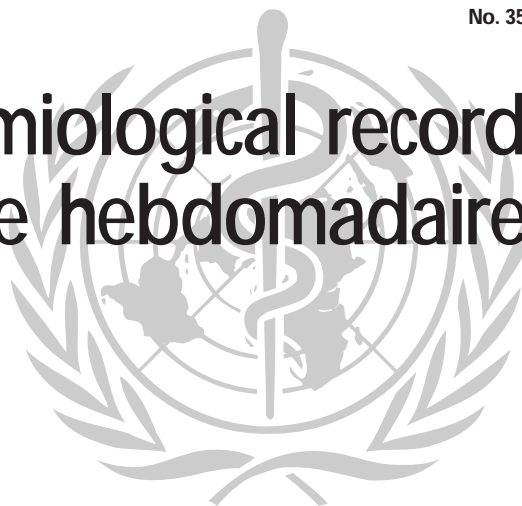


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

29 AUGUST 2003, 78th YEAR / 29 AOÛT 2003, 78^e ANNÉE

No. 35, 2003, 78, 305–312

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

Contents

- 305 Outbreak news
– Cholera, Liberia – update
- 305 Progress towards poliomyelitis eradication in Angola and the Democratic Republic of the Congo, January 2002 – June 2003
- 310 Influenza
- 311 Summary table of SARS cases by country, 1 November 2002–7 August 2003
- 312 WHO web sites on infectious diseases
- 312 International Health Regulations
- ### Sommaire
- 305 Le point sur les épidémies
– Choléra, Liberia – mise à jour
- 305 Progrès vers l'éradication de la poliomyélite en Angola et en République démocratique du Congo, janvier 2002-juin 2003
- 310 Grippe
- 311 Tableau récapitulatif du nombre de cas de SRAS par pays, 1^{er} novembre 2002-7 août 2003
- 312 Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses
- 312 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 – update¹

From the beginning of 2003 to 19 August, WHO reported a total of 3889 cholera cases. Since the beginning of June, 2464 cholera cases have been registered. These figures do not include mild cases for which data are not currently available, and underestimates the number of cases for the months of June, July and August. To date, the number of deaths is unobtainable.

This epidemiological information is based on data provided by *Médecins Sans Frontières* Belgium and France, as well as MERLIN who have been working in Monrovia during the outbreak.

As indicated previously, it is likely that an increase in cases will occur in the coming weeks because of population movements, overcrowded living conditions in central Monrovia and the lack of safe water.

¹ See No. 34, 2003, pp. 297–298.

Progress towards poliomyelitis eradication in Angola and the Democratic Republic of the Congo, January 2002 – June 2003

Since the World Health Assembly resolved in 1988 to eradicate poliomyelitis worldwide, the estimated global incidence of polio has decreased by 99%.¹ Implementation of polio eradication activities began in Angola and the Democratic Republic of the Congo (DRC) in 1996. These two countries are characterized by their large geographical size, recent civil conflict, dense urban populations, and a history of polio outbreaks.^{2, 3, 4} This report summarizes progress made towards polio

¹ See No. 23, 2003, pp. 197–200.

² See No. 39, 2001, pp. 302–307.

³ See No. 13, 2000, pp. 101–108.

⁴ See No. 35, 2002, pp. 290–294.country.

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Choléra, Liberia – mise à jour¹

De début 2003 au 19 août, l'OMS a signalé un nombre total de cas de choléra de 3889. Depuis début juin, 2464 cas de choléra ont été enregistrés. Ces chiffres ne comprennent pas les cas modérés, pour lesquels il n'existe actuellement aucune information, et ils sous-estiment le nombre de cas pour les mois de juin, juillet et août. A ce jour, il est impossible d'obtenir le nombre de décès.

L'information épidémiologique se base sur des informations fournies par Médecins Sans Frontières Belgique et France ainsi que par MERLIN, qui a travaillé à Monrovia pendant la flambée.

Comme indiqué précédemment, il est probable qu'il y ait une augmentation des cas dans les semaines à venir, et ce en raison des mouvements de population, des conditions de vie surpeuplées dans le centre de Monrovia et du manque d'eau potable.

¹ Voir N° 34, 2003, pp. 297-298.

Progrès vers l'éradication de la poliomyélite en Angola et en République démocratique du Congo, janvier 2002-juin 2003

Depuis 1988, date à laquelle l'Assemblée mondiale de la Santé a décidé d'éradiquer la poliomyélite dans le monde, l'incidence mondiale estimative de la poliomyélite a diminué de 99%.¹ Les activités d'éradication de la poliomyélite ont commencé à être mises en œuvre en Angola et en République démocratique du Congo (RDC) en 1996. Ces deux pays se caractérisent par leur étendue géographique, des conflits civils récents, des populations urbaines denses et des antécédents d'épidémies de poliomyélite.^{2, 3, 4} Le présent rapport réca-

¹ Voir N° 23, 2003, pp. 197-200.

² Voir N° 39, 2001, pp. 302-307.

³ Voir N° 13, 2000, pp. 101-108.

⁴ Voir N° 35, 2002, pp. 290-294.

eradication during the period January 2002 to June 2003 and highlights the challenges remaining in Angola and DRC.

Routine vaccination

In Angola, the reported national routine immunization coverage of infants aged <12 months with three doses of oral poliovirus vaccine (OPV3) for the years 2000 to 2002 was respectively 33%, 44%, and 42% (Ministry of Health, unpublished data, 2003). In DRC, the corresponding figures were 42%, 33%, and 45% (Ministry of Health, unpublished data, 2003).

Supplementary immunization activities

Supplementary immunization activities (SIAs) targeting children aged <5 years for OPV have been conducted annually in Angola and DRC since 1996. Between January 2002 and May 2003, Angola implemented three rounds of National Immunization Days (NIDs)⁵ and one of sub-national immunization days (SNIDs)⁶ using the house-to-house strategy. The May 2002 SNID targeted 40 municipalities with high-risk areas, including 28 camps for internally displaced persons (IDPs) and five quartering areas for former combatants and their families; approximately 2.8 million children <5 years were reached.³ NIDS were conducted in June, July and August 2002 – synchronized with those in Congo, DRC, Gabon, Namibia, Sao Tome and Principe, and Zambia – and reached approximately 4.5 million Angolan children aged <5 years. In 2003, Angola conducted two rounds of NIDs in July and August.

In June, July, and August 2002, DRC implemented three rounds of NIDs, reaching approximately 12.5 million children aged <5 years during each round. Two rounds of SNIDs targeting high-risk areas were conducted in DRC in July and August 2003. High-risk areas were identified from surveillance indicators, such as clustering of polio-compatible cases, low vaccination coverage during the 2002 NIDs, and wild poliovirus detection in 2000.

Acute flaccid paralysis surveillance

The quality of acute flaccid paralysis (AFP) surveillance is evaluated by two key indicators established by WHO – annual reporting rate (target: non-poliomyelitis AFP rate of \$1 case per 100 000 children aged <15 years) and completeness of specimen collection (target: two adequate stool specimens from \$80% of persons with AFP).

In 2002, the non-polio AFP rate in Angola was 3.0 (*Table 1*). All 18 provinces achieved non-polio AFP rates >1.0. Although the geographical distribution of AFP cases detected in 2002 was proportional to population density in western Angola, there were gaps in case detection in the central and eastern provinces. AFP cases were reported primarily from municipal centres, while several sub-provincial areas reported no cases, particularly those bordering DRC and Zambia, because of access and security issues (*Map 1*). The proportion of cases from which two

pitule les progrès accomplis vers l'éradication de la poliomyélite pendant la période comprise entre janvier 2002 et juin 2003 et met en lumière les problèmes qu'il reste à résoudre en Angola et en RDC.

Vaccination systématique

En Angola, la couverture nationale notifiée par la vaccination systématique des nourrissons de moins de 12 mois par trois doses de vaccin antipoliomyélitique buccal (VPO3) pour les années 2000 à 2002 était respectivement de 33%, 44% et 42% (Ministère de la Santé, données non publiées, 2003). En RDC, les chiffres correspondants étaient de 42%, 33% et 45% (Ministère de la Santé, données non publiées, 2003).

Activités de vaccination supplémentaire

Des activités de vaccination supplémentaire par le VPO visant les enfants de moins de 5 ans ont été conduites en Angola et en RDC chaque année depuis 1996. Entre janvier 2002 et mai 2003, l'Angola a organisé trois séries de journées nationales de vaccination (JNV)⁵ et une journée locale de vaccination (JLV)⁶ en utilisant la méthode de la vaccination porte-à-porte. La JLV de mai 2002 visait 40 municipalités de zones à haut risque, dont 28 camps de personnes déplacées à l'intérieur du pays et cinq zones de cantonnement d'anciens combattants et de leurs familles; environ 2,8 millions d'enfants de moins de 5 ans ont ainsi été atteints.³ Des JNV ont été organisées en juin, juillet et août 2002 – synchronisées avec les journées organisées au Congo, en RDC, au Gabon, en Namibie, à Sao-Tomé et Principe et en Zambie – permettant d'atteindre environ 4,5 millions d'enfants angolais âgés de moins de 5 ans. En 2003, l'Angola a organisé deux séries de JNV en juillet et en août.

En juin, juillet et août 2002, la RDC a organisé trois séries de JNV, atteignant environ 12,5 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans au cours de chacune. Deux séries de JLV visant les zones à haut risque y ont été conduites en juillet et août 2003. Les zones à haut risque ont été déterminées à partir d'indicateurs de surveillance, comme la concentration de cas polio-compatibles, une faible couverture vaccinale pendant les JNV de 2002 et la détection du poliovirus sauvage en 2000.

Surveillance de la paralysie flasque aiguë

La qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) est évaluée au moyen de deux indicateurs principaux établis par l'OMS, à savoir le taux de dépistage annuel (cible: taux de PFA non poliomyélitique \$1 cas pour 100 000 enfants de <15 ans) et la collecte adéquate d'échantillons coprologiques (cible: deux échantillons coprologiques adéquats pour au moins 80% des cas de PFA).

En 2002, le taux de PFA non poliomyélitique en Angola était de 3,0 (*Tableau 1*). Les 18 provinces atteignaient des taux de PFA non poliomyélitique >1,0. Même si la répartition géographique des cas de PFA dépistés en 2002 était proportionnelle à la densité de la population dans l'ouest de l'Angola, des lacunes subsistaient dans le dépistage des cas dans les provinces du centre et de l'est. Des cas de PFA étaient signalés principalement dans les centres municipaux, alors que plusieurs zones à l'intérieur des provinces ne signalaient aucun cas, en particulier des régions jouxtant la RDC et la Zambie, en raison de problèmes d'accès et de sécurité (*Carte 1*). La proportion des cas pour

⁵ Mass campaigns over a short period (days) in which 2 doses of OPV are administered to all children in the target group (usually those aged <5 years) regardless of previous immunization history.

⁶ Campaigns similar to NIDs but confined to part of the country.

⁵ Campagnes de masse conduites sur une brève période (quelques jours) au cours de laquelle 2 doses de VPO sont administrées à tous les enfants du groupe cible (généralement âgés de <5 ans) quels que soient leurs antécédents vaccinaux.

⁶ Campagnes analogues au JNV mais limitées à une partie du pays.

adequate stool specimens were collected was 85% in 2002. During January–June 2003, the annualized non-polio AFP rate was 1.4, with 13 (72%) of 18 provinces reporting at least one AFP case; adequate stool specimens were collected from 84% of AFP cases. The non-polio enterovirus (NPEV) isolation rate, a combined indicator for quality of specimen transport and sensitivity of laboratory processing was 19.3% in 2002 and 33% for January–June 2003 (target: $\geq 10\%$). AFP cases in which paralytic poliomyelitis cannot be reliably ruled out are classified as polio-compatible. In 2002, the Angola national poliomyelitis expert committee classified 13 (7%) of the 186 AFP cases as polio-compatible. As at 30 June, none of the AFP cases reported in 2003 had been classified as polio-compatible.

lesquels deux échantillons coprologiques adéquats avaient été recueillis était de 85% en 2002. Pendant la période janvier-juin 2003, le taux annualisé de PFA non poliomyéлитique s'élevait à 1,4, 13 (72%) des 18 provinces signalant au moins un cas de PFA; des échantillons coprologiques adéquats avaient été recueillis pour 84% des cas de PFA. Le taux d'isolement d'entérovirus non poliomyéлитiques (EVNP), indicateur combiné de la qualité du transport des échantillons et de la sensibilité des analyses en laboratoire était de 19,3% en 2002 et 33% en janvier-juin 2003 (cible $\geq 10\%$). Les cas de PFA pour lesquels la poliomyéлитe paralytique ne peut être formellement exclue sont classés comme polio-compatibles. En 2002, le comité d'experts national angolais de la poliomyéлитe a classé 13 (7%) des 186 cas de PFA comme polio-compatibles. Au 30 juin, aucun des cas de PFA signalés en 2003 n'avait été classé comme polio-compatible.

Table 1. Number of reported cases of acute flaccid paralysis (AFP) and key surveillance indicators, by year – Angola and Democratic Republic of the Congo (DRC), January 2002–June 2003^a

Tableau 1. Nombre de cas de paralysie flasque aiguë (PFA) notifiés et principaux indicateurs de surveillance, par an – Angola et République démocratique du Congo (RDC), janvier 2002-juin 2003^a

Country Pays	2002				January-June 2003 – Janvier-juin 2003			
	Number of AFP cases Nombre de cas de PFA	Non-polio AFP rate ^b Taux de PFA non poliomyéлитique ^b	Persons with AFP with adequate specimens (%) ^c Personnes atteintes de PFA pour lesquelles des échantillons adéquats ont été recueillis (%) ^c	Polio- compatible cases ^d Cas polio- compatibles ^d	Number of AFP cases Nombre de cas de PFA	Non-polio AFP rate Taux de PFA non poliomyéлитique	Persons with AFP with adequate specimens (%) Personnes atteintes de PFA pour lesquelles des échantillons adéquats ont été recueillis	Polio- compatible cases Cas polio- compatibles
Angola	186	3.0	85	13	43	1.4	84	0
DRC								
RDC	1239	5.0	84	59	414	3.3	92	1

^a As at 29 July 2003. – Au 29 juillet 2003.

^b Per 100 000 children aged <15 years. – Pour 100 enfants âgés de <15 ans.

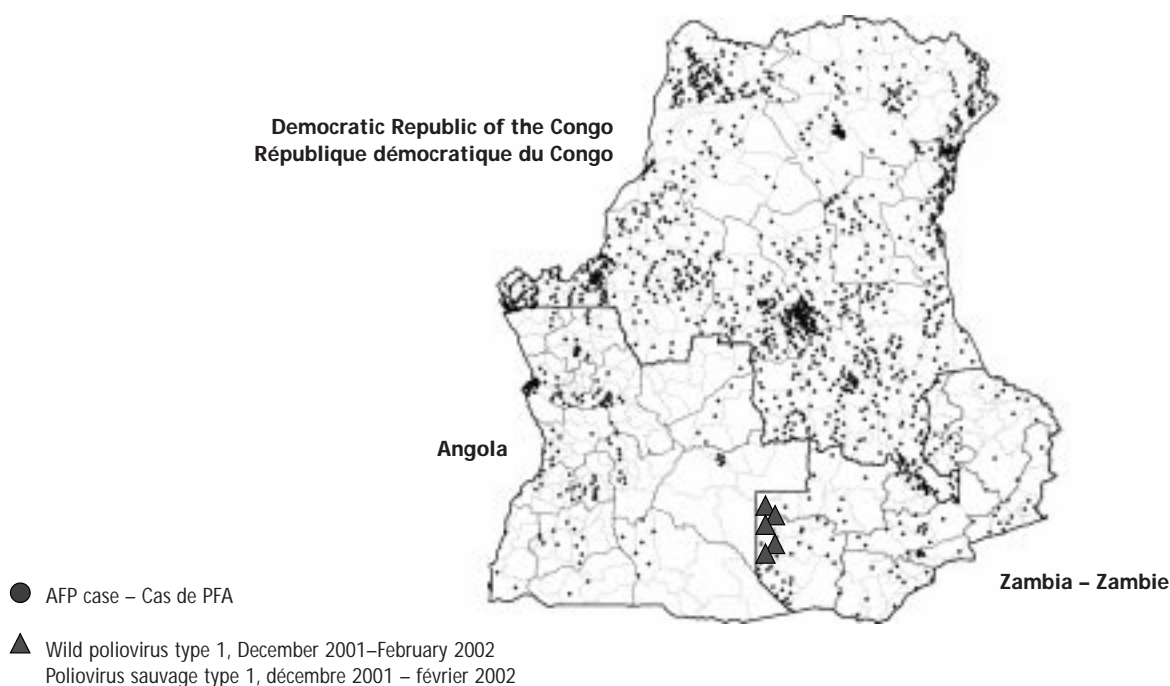
^c Two stool specimens collected at an interval of at least 24 hours within 14 days of onset of paralysis and adequately shipped to the laboratory. – Deux échantillons de selles prélevés à au moins 24 heures d'intervalle, dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie et reçus dans de bonnes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

^d AFP cases with inadequate stools, in which paralytic polio cannot be reliably ruled out. – Cas de PFA pour lesquels les échantillons de selles n'étaient pas adéquats, et dans lesquels la poliomyéлитe paralytique ne peut être formellement exclue.

The non-polio AFP rate in DRC in 2002 was 5.0, with all 11 provinces achieving non-polio AFP rates >1.0 . As at 29 July 2003, the annualized non-polio AFP rate was 3.3, with all 11 provinces reporting at least one AFP case. The proportion of AFP cases from which two adequate specimens were collected was 84% in 2002 and 92% during January–June 2003. The NPEV isolation rate for DRC was 17.5% in 2002 and 12.0% from January to June 2003. In 2002, the DRC national poliomyelitis expert committee classified 59 (5%) of 1239 AFP cases as polio-compatible. Orientale province, which represents approximately 15% of the population and is a site of ongoing conflict, accounted for 24 (41%) of 59 polio-compatible cases. Specimens from 4 (17%) of these 24 cases arrived at the laboratory in poor condition and for another case there was only one specimen. In the remaining 19 polio-compatible cases, the average time from onset of paralysis to collection of two specimens was 24 days (range 15–37 days). In 14 (74%) of these 19 cases, the period between onset of paralysis and notification was ≤ 14 days. As at 29 July 2003, one AFP case has been classified as polio compatible for the period January–June 2003.

Le taux de PFA non poliomyéлитique en RDC était en 2002 de 5,0, les 11 provinces ayant atteint des taux de PFA non poliomyéлитique >1 . Au 29 juillet 2003, le taux annualisé de PFA non poliomyéлитique était de 3,3, les 11 provinces signalant au moins 1 cas de PFA. La proportion de cas de PFA pour lesquels deux échantillons adéquats avaient été recueillis était de 84% en 2002 et 92% en janvier-juin 2003. Le taux d'isolement d'EVNP pour la RDC était de 17,5% en 2002 et de 12,0% de janvier à juin 2003. En 2002, le comité national d'experts de la poliomyéлитe de RDC a classé 59 (5%) des 1239 cas de PFA comme polio-compatibles. La province orientale, qui compte environ 15% de la population et siège d'un conflit en cours, représentait 24 (41%) des 59 cas polio-compatibles. Des échantillons en provenance de 4 (17%) de ces 24 cas sont arrivés au laboratoire en mauvais état et pour un autre cas, il n'y avait qu'un seul échantillon. Pour le reste des 19 cas polio-compatibles, le temps moyen écoulé entre l'apparition de la paralysie et la collecte des deux échantillons était de 24 jours (fourchette 15-37 jours). Dans 14 (74%) de ces 19 cas, la période écoulée entre l'apparition de la paralysie et la notification était ≤ 14 jours. Au 29 juillet 2003, un cas de PFA avait été classé comme polio-compatible pour la période janvier-juin 2003.

Map 1. **Distribution of acute flaccid paralysis (AFP) cases – Angola, the Democratic Republic of the Congo, and Zambia, 2002**
 Carte 1. **Répartition des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) – Angola, République démocratique du Congo et Zambie, 2002**



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.

Incidence of poliomyelitis

Between December 2001 and February 2002, 5 polio cases from which type 1 wild poliovirus (P1) was isolated were detected among Angolan refugees in western Zambia. Genetic sequencing confirmed that these isolates were related to wild poliovirus strains last isolated in Angola and DRC.⁴ The last laboratory-confirmed wild poliovirus in Angola was a P1 isolated from an AFP case in Lunda Sul province in September 2001. In 2000, an outbreak of P1 in the Cape Verde islands was shown by genetic sequence analysis to have been imported from Angola.⁷ During 1999, a polio outbreak caused primarily by wild poliovirus type 3 affected more than 1100 Angolan children.⁴

In 2000, 28 cases of laboratory-confirmed wild poliovirus were identified in DRC. The last laboratory-confirmed wild poliovirus was a wild poliovirus type 1 isolated in December 2000 from a case in Kasai Oriental province.

Editorial note

Progress towards polio eradication has continued in both Angola and DRC despite recent armed conflict. Both countries met or exceeded WHO-recommended standards of surveillance quality between January 2002 and June 2003 at national and provincial levels. The absence of laboratory-confirmed wild polio virus for the past 21 months in Angola and 30 months in DRC under conditions of adequate surveillance suggests that both countries have made substantial progress towards the interruption of wild poliovirus transmission.

⁷ See No. 49, 2000, p. 401.

Incidence de la poliomyélite

Entre décembre 2001 et février 2002, 5 cas de poliomyélite dans lesquels le poliovirus sauvage type 1 (P1) a été isolé ont été dépistés parmi des réfugiés angolais dans l'ouest de la Zambie. Le séquençage génétique a confirmé que ces isolats étaient liés à des souches de poliovirus sauvage isolées pour la dernière fois en Angola et en RDC.⁴ La dernière fois que le poliovirus sauvage a été confirmé au laboratoire en Angola, il s'agissait de P1 isolé dans un cas de PFA dans la province de Lunda Sul en septembre 2001. En 2000, il est apparu d'après le séquençage génétique qu'une flambée de P1 dans les îles du Cap-Vert était due à l'importation du virus d'Angola.⁷ En 1999, une flambée de poliomyélite provoquée principalement par le poliovirus sauvage type 3 a touché plus de 1000 enfants angolais.⁴

En 2000, 28 cas de poliovirus sauvage confirmés en laboratoire ont été identifiés en RDC. La dernière fois que la présence de poliovirus sauvage a été confirmée en laboratoire, il s'agissait de poliovirus sauvage type 1, isolé en décembre 2000 dans la province du Kasai oriental.

Note de la rédaction

Les progrès vers l'éradication de la poliomyélite se sont poursuivis en Angola et en RDC malgré les conflits armés récents. Les deux pays ont atteint ou dépassé les normes recommandées par l'OMS pour la qualité de la surveillance entre janvier 2002 et juin 2003 tant au niveau national qu'au niveau des provinces. L'absence de poliovirus sauvage confirmé au laboratoire pour les 21 derniers mois en Angola et les 30 derniers mois en RDC dans des conditions de surveillance adéquates laisse supposer que les deux pays ont accompli des progrès importants vers l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage.

⁷ Voir N° 49, 2000, p. 401.

Although a ceasefire agreement ending 27 years of civil war in Angola was signed in April 2002, a legacy remains of devastated infrastructure, landmines, and displaced populations, particularly in the central and eastern provinces. Access to areas never before covered by SIAs or AFP surveillance has been improved, but operations are still difficult to implement, and access in the south-east remains problematic. Despite the achievement of a non-polio AFP rate >1.0 in all 18 provinces in 2002, the lack of reporting of cases from some areas in the eastern part of the country makes it difficult to rule out low-grade virus transmission. There is a critical need to deliver services to previously inaccessible areas because of the return of IDPs. More than 400 000 Angolan refugees are currently living in DRC and Zambia (United Nations High Commissioner for Refugees, unpublished data, 2003). The detection of wild poliovirus from five unvaccinated children of Angolan refugees in western Zambia highlights the potential for circulation of poliovirus in these poorly vaccinated high-risk groups. Vaccination and surveillance activities should be supported and extended, particularly where refugees or IDPs are likely to settle or congregate.

More than four years of civil war in DRC ended with the signing of a peace accord in April 2003, but ethnic conflict continues in the north-east of the country, particularly in the Ituri region of Orientale province and in North Kivu province. These provinces were home for approximately 1.6 million IDPs in January 2003 (United Nations Office for Coordination of Humanitarian Affairs, unpublished data, 2003). The substantial percentage of polio-compatible cases detected in Orientale province in 2002 was the result primarily of delayed notification and poor specimen collection; that may be attributable to the war, but there is uncertainty about possible low-grade transmission. With the cessation of hostilities nationwide, the potential exists for improvement of surveillance quality in areas such as Orientale. The aftermath of civil war in DRC poses a challenge to sustaining the gains made in polio eradication. Low routine immunization coverage and the decision to implement only SNIDs may compromise the achievement of the levels of population immunity required to ensure protection against re-emergence of endemic poliovirus transmission.

Maintaining the highest quality surveillance uniformly within provinces and improving routine immunization coverage are key priorities, particularly now that the number and geographical scope of SIAs are being scaled down. Angola and its development partners have embarked on a phase of national reconstruction, and DRC has installed a representative interim government. To maintain political commitment to the eradication goal, every effort should be made to ensure that new emerging national priorities include polio eradication. Sustained commitment from the national governments as well as from donors⁸ is critical to the success of polio eradication in Angola and DRC. ■

⁸ Lollo eradication efforts in Angola and DRC are supported by the governments of Angola, Belgium, DRC, Italy, Japan, the Netherlands, and the United Kingdom; the Bill and Melinda Gates Foundation; the United Nations Foundation; Aventis Pasteur; De Beers; the United Nations Children's Fund (UNICEF); Rotary International; the United States Agency for International Development; the Canadian International Development Agency; WHO; and the Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta.

Bien qu'un accord de cessez-le-feu mettant fin à 27 années de guerre civile en Angola ait été signé en avril 2002, le conflit laisse derrière lui une infrastructure dévastée, des mines terrestres et des populations déplacées, en particulier dans les provinces du centre et de l'est. L'accès aux zones qui n'avaient jamais encore fait l'objet d'activités de vaccination supplémentaire ou d'une surveillance de la PFA a été amélioré mais les opérations sont encore difficiles et l'accès au sud-est demeure problématique. Si un taux de PFA non poliomyélique >1 a été atteint dans les 18 provinces en 2002, l'absence de notification des cas dans certaines régions de l'est du pays fait qu'il est difficile d'écartier totalement une faible transmission du virus. Il faut absolument pouvoir fournir des services dans des zones précédemment inaccessibles en raison du retour des personnes déplacées. Plus de 400 000 réfugiés angolais vivent actuellement en RDC et en Zambie (Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, données non publiées, 2003). La détection du poliovirus sauvage chez cinq enfants non vaccinés de réfugiés angolais dans l'ouest de la Zambie met en lumière le potentiel de circulation du virus dans ces groupes à haut risque mal vaccinés. Les activités de vaccination et de surveillance devraient être soutenues et développées, en particulier là où des réfugiés ou des personnes déplacées à l'intérieur du territoire sont susceptibles de s'installer ou de se rassembler.

La signature d'un accord de paix en avril 2003 a mis fin à plus de quatre ans de guerre civile en RDC mais les conflits ethniques se poursuivent dans le nord-est du pays, en particulier dans la région d'Ituri dans la province orientale et dans la province de Kivu Nord. Ces provinces regroupaient environ 1,6 million de personnes déplacées en janvier 2003 (Office de Coordination des Affaires humanitaires, ONU, données non publiées, 2003). Le pourcentage important de cas polio-compatibles décelés dans la province orientale en 2002 est principalement le résultat d'une notification retardée et d'une collecte difficile des échantillons; cela peut être imputé à la guerre, mais un doute subsiste au sujet d'une transmission éventuelle à un niveau faible. Avec la cessation des hostilités au niveau national, il existe une possibilité d'amélioration de la qualité de la surveillance dans des zones comme la province orientale. Les suites de la guerre civile en RDC rendent problématique le maintien des progrès enregistrés en matière d'éradication de la poliomyélite. La faible couverture par la vaccination systématique et la décision de n'organiser que des JLV risquent de compromettre la réalisation des niveaux d'immunité de la population requis pour assurer la protection contre la réapparition d'une transmission endémique du poliovirus.

Le maintien de la plus haute qualité de la surveillance uniformément dans les provinces et l'amélioration de la couverture par la vaccination systématique sont des priorités absolues, en particulier maintenant que le nombre et l'étendue géographique des activités de vaccination supplémentaire vont être progressivement réduits. L'Angola et ses partenaires dans le développement ont entamé une phase de reconstruction nationale et la RDC a installé un gouvernement intérimaire représentatif. Pour maintenir l'engagement politique en faveur de l'éradication, tous les efforts doivent être faits pour que l'éradication de la poliomyélite figure parmi les nouvelles priorités émergeant au niveau national. Un engagement soutenu de la part des gouvernements nationaux mais aussi des donateurs⁸ est essentiel à la réussite de l'éradication de la poliomyélite en Angola et en République démocratique du Congo. ■

⁸ Les efforts d'éradication de la poliomyélite en Angola et en RDC sont soutenus par les gouvernements de l'Angola, de la Belgique, de l'Italie, du Japon, de la RDC, des Pays-Bas et du Royaume-Uni; la Fondation Bill et Melinda Gates; la Fondation des Nations Unies; Aventis Pasteur; De Beers; le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF); Rotary International; l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique; l'Agence canadienne de Développement international; l'OMS et les Centers for Disease Control and Prevention d'Atlanta.

Influenza

Argentina (9 August 2003).¹ Influenza activity remained sporadic in week 32 with 1 influenza A virus detected.

Brazil (26 July 2003).¹ Sporadic influenza activity was reported in weeks 28, 29 and 30 with 7 influenza A viruses detected.

Chile (16 August 2003).¹ Influenza activity increased in week 33, when widespread influenza activity was reported, with 16 influenza A viruses detected.

Hong Kong Special Administrative Region of China (16 August 2003).¹ Mild activity of influenza was reported during week 33. Influenza A(H3N2) viruses continued to be isolated.

New Zealand (26 July 2003).² Influenza activity remained widespread from weeks 27 to 30. All influenza viruses subtyped were A(H3N2).

Uruguay (19 July 2003).³ Influenza viruses have been detected in sporadic cases since week 24. Of the influenza viruses isolated in June, 70% were subtyped as A(H3) and 30% as A(H1). To date this season, no influenza B virus has been detected. ■

¹ See No. 34, 2003, p. 303.

² See No. 34, 2003, p. 304.

³ See No. 28, 2003, p. 251.

Grippe

Argentine (9 août 2003).¹ L'activité grippale est restée sporadique au cours de la semaine 32, avec le dépistage d'un seul virus grippal de type A.

Brésil (26 juillet 2003).¹ L'activité grippale a été signalée comme étant sporadique au cours des semaines 28, 29 et 30, avec 7 virus grippaux de type A dépistés.

Chili (16 août 2003).¹ L'activité grippale a augmenté pendant la semaine 33, lorsqu'on a signalé une flambée générale, avec 16 virus grippaux de type A détectés.

Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine (16 août 2003).¹ Une activité grippale modérée a été signalée au cours de la semaine 33. On a continué à isoler des virus grippaux A(H3N2).

Nouvelle-Zélande (26 juillet 2003).² L'activité grippale est restée générale des semaines 27 à 30. Tous les virus grippaux ayant été sous-typés étaient de type A(H3N2).

Uruguay (19 juillet 2003).³ Des virus grippaux ont été dépistés chez des cas sporadiques depuis la semaine 24. Sur tous les virus grippaux isolés en juin, 70% étaient de sous-type A(H3) et 30% de sous-types A(H1). Jusqu'à présent cette saison, aucun virus grippal B n'a été dépisté. ■

¹ Voir N° 34, 2003, p. 303.

² Voir N° 34, 2003, p. 304.

³ Voir N° 28, 2003, p. 251.

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/>

Articles appearing in the *Weekly epidemiological record* may be reproduced without prior authorization, provided due credit is given to the source.

Les articles paraissant dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* peuvent être reproduits sans autorisation préalable, sous réserve d'indication de la source.

Summary table of SARS cases by country, 1 November 2002–7 August 2003

This table summarizes the cumulative number of reported probable cases of SARS for the period 16 November 2002 to 7 August 2003. Review of cases is still ongoing in some countries/areas. WHO continues to consolidate and update global surveillance data for the outbreak period and will publish these findings on the following site: <http://www.who.int/csr/sars/en/>. Situation updates will be issued should any change in the present SARS situation occur. ■

Tableau récapitulatif du nombre de cas de SRAS par pays, 1^{er} novembre 2002 - 7 août 2003

Ce tableau récapitule le nombre cumulatif de cas probables de SRAS sur une période allant du 16 novembre 2002 au 7 août 2003. La comptabilisation des cas se fait encore dans certains pays ou zones. L'OMS continue de consolider et de mettre à jour ses informations concernant la surveillance mondiale au cours de la flambée et elle publiera ces conclusions sur le site suivant: <http://www.who.int/csr/sars/en/>. Des mises à jours seront faites si la situation actuelle du SRAS venait à changer. ■

Summary table of SARS cases by country, 1 November 2002–7 August 2003
Tableau récapitulatif du nombre de cas de SRAS par pays, 1^{er} novembre 2002 – 7 août 2003

Areas Zones	Cumulative number of cases Nombre cumulatif de cas				Status Classification				Number of imported cases (%) Nombre de cas importés (%)	Number of HCW* affected (%) Nombre d'agents de santé infectés (%)	Date onset first probable case Date d'apparition du premier cas probable	Date onset last probable case Date d'apparition du dernier cas probable
	Female Féminin	Male Masculin	Total	Median age (range) Age moyen (variations)	Number of cases currently hospitalized Nombre de cas actuellement hospitalisés	Number of cases recovered Nombre de cas rétablis	Number of deaths Nombre de décès	CFR (%) ^a Taux de létalité (%)				
Australia – Australie	4	2	6	15 (1–45)	0	6	0	0	6 (100)	0 (0)	24 Mar 03	1 Apr 03
Brazil – Brésil	1		1	4	0	1	0	0	1 (100)	0 (0)	3 Apr 03	3 Apr 03
Canada	151	100	251	49 (1–98)	10	200	41	17	5 (2)	108 (43)	23 Feb 03	12 Jun 03
China – Chine	Pending En attente	Pending En attente	5327	Pending En attente	29	4949	349	7	NA/ND**	1002 (19)	16 Nov 02	25 Jun 03
China, Hong Kong SAR – Chine, Hong Kong RAS –	977	778	1755	40 (0–100)	7	1448	300	17	NA/ND**	386 (22)	15 Feb 03	31 May 03
China, Macao SAR Chine, Macao,RAS	0	1	1	28	0	1	0	0	1 (100)	0 (0)	5 May 03	5 May 03
China, Taiwan – Chine, Taiwan	349 ^c	319	655	46 (2–79)	10	475	180	27	50 (8)	86 (13)	25 Feb 03	15 Jun 03
Colombia – Colombie	1	0	1	28	0	1	0	0	1 (100)	0 (0)	2 Apr 03	2 Apr 03
Finland – Finlande	0	1	1	24	0	1	0	0	1 (100)	0 (0)	30 Apr 03	30 Apr 03
France	1	6	7	49 (26–61)	0	6	1	14	7 (100)	2 (29) ^b	21 Mar 03	3 May 03
Germany – Allemagne	4	5	9	44 (4–73)	0	9	0	0	9 (100)	1 (11)	9 Mar 03	6 May 03
India – Inde	0	3	3	25 (25–30)	0	3	0	0	3 (100)	0 (0)	25 Apr 03	6 May 03
Indonesia – Indonésie	0	2	2	56 (47–65)	0	2	0	0	2 (100)	0 (0)	6 Apr 03	17 Apr 03
Ireland – Irlande	0	1	1	56	0	1	0	0	1 (100)	0 (0)	27 Feb 03	27 Feb 03
Italy – Italie	1	3	4	30.5 (25–54)	0	4	0	0	4 (100)	0 (0)	12 Mar 03	20 Apr 03
Kuwait – Koweït	1	0	1	50	0	1	0	0	1 (100)	0 (0)	9 Apr 03	9 Apr 03
Malaysia – Malaisie	1	4	5	30 (26–84)	0	3	2	40	5 (100)	0 (0)	14 Mar 03	22 Apr 03
Mongolia – Mongolie	8	1	9	32 (17–63)	0	9	0	0	8 (89)	1 (11)	31 Mar 03	6 May 03
New Zealand – Nouvelle-Zélande	1	0	1	67	0	1	0	0	1 (100)		20 Apr 03	20 Apr 03
Philippines	8	6	14	41 (29–73)	0	12	2	14	7 (50)	4 (29)	25 Feb 03	5 May 03
Republic of Korea – République de Corée	0	3	3	40 (20–80)	0	3	0	0	3 (100)	0 (0)	25 Apr 03	10 May 03
Romania-Roumanie	0	1	1	52	0	1	0	0	1 (100)	0 (0)	19 Mar 03	19 Mars 03
Russian Federation – Fédération de Russie	0	1	1	25	1	0	0		NA/ND**	0 (0)	5 May 03	5 May 03
Singapore – Singapour	161	77	238	35 (1–90)	0	205	33	14	8(3)	97 (41)	25 Feb 03	5 May 03
South Africa – Afrique du Sud	0	1	1	62	0	0	1	100	1 (100)	0 (0)	3 Apr 03	3 Apr 03
Spain – Espagne	0	1	1	33	0	1	0	0	1 (100)	0 (0)	26 Mar 03	26 Mar 03
Sweden – Suède	1	2	3	33	0	3	0	0	3 (100)	0 (0)		
Switzerland–Suisse	0	1	1	35	0	1	0	0	1 (100)	0 (0)	9 Mar 03	9 Mar 03
Thailand – Thaïlande	5	4	9	42 (2–79)	0	7	2	22	9 (100)	1 (11) ^b	11 Mar 03	27 May 03
United Kingdom – Royaume-Uni	2	2	4	59 (28–74)	0	4	0	0	4 (100)	0 (0)	1 Mar 03	1 Apr 03
United States – États-Unis	16	17	33	36 (0–83)	7	26	0	0	31 (94)	1 (3)	9 Jan 03	13 Jul 03
Viet Nam	39	24	63	43 (20–76)	0	58	5	8	1 (2)	36 (57)	23 Feb 03	14 Apr 03
Total			8422		64	7442	916	11		1725 (20)		

^a Case-fatality rate (CFR) based on cases with known outcome and irrespective of immediate cause of death. – Taux de létalité se basant sur des cas d'origine connue et indépendants de toute cause de décès immédiat.

^b Includes imported cases in HCWs occupationally exposed. – Comprend les cas importés par le personnel de santé exposé dans l'exercice de ses fonctions.

^c Following discarding of 3 cases, new breakdown by sex pending. – Suite à l'exclusion de 3 cas, nouvelle décomposition par sexe.

* HCWs: Health care workers.

** NA: Not available. – ND: Non disponible.

**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)

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 22 to 28 August 2003 / Notifications de maladies reçues du 22 au 28 août 2003

Cholera / Choléra

	Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès
Africa / Afrique		Asia / Asie	
Democratic Republic of the Congo / République démocratique du Congo	1-10.VIII 390	Hong Kong Special Administrative Region of China / Hong Kong, région administrative spéciale de la Chine	17.VIII 1
Mali	14-19.VIII 45		0

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