in detecting SARS cases.

Are current alert and response systems appropriately robust?

As the experts noted, mounting success in the containment of SARS has demonstrated the adequacy of current alert and response systems. However, the demands of combating SARS have stretched these systems to their limits. Control interventions – however successful – could not be sustained over time. Improved surveillance would require preparation of a sensitive “alert” case definition in areas at greatest risk for recurrence, development of a point-of-care diagnostic test to identify patients with SARS infection

la maladie, de faciliter le développement d'un vaccin et l'expérimentation de médicaments antiviraux.

Les mesures de lutte actuelles sont-elles efficaces?

Les experts ont estimé que les mesures actuellement recommandées pour éviter la transmission en milieu médical sont théoriquement très efficaces mais nécessitent une infrastructure et une formation adaptées et doivent être appliquées systématiquement. Par ailleurs, elles exigent énormément de ressources, elles entraînent des perturbations sociales et il est difficile de les maintenir longtemps. Les moyens et les pratiques pour lutter contre l'infection laissent à désirer dans de nombreux établissements de santé. Des normes de sécurité minimales (précautions classiques et précautions en fonction du risque) devraient être établies au niveau mondial. Il faut faire des études pour déterminer quelles sont les mesures de protection optimales, par exemple le type de masque qui convient le mieux, et quand appliquer ces mesures. De plus, les moyens de protection appropriés, notamment les infrastructures d'isolement et les masques testés pour les soignants, devraient être plus largement disponibles.

Il faut, pour déterminer leur efficacité, évaluer avec plus de précision les mesures destinées à empêcher la transmission non nosocomiale (en dehors des établissements de santé) et la propagation de la maladie au niveau international. Au nombre de ces mesures figurent les campagnes d'information et d'éducation incitant la population à consulter rapidement en cas de symptômes, les permanences téléphoniques pour signaler une fièvre, la mise en place de services s'occupant des cas fébriles afin de décharger les services d'urgence, les contrôles de température dans les lieux publics, les recommandations aux voyageurs et le contrôle aux frontières par questionnaire et prise de la température. L'efficacité de la démarche consistant à rechercher les contacts à des fins d'isolement ou de quarantaine volontaires a été amplement démontrée.

Les experts pensent que les mesures de lutte au sein de la communauté auraient plus d'impact si elles portaient sur les échanges entre les établissements de santé et la communauté dans son ensemble, la recherche des contacts étant alors considérée comme plus ou moins urgente selon la nature de l'exposition. Toutefois, une évaluation plus poussée s'impose avant de tirer des conclusions définitives. Lorsqu'elle fait partie des stratégies de lutte, la quarantaine à domicile ou en institution doit s'accompagner d'une aide financière et d'un soutien psychosocial; il faut aussi répondre aux besoins quotidiens des personnes concernées. L'un des points que les experts jugent extrêmement importants est la stigmatisation des personnes et des groupes touchés, laquelle est favorisée par un climat de peur et par le manque d'objectivité des informations. Certains participants étaient d'avis que, pour redonner confiance à la population et au monde des affaires tout en ayant une influence dissuasive, il était important de prendre des mesures visibles visant à empêcher la propagation du SRAS au sein de la communauté et au niveau international, quelle que soit leur utilité pour le dépistage.

Les systèmes actuels d'alerte et d'intervention sont-ils assez solides?

Comme l'ont noté les experts, le fait qu'on soit en voie de maîtriser le SRAS montre que les systèmes actuels d'alerte et d'intervention sont satisfaisants. La lutte engagée contre le SRAS les a cependant poussés à leurs limites. Aussi efficaces soient-elles, les mesures de lutte ne peuvent être maintenues pendant longtemps. Pour une meilleure surveillance, il faudrait adopter une définition sensible des cas «alerte» dans les zones où la maladie risque le plus de réapparaître, mettre au point un test diagnostique extemporané pour dépister les cas de SRAS pendant les périodes de forte incidence

during periods of high incidence of other respiratory illnesses, strengthening of laboratory diagnostic capacity and laboratory-based surveillance, and development of integrated information tools that allow real-time analysis of clinical, epidemiological, and laboratory data.

Priorities for improving response included development of contingency plans, better mechanisms for coordination, much greater surge capacity at global, regional, and national levels, and strengthened laboratory capacity and systems for information technology. Revision of the International Health Regulations, currently under way, should further strengthen capacity to contain emerging infectious diseases.

Communication of information to the general public and the media was singled out as another component of an effective response. Information should be communicated in a transparent, accurate, and timely manner. SARS had demonstrated the need for better risk communication as a component of outbreak control and a strategy for reducing the health, economic, and psychosocial impact of major infectious disease events.

Next steps

SARS dramatically illustrated the wide-ranging impact that a new disease can have in a closely interconnected and highly mobile world. It also underscored the importance of a coordinated global response characterized by close collaboration and open sharing of data and experiences. WHO's capacity to lead and coordinate such responses had been given added authority during the 56th World Health Assembly in May 2003. In response to the SARS outbreak, delegates unanimously adopted a resolution authorizing WHO to act on information arising from sources other than official government notifications, and to conduct on-the-spot investigations to ensure that control measures within an affected country were sufficient to contain the disease and protect against its international spread. This strengthened capacity should facilitate all ongoing and future efforts to minimize the damage caused by infectious disease events of international concern and, if possible, to contain new diseases before they have an opportunity to establish endemicity.

Research priorities identified by participants will need to be pursued, especially since a seasonal recurrence of SARS cannot be ruled out. Apart from work on the development of a vaccine and effective treatments, urgent needs were judged to include a reliable point-of-care diagnostic test, a revised case definition, better knowledge about the efficacy of interventions, and more research on potential animal reservoirs. Predictions concerning the possible recurrence of SARS will not be possible until there is better understanding of the conditions under which this new disease initially emerged.

Conclusions

From the global perspective, the SARS epidemic demonstrated the importance of a worldwide surveillance and response capacity to address emerging microbial threats through timely reporting, rapid communication, and evidence-based action. Many participants stressed the importance of international collaboration, coordinated by WHO,

d'autres maladies respiratoires, développer le potentiel de diagnostic et de surveillance en laboratoire, et concevoir des systèmes d'information intégrés qui permettent d'analyser en temps réel les données cliniques, épidémiologiques et biologiques.

Pour une intervention plus efficace, il faut en priorité prévoir des plans d'urgence, améliorer la coordination, nettement augmenter la capacité d'accélération aux niveaux mondial, régional et national, et développer les services de laboratoire ainsi que les systèmes informatiques. La révision du Règlement sanitaire international à laquelle on est en train de procéder devrait donner des armes supplémentaires pour endiguer les maladies infectieuses émergentes.

Les modalités de communication de l'information au grand public et aux médias ont également été jugées importantes pour le succès des interventions. Les informations doivent être exactes, communiquées de façon transparente et diffusées au moment voulu. L'épidémie de SRAS a montré qu'il était indispensable de mieux informer sur les risques pour juguler les flambées épidémiques et atténuer les conséquences sanitaires, économiques et psychosociales des poussées de maladies infectieuses.

Prochaines étapes

Le SRAS a révélé de manière éclatante l'étendue des conséquences qu'une nouvelle maladie peut avoir dans un monde caractérisé par l'interdépendance et la mobilité. Il montre également combien est utile une action mondiale coordonnée, fondée sur une étroite collaboration et sur la mise en commun des données et des leçons tirées de l'expérience. En mai 2003, l'OMS s'est vu conférer par la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé des pouvoirs supplémentaires pour diriger et coordonner cette action. Face à la flambée épidémique de SRAS, les délégués ont adopté à l'unanimité une résolution autorisant l'OMS à prendre des mesures sur la base d'informations provenant de sources autres que les signalements officiels et à faire des investigations sur place pour s'assurer que les mesures de lutte prises par un pays touché sont suffisantes pour empêcher la maladie de se propager au niveau international. Grâce à ces pouvoirs supplémentaires, il devrait être plus facile à l'avenir et dès à présent d'atténuer les conséquences des poussées de maladies infectieuses d'importance internationale, voire d'endiguer les nouvelles maladies avant qu'elles ne deviennent endémiques.

Vu qu'une résurgence saisonnière du SRAS n'est pas exclue, il faudra poursuivre les travaux de recherche que les participants ont jugés prioritaires. Outre la mise au point d'un vaccin et de traitements efficaces, ils ont estimé urgent de développer un test diagnostique extemporané fiable, de réviser la définition des cas, d'évaluer plus précisément l'efficacité des interventions et de faire d'autres recherches sur les réservoirs animaux potentiels. Il sera impossible de prévoir une éventuelle résurgence du SRAS tant qu'on n'en saura pas plus sur les conditions dans lesquelles cette nouvelle maladie est apparue au départ.

Conclusions

À l'échelle mondiale, l'épidémie de SRAS a montré combien il est important de disposer partout dans le monde de moyens de surveillance et d'intervention pour faire face à une nouvelle maladie infectieuse moyennant le signalement des cas en temps voulu, la rapidité de l'information et une action reposant sur des données probantes. Nombre de participants ont insisté sur l'importance de

in advancing the research agenda, and the need for partnerships among clinical, laboratory, public health, and veterinary communities.

From the national perspective, lessons learned included the need for strong political leadership at the highest levels to mobilize entire societies, speed of action, improved coordination between national and district levels in countries with federal systems, increased investment in public health, and updated legislation pertaining to surveillance, isolation, and quarantine measures. Participants also noted the need for improved infection control in health care and long-term care facilities, and for screening measures at borders to minimize the risk of imported cases and at international airports to minimize the risk of exported cases.

Although SARS took advantage of conditions in a globalized society to spread rapidly and cause wide-ranging disruption, control efforts benefited greatly from the world's interconnectedness. Communication technologies were used effectively – from web alerts to daily electronic reporting of cases to support for “virtual” laboratories – to amplify available resources and accelerate progress in both the generation and dissemination of knowledge. ■

Influenza

Argentina (2 August 2003).¹ Influenza activity peaked in weeks 23 and 24 and then declined. In week 31, 3 influenza A viruses were isolated from sporadic cases. So far this season, both influenza A and B viruses have been detected, but influenza A is the predominant circulating strain. All the influenza A viruses characterized are closely related to the current strains.

Australia (16 August 2003). Influenza activity remained sporadic from the first week of the year, when influenza A (H3N2) was isolated, until week 31, when a sudden increase in activity was observed in the entire state of Victoria. To date, the outbreak is ongoing in Melbourne and in other regions. Localized outbreaks were reported in a nursing home and the Mornington peninsula. Influenza A(H3N2) seems to be the main strain causing the outbreaks, while influenza A(H1N1) and B have been sporadically detected.

Brazil (5 July 2003).¹ Sporadic influenza activity was reported during weeks 26 and 27 but no influenza virus was detected.

Chile (2 August 2003).¹ A regional outbreak in Santiago has been reported since week 27. Influenza A(H3N2), which is closely related to the current strains, seems to be the predominant strain causing the outbreak. So far this season, only influenza A(H1N1) viruses have been reported.

Hong Kong Special Administrative Region of China (9 August 2003).² Since week 25, low influenza activity has been reported, with most of the isolates identified as

la collaboration internationale, sous la houlette de l’OMS, pour faire avancer la recherche, et sur la nécessité de partenariats entre les cliniciens, les services de laboratoire, les responsables de la santé publique et les services vétérinaires.

A l’échelle nationale, on a pu voir qu’une forte volonté politique était nécessaire au plus haut niveau pour mobiliser la société tout entière, et qu’il fallait intervenir rapidement, améliorer la coordination entre les instances nationales et les instances de district dans les pays qui ont un système fédéral, investir davantage dans la santé publique et revoir la législation en ce qui concerne la surveillance, l’isolement et les mesures de quarantaine. Les participants ont également estimé qu’il fallait prendre des mesures plus efficaces pour lutter contre l’infection dans les établissements de santé et de soins prolongés et exercer un contrôle aux frontières pour limiter au maximum le risque de cas importés, ainsi que dans les aéroports internationaux pour limiter au maximum le risque de cas exportés.

Si le SRAS s’est propagé rapidement et a provoqué d’importantes perturbations, c’est en partie à cause de la mondialisation, mais cette interdépendance a aussi grandement facilité la contre-attaque. On a tiré parti des technologies de la communication – alertes sur Internet, signalement quotidien des cas par voie électronique aux laboratoires «virtuels», etc. – pour amplifier les ressources disponibles, générer et diffuser plus rapidement l’information. ■

Grippe

Argentine (2 août 2003).¹ L’activité grippale a culminé pendant les semaines 23 et 24 pour décliner par la suite. Au cours de la semaine 31, 3 virus grippaux A ont été isolés chez des cas sporadiques. Jusqu’à présent, cette saison, on a détecté tant des virus A que B, mais le virus A prédomine en tant que la souche circulante. Tous les virus grippaux ayant été caractérisés sont proches des souches vaccinales actuelles.

Australie (16 août 2003). Le premier virus grippal de l’année a été identifié au cours de la semaine 15 comme étant de type A. L’activité grippale est restée sporadique de la première semaine de l’année, lorsque le virus grippal A(H3N2) a été isolé, à la semaine 31, moment où l’on a enregistré une soudaine augmentation de l’activité dans tout l’état de Victoria. A ce jour, la flambée se poursuit à Melbourne et dans d’autres régions. Des flambées localisées ont été signalées dans une maison de retraite et dans la Péninsule de Mornington. Le virus grippal A(H3N2) semble être la souche prédominante causant la flambée, alors que les virus A(H1N1) et B n’ont été dépistés que de manière sporadique.

Brésil (5 juillet 2003).¹ Une activité grippale sporadique a été signalée au cours des semaines 26 et 27 mais aucun virus grippal n’a été dépisté.

Chili (2 août 2003).¹ Une flambée régionale est signalée depuis la semaine 27 à Santiago. Le virus grippal A(H3N2), proche des souches vaccinales actuelles, semble être la souche prédominante causant la flambée. Jusqu’à présent cette saison, seuls des virus grippaux de type B ont été signalés.

Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine (9 août 2003).² Une faible activité grippale est signalée depuis la semaine 25; la plupart des isolaments ont été identifiés comme étant de type

¹ See No. 28, 2003, p. 250.

² See No. 28, 2003, p. 251.

¹ Voir N° 28, 2003, p. 250.

² Voir N° 28, 2003, p. 251.

A(H3N2) and the others as B. So far this season, only a few A(H1N1) viruses have been detected.

Madagascar (26 July 2003).² Influenza activity has remained local since week 25. The influenza-like illness consultation rate was 12% in a health centre of Antananarivo city in week 30. So far this year, influenza A(H3N2) seems to be the predominant circulating strain.

Malaysia (9 August 2003). Influenza activity remained sporadic until week 14, when a few A(H1N1) and B viruses were detected. No influenza activity has been reported since week 15.

Mexico (19 July 2003).³ Low influenza activity was noted from week 22, with 2 influenza A viruses detected in week 22 and 1 influenza B virus in week 25.

New Caledonia (19 July 2003).² The second influenza virus of this year, an influenza A virus, was isolated in week 27. In week 29, 3 more influenza A viruses were isolated, marking the beginning of this year's local influenza season.

New Zealand (28 June 2003). This year's influenza season started in week 18, when the first influenza virus was identified. Thereafter, influenza activity continued to increase. Widespread outbreak of influenza has been reported over the past five weeks. No influenza B virus has been detected so far.

Peru (31 May 2003).⁴ Influenza activity peaked in week 11, when 46 influenza A viruses and 28 B viruses were detected. Local influenza activity has been reported since week 12. Parallel circulation of both influenza A and B strains is also noted for this year.

South Africa (2 August 2003).² Influenza activity peaked in weeks 24 and 25 and then declined, remaining sporadic. Influenza A viruses have been isolated throughout this season, while the first influenza B virus of this year was isolated in week 28.

Other reports. During the past four weeks, influenza activity has been reported as low in Canada,⁵ Japan,³ Norway,³ United Kingdom,⁶ and United States.³

A(H3N2), les autres comme étant de type B. Jusqu'à présent, cette saison, seuls quelques virus grippaux de type A(H1N1) ont été signalés.

Madagascar (26 juillet 2003).² L'activité grippale est locale depuis la semaine 25. Le taux de consultation pour syndromes grippaux au cours de la semaine 30 a été de 12% dans un centre de santé d'Antananarivo. Jusqu'à présent, cette année, le virus A(H3N2) semble être la souche en circulation qui prédomine.

Malaysia (9 août 2003). L'activité grippale est restée sporadique jusqu'à la semaine 14, lorsque quelques virus A(H1N1) et B ont été dépistés. Aucune activité grippale n'a été signalée depuis la semaine 15.

Mexico (19 juillet 2003).³ On signale une faible activité grippale depuis la semaine 22, avec 2 virus grippaux de type A dépistés au cours de la semaine 22 et 1 de type B dépisté au cours de la semaine 25.

Nouvelle-Calédonie (19 juillet 2003).² Le second virus grippal de l'année, de type A, a été isolé au cours de la semaine 27. Trois autres virus grippaux A ont été dépistés pendant la semaine 29, marquant le début de la saison de grippe locale pour cette année.

Nouvelle-Zélande (28 juin 2003). Cette année, la saison de grippe a commencé pendant la semaine 18, avec le dépistage du premier virus grippal. Par la suite, l'activité grippale a continué à augmenter. Une activité générale est signalée depuis cinq semaines. Aucun virus grippal B n'a été isolé jusqu'à ce jour.

Pérou (31 mai 2003).⁴ L'activité grippale a culminé pendant la semaine 11, avec 46 virus grippaux A et 28 virus B dépistés. On signale une activité grippale depuis la semaine 12. Une circulation parallèle des souches grippales A et B est également signalée cette année.

Afrique du Sud (2 août 2003).² L'activité grippale a culminé pendant les semaines 24 et 25 pour faiblir ensuite et rester sporadique. Les virus grippaux A ont été isolés tout au long de la saison, alors que le premier virus B de l'année n'a été isolé que pendant la semaine 28.

Autres rapports. Au cours des quatre dernières semaines, on a signalé une faible activité grippale au Canada,⁵ au Japon,³ en Norvège,³ au Royaume-Uni,⁶ et aux Etats-Unis.³

² See No. 28, 2003, p. 251.

³ See No. 24, 2003, p. 208.

⁴ See No. 4, 2003, p. 24.

⁵ See No. 24, 2003, p. 207.

⁶ See No. 21, 2003, p. 188.

² Voir N° 28, 2003, p. 251.

³ Voir N° 24, 2003, p. 208.

⁴ Voir N° 4, 2003, p. 24.

⁵ Voir N° 24, 2003, p. 207.

⁶ Voir N° 21, 2003, p. 188.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 15 to 21 August 2003 / Notifications de maladies reçues du 15 au 21 août 2003

Cholera / Choléra

Africa / Afrique	Cases / Deaths Cas / Décès
Uganda / Ouganda	19.V-29.VII
.....	494 18

Asia / Asie

India / Inde	26.V-26.VI
.....	76 0

Yellow fever / Fièvre jaune

Africa / Afrique	Cases / Deaths Cas / Décès
Sierra Leone	15.VIII
.....	1

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 / wer@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 / wer@who.int