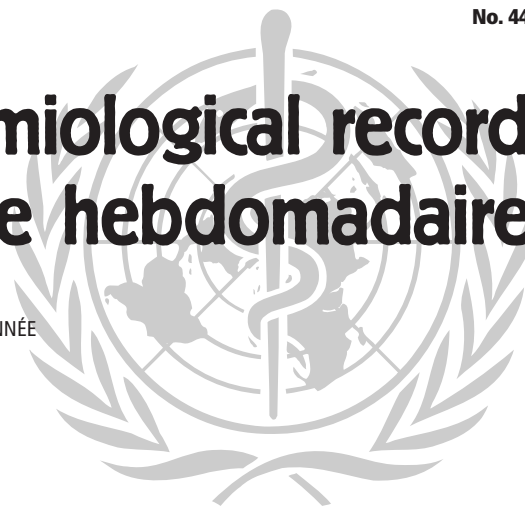


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

31 OCTOBER 2003, 78th YEAR / 31 OCTOBRE 2003, 78^e ANNÉE

No. 44, 2003, 78, 381–388

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

Contents

- 381 Progress towards poliomyelitis eradication – Ethiopia, Somalia, Sudan, January 2002 – August 2003
- 385 Mass immunization campaign launched to protect 15 million children from polio
- 387 Influenza
- 388 Correction
- 388 WHO web sites on infectious diseases
- 388 International Health Regulations

Sommaire

- 381 Progrès vers l'éradication de la poliomyélite – Ethiopie, Somalie, Soudan, janvier 2002-août 2003
- 385 Lancement d'une campagne de vaccination de masse destinée à protéger 15 millions d'enfants de la poliomyélite
- 387 Grippe
- 388 Correction
- 388 Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses
- 388 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

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

6.500 10.2003
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

Progress towards poliomyelitis eradication – Ethiopia, Somalia, Sudan, January 2002 – August 2003

At the end of 2002, only 7 countries in the world were considered endemic for polio (Afghanistan, Egypt, India, Niger, Nigeria, Pakistan, and Somalia), down from 125 endemic countries since the global polio eradication initiative began in 1988. Ethiopia, Sudan and Somalia, which form an important epidemiological block in eastern Africa, are approaching one year without evidence of wild poliovirus transmission. This report updates progress towards polio eradication in Ethiopia, Somalia, and Sudan from January 2002 to August 2003, and describes remaining challenges.¹

Routine immunization

In 2002, coverage of infants with 3 doses of oral poliovirus vaccine (OPV3) was reported as 51% in Ethiopia and as 64% in Sudan; WHO and the United Nations Children's Fund (UNICEF) estimated national OPV3 coverage in Sudan at 47% for 2001, while the OPV3 coverage estimate was only 20% in conflict-affected southern Sudan. Immunization services in Somalia are delivered by international nongovernmental organizations supported by WHO, UNICEF, and other United Nations agencies. Estimated OPV3 coverage in Somalia increased from 33% in 2001 to 40% in 2002.

Supplementary immunization activities

During 2002 and 2003, all three countries implemented supplementary OPV immunization activities (SIAs), using house-to-house vaccine delivery, with each country conducting at least two rounds of National Immunization Days (NIDs).

¹ See No. 48, 2002, pp. 405–409.

Progrès vers l'éradication de la poliomyélite – Ethiopie, Somalie, Soudan, janvier 2002-août 2003

A la fin 2002, seuls 7 pays dans le monde étaient encore considérés comme des pays d'endémie de la poliomyélite (Afghanistan, Egypte, Inde, Niger, Nigéria, Pakistan et Somalie), sur les 125 enregistrés au début de l'initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite en 1988. L'Ethiopie, le Soudan et la Somalie, qui forment un bloc épidémiologique important en Afrique de l'Est, sont sur le point d'atteindre le délai requis, à savoir un an sans aucun signe de transmission du poliovirus sauvage. Cet article fait le point sur les progrès accomplis en vue de l'éradication de la poliomyélite en Ethiopie, Somalie et Soudan, entre janvier 2002 et août 2003, et indique ce qu'il reste à faire.¹

Vaccination systématique

En 2002, la couverture des nourrissons par les 3 doses de vaccin antipoliomyélique oral (VPO3) a été de 51% en Ethiopie et de 64% au Soudan; dans ce pays, l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) ont estimé la couverture nationale par le VPO3 à 47% en 2001, tandis qu'elle était de seulement 20% dans le sud du Soudan, touché par le conflit. En Somalie, les services de vaccination sont dispensés par des organisations internationales non gouvernementales avec l'aide de l'OMS, de l'UNICEF et d'autres institutions des Nations Unies. La couverture estimée par le VPO3 a progressé en Somalie, passant de 33% en 2001 à 40% en 2002.

Activités de vaccination supplémentaire

En 2002 et 2003, ces trois pays ont mis en œuvre des activités de vaccination supplémentaires par le VPO en dispensant les vaccins de porte en porte, chaque pays ayant mené au moins deux séries de journées nationales de vaccination.

¹ Voir N° 48, 2002, pp. 405–409.

zation Days (NIDs).² Additional sub-National Immunization Days (SNIDs)³ targeted high-risk areas and populations. In 2002, Ethiopia conducted SNIDs reaching 3.25 million children <5 years old in March and April, and full NIDs (>14 million children reached) in October and December; the 2003 SNIDs targeted 2.5 million children aged <5 years in high-risk areas.

In Somalia, SIA implementation continued despite ongoing conflict, although with limited access to children in the Mogadishu area. SIA rounds in Somalia were conducted on a flexible timeline to access children in conflict zones during cessation of hostilities. Since the beginning of 2002, 5 SNID rounds (4 rounds reaching between 600 000 and 1 million children, fifth round in May 2003 reaching >98 000 children) and 4 NID rounds (each round reaching >1.3 million children) were conducted in Somalia. In Sudan, SIAs during 2003 reached more children than ever before, particularly in the conflict-affected south, where an additional 500 000 children were vaccinated in 2003 compared with 2002. In southern Sudan, 5 rounds of NIDs (reaching between 1.2 and 1.7 million children), and 2 rounds of SNIDs (reaching >700 000 children) were conducted from 2002 to mid-2003. In government-controlled areas of Sudan, 6 rounds of SNIDs targeting between 1 and 5.8 million children were conducted from 2002 to mid-2003.

Acute flaccid paralysis surveillance

During 2002 and 2003,⁴ AFP reporting in all three countries continued to exceed the WHO-established target for surveillance sensitivity: an annual rate of non-polio AFP ≥ 1 per 100 000 population aged <15 years (Table 1). The decrease in the non-polio AFP rate in Ethiopia from 2002 to 2003 mainly reflects the declining of reported cases not qualifying as AFP. In 2002, only Sudan met the second main AFP surveillance quality indicator – collection of two adequate stool specimens from $\geq 80\%$ of all AFP. For 2003 (as of end-August) both Ethiopia and Sudan had met the stool adequacy indicator. Somalia was further able to improve stool adequacy, from 67% in 2002 to 77%, just below the threshold for quality surveillance certification.

AFP cases in which paralytic polio cannot be reliably excluded are classified as polio-compatible. The number of polio-compatible cases reported during 2002, compared with 2001, decreased in Ethiopia (36 versus 47), Somalia (4 versus 10) and Sudan (1 versus 12). As of August 2003, the number of reported polio-compatible cases remains low – 3 in Ethiopia, 4 in Somalia, and 1 in Sudan.

(JNV).² Des journées locales de vaccination (JLV) supplémentaires ont été ciblées sur des régions et des populations à haut risque. En 2002, l'Éthiopie a organisé des JLV³ qui ont permis de vacciner 3,25 millions d'enfants de moins de 5 ans en mars et avril et des JNV complètes (>14 millions d'enfants vaccinés) en octobre et décembre; en 2003, les JLV ont ciblé 2,5 millions d'enfants de moins de 5 ans dans les régions à haut risque.

En Somalie, la mise en œuvre des activités de vaccination supplémentaire s'est poursuivie malgré le conflit en cours, mais l'accès aux enfants de la région de Mogadishu est resté limité. Des séries d'activités de vaccination supplémentaire ont été effectuées en Somalie selon un calendrier souple, de manière à vacciner les enfants présents dans les zones de conflit au moment de la cessation des hostilités. Depuis le début de l'année 2002, 5 séries de JLV (dont 4 ont permis d'atteindre 600 000 à 1 million d'enfants, la cinquième effectuée en mai 2003 ayant permis de vacciner plus de 98 000 enfants) et 4 séries de JNV (ayant chacune permis de vacciner plus de 1,3 million d'enfants) ont été menées en Somalie. Au Soudan, en 2003, les activités de vaccination supplémentaire ont permis de vacciner plus d'enfants que jamais auparavant, en particulier dans le sud du pays, touché par le conflit, où en 2003, on a vacciné 500 000 enfants de plus qu'en 2002. Dans le sud du Soudan, 5 séries de JNV (ayant permis de vacciner 1,2 à 1,7 millions d'enfants) et 2 tournées de JLV (ayant permis d'atteindre plus de 700 000 enfants) ont été effectuées entre 2002 et le milieu de l'année 2003. Au Soudan, dans les zones contrôlées par le gouvernement, 6 tournées de JLV ciblant 1 à 5,8 millions d'enfants ont été menées à bien entre 2002 et le milieu de l'année 2003.

Surveillance de la paralysie flasque aiguë

En 2002 et 2003,⁴ la notification des cas de PFA dans ces trois pays a continué à dépasser la cible fixée par l'OMS comme critère d'une surveillance sensible: un taux annuel de cas de PFA non poliomyélique ≥ 1 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans (Tableau 1). La diminution du taux de PFA non poliomyélique observée en Éthiopie entre 2002 et 2003 est principalement due au fait que la proportion de cas notifiés ne satisfaisant pas aux critères de la PFA est en diminution. En 2002, seul le Soudan a satisfait au deuxième critère principal de qualité de la surveillance de la PFA – à savoir le recueil de 2 échantillons de selles conformes chez au moins 80% de tous les sujets atteints de PFA. En 2003 (à la fin août), l'Éthiopie et le Soudan ont satisfait à ce critère. La Somalie a été par la suite en mesure d'améliorer la conformité des échantillons, qui est passée de 67% en 2002 à 77%, soit juste au-dessous du seuil fixé pour la qualité de la surveillance correspondant au niveau requis pour la certification.

Les cas de PFA pour lesquels il ne peut être exclu de manière fiable qu'il s'agisse d'une poliomyélite paralytique sont rangés dans la catégorie des cas compatibles avec une poliomyélite. Le nombre de cas compatibles notifiés en 2002 a, par rapport à 2001, diminué en Éthiopie (36 contre 47), en Somalie (4 contre 10) et au Soudan (1 contre 12). En août 2003, le nombre de cas notifiés compatibles avec une poliomyélite reste faible – 3 en Éthiopie, 4 en Somalie et 1 au Soudan.

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

³ Mass campaigns similar to NIDs but limited to parts of a country.

⁴ Data at end of August 2003, with rates projected for the whole year.

² Campagne de masse menée à l'échelle nationale pendant une courte période (de plusieurs jours à plusieurs semaines) pour administrer 2 doses de VPO à tous les enfants (généralement âgés de moins de 5 ans), quel que soit leur statut vaccinal, avec un intervalle de 4 à 6 semaines entre les doses.

³ Campagnes de masse analogues aux JNV, mais limitées à certaines zones d'un pays.

⁴ Données disponibles à la fin août 2003, avec projection des taux sur l'ensemble de l'année.

Table 1. **Number of reported cases of acute flaccid paralysis (AFP) and of confirmed poliomyelitis cases, by key surveillance indicators, country, and year – Ethiopia, Somalia, and Sudan, January 2002 – August 2003^a**

Tableau 1. **Nombre de cas déclarés de paralysie flasque aiguë (PFA) et de cas confirmés de poliomyélite par indicateurs de la surveillance, par pays et par an – Éthiopie, Somalie et Soudan, janvier 2002-août 2003^a**

Country – Pays	AFP cases Cas de PFA		Confirmed wild poliovirus cases ^b Cas confirmés dus au poliovirus sauvage ^b		Non-polio AFP rate ^c Taux de PFA non poliomyélique ^c		% of persons with AFP and adequate stool specimens ^d Pourcentage de personnes présentant une PFA et des échantillons de selles conformes ^d		
	2002	2003	2002	January – August 2002 Janvier-août 2002	January – August 2003 Janvier-août 2003	2002	2003	2002	2003
	Ethiopia – Éthiopie	539	197	0	0	0	1.9	1.1	69
Somalia – Somalie	108	70	3	2	0	3.6	2.9	67	77
Sudan – Soudan	371	237	0	0	0	2.6	2.6	90	90

^a Data at 25 August 2003. – Données au 25 août 2003.

^b All countries used the virological classification scheme. Cases with wild poliovirus isolated are classified as "confirmed"; those without adequate stool specimens but with signs and symptoms consistent with polio are classified as "compatible". Cases among persons with inadequate stool specimens are reviewed by a committee of experts and are either discarded or classified as "polio compatible". – Tous les pays ont utilisé le système de classification virologique. Les cas pour lesquels on a isolé un poliovirus sauvage sont rangés dans la catégorie des «confirmés»; ceux pour lesquels on ne dispose pas d'échantillons de selles conformes mais qui présentent des signes et symptômes correspondants à la poliomyélite sont rangés dans la catégorie des cas «compatibles». Les cas recensés chez les personnes pour lesquelles il n'y a pas d'échantillons de selles conformes sont examinés par un comité d'experts et sont alors écartés ou rangés dans la catégorie des cas «compatibles avec une poliomyélite».

^c Per 100 000 population aged <15 years; rates for 2003 are annualized. – Pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans; les taux pour 2003 sont annualisés.

^d Percentage with two adequate stool specimens, collected ≥24 hours apart, both within 14 days of onset of paralysis. – Pourcentage de personnes avec deux échantillons de selles conformes, recueillis à au moins 24 heures d'intervalle, dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie.

All stool specimens are processed in WHO-accredited polio laboratories. In Ethiopia, the National Polio Laboratory at the Ethiopian Health and Nutrition Research Institute processed 1078 specimens in 2002. Specimens from Somalia and southern Sudan are sent to the Kenya Medical Research Institute, which processed 216 specimens for Somalia and 175 for southern Sudan in 2002. In 2002, the Sudan National Poliomyelitis Laboratory processed 645 specimens from AFP cases in government-controlled areas.

The proportion of specimens from which non-polio enterovirus (NPEV) isolated is used as a combined indicator of quality of specimen transport and sensitivity of laboratory processing; a rate of >10% is generally considered acceptable. In 2002, the NPEV rate was 24% for Ethiopia, 12% for Sudan, and 13% for Somalia.

Wild poliovirus incidence

No wild poliovirus cases have been reported from Ethiopia, Somalia, or Sudan in 2003. The last reported wild poliovirus-positive cases in Ethiopia and Sudan occurred in January and April of 2001, respectively (*Map 1*); both cases were associated with wild poliovirus type 1 (wild P1). During 2002, three virologically confirmed wild P3 cases were identified in the Mogadishu area of Somalia, with the last case reported in October 2002.

Editorial note. During 2002 and 2003, substantial progress has been made towards polio eradication in Ethiopia, Somalia, and Sudan. In the presence of certification-quality surveillance, Ethiopia and Sudan have not reported any wild poliovirus-confirmed cases since the first quarter of 2001, and Somalia is approaching one year without detec-

Tous les échantillons de selles sont traités par des laboratoires de la poliomyélite agréés par l'OMS. En Éthiopie, le *National Polio Laboratory* de l'*Ethiopian Health and Nutrition Research Institute* a traité 1078 spécimens en 2002. Les échantillons somaliens et du sud-Soudan sont envoyés au *Kenya Medical Research Institute*, qui, en 2002, en a traité 216 pour la Somalie et 175 pour le sud-Soudan. En 2002, le Laboratoire national de la Poliomyélite du Soudan a traité 645 spécimens provenant de cas de PFA recensés dans des régions contrôlées par le gouvernement.

La proportion d'échantillons dans lesquels on a isolé des entérovirus non poliomyélitiques est utilisée comme indicateur associé de la qualité du transport des échantillons et de la sensibilité des analyses de laboratoire; un taux inférieur à 10% est généralement considéré comme acceptable. En 2002, le taux d'entérovirus non poliomyélitique a été de 24% pour l'Éthiopie, de 12% pour le Soudan et de 13% pour la Somalie.

Incidence du poliovirus sauvage

Aucun cas dû au poliovirus sauvage n'a été notifié en Éthiopie, en Somalie ou au Soudan en 2003. Les derniers cas signalés en Éthiopie et au Soudan s'étaient déclarés en janvier et en avril 2001, respectivement (*Carte 1*); ces deux cas étaient associés à des poliovirus sauvages de type 1. En 2002, trois cas dus au poliovirus sauvage de type 3 virologiquement confirmés ont été identifiés en Somalie dans la région de Mogadishu, le dernier d'entre eux ayant été notifié en octobre 2002.

Note de la rédaction. En 2002 et 2003, des progrès considérables ont été réalisés en vue de l'éradication de la poliomyélite en Éthiopie, Somalie et Soudan. En présence d'une qualité de la surveillance correspondant au niveau requis pour la certification, l'Éthiopie et le Soudan n'ont pas signalé de cas confirmés dus au poliovirus sauvage depuis le premier trimestre 2001 et la Somalie est sur le point

Map 1 **Confirmed cases of poliomyelitis, by type of wild poliovirus isolate – Ethiopia, Somalia, and Sudan, January 2002 – August 2003^a**

Carte 1 **Cas confirmés de poliomyélite, par type de poliovirus sauvage isolé – Ethiopie, Somalie et Soudan, janvier 2002-août 2003^a**



^a Data at 25 August 2003. –
Données au 25 août 2003.

tion of wild poliovirus. Any remaining transmission in Somalia is likely to be limited to the greater Mogadishu area. The continued progress in these countries demonstrates the feasibility of polio eradication strategies, even in countries and areas affected by conflict.

Progress in Ethiopia, Somalia, and Sudan is a result of the unique partnerships that have evolved in support of polio eradication activities. The polio effort in Ethiopia is supported by very strong intersectoral collaboration and the use of structures such as committees of elected parliamentary committees to advocate for all polio eradication initiative strategies. In Sudan, polio partners have successfully coordinated activities between the government-controlled areas of the north and the areas of the south not under government control. The joint coordination, implementation, and promotion of polio activities by UNICEF and WHO in Somalia have allowed activities to go forward in an area with no central government and have guaranteed a more effective use of funds.

Progress in these three countries is also attributable to the constant review and use of data to drive decision-making as well as to continued strong guidance from the existing independent technical advisory groups. For example, the identification of unvaccinated children in the Mogadishu area led to the implementation of campaigns targeting children with <3 doses of OPV, and also registering all newborns throughout Somalia. In Somalia and Sudan, the classification of large numbers of AFP cases as “polio-compati-

d’atteindre le délai d’un an sans aucun cas de poliovirus sauvage décelé. S’il reste une transmission en Somalie, elle est probablement limitée à la zone du «grand Mogadiscio». Les progrès continus enregistrés dans ces pays montrent la faisabilité des stratégies d’éradication de la poliomyélite, même dans des pays et des régions touchés par des conflits.

Les progrès observés en Ethiopie, en Somalie et au Soudan sont le résultat de partenariats très spécifiques qui ont évolué à l’appui des activités d’éradication de la poliomyélite. En Ethiopie, l’effort de lutte est soutenu par une très forte collaboration intersectorielle et le recours à des structures telles que des comités de parlementaires élus, pour défendre toutes les stratégies liées à l’initiative d’éradication de la poliomyélite. Au Soudan, les partenaires de la lutte antipoliomyélitique ont réussi à coordonner les activités entre les régions du nord contrôlées par le gouvernement et les régions du sud que ce dernier ne contrôle pas. En Somalie, la coordination, la mise en œuvre et la promotion conjointes des activités de lutte antipoliomyélitique par l’UNICEF et l’OMS a permis de faire progresser les activités dans une région dépourvue de gouvernement central et a garanti une utilisation plus efficace des fonds.

Les progrès enregistrés dans ces pays sont également imputables à l’examen et à l’utilisation continus des données pour éclairer la prise de décision, ainsi qu’aux recommandations fermes et permanentes des groupes consultatifs techniques indépendants existants. Par exemple, l’identification d’enfants non vaccinés dans la zone de Mogadiscio a conduit à la mise en œuvre de campagnes ciblant les enfants ayant reçu moins de 3 doses de VPO, et enregistrant également tous les nouveau-nés de Somalie. En Somalie et au Soudan, la classification d’un grand nombre de cas de PFA dans la catégorie

ble” in early 2002 – mainly because specimens were collected too late after onset of paralysis – led to the introduction of a new mandatory detailed case investigation form during 2002 that improved the timeliness of case identification and specimen collection and reduced the number of polio-compatible cases. The polio-free countries of Ethiopia and Sudan have begun activities towards laboratory containment of wild poliovirus – a prerequisite for eventual regional polio-free certification.

Remaining challenges to reaching the polio-eradication goal in the Horn of Africa include the need for continued implementation of high-quality SIAs in order to maintain sufficiently high immunity levels, as well as to maintain and further improve AFP surveillance systems. Programmes should increasingly focus on identifying and addressing remaining sub-national gaps in programme implementation – such as in the Afar and Somali regions of eastern Ethiopia, an area with frequent population movements to and from the Mogadishu area. The continued security problems preventing access to children in the Mogadishu area must finally be solved to ensure that surveillance is reliable and that high-quality SIAs can be implemented. ■

Mass immunization campaign launched to protect 15 million children from polio, as outbreak in Nigeria spreads across west Africa

Experts call outbreak “grave public health threat”

A new poliomyelitis outbreak, spreading from Nigeria to neighbouring countries and putting 15 million children at risk, required a massive immunization campaign across five countries in west and central Africa. Beginning 22 October, hundreds of thousands of volunteers and health workers in Benin, Burkina Faso, Ghana, Niger, and Togo aimed to reach every child in those countries with polio vaccine in just three days.

The campaign was organized, at a cost of more than US\$ 10 million, in response to a number of children being paralysed in Burkina Faso, Ghana, Niger, and Togo by poliovirus genetically traced to northern Nigeria. A further case recently reported in Chad has led to similar campaigns being planned in that country and in Cameroon for mid-November. The polio-infected states in Nigeria, centred around Kano state, have reinfected other areas of the country, most worryingly the city of Lagos with its 10 million inhabitants.

Senior epidemiologists from the Global Polio Eradication Initiative convened a high-level meeting with the Nigerian Minister of Health at the end of September, at which the Minister provided his commitment to eradicating polio in Nigeria by the end of 2004. To achieve this goal, strong po-

des «cas compatibles» avec la poliomyélite au début 2002 – principalement parce que les échantillons avaient été recueillis trop tard après le début de la paralysie – a conduit en 2002 à l'introduction d'un nouveau formulaire d'étude approfondie obligatoire, qui a permis d'améliorer l'identification des cas et le recueil des spécimens en temps voulu et a réduit le nombre de cas compatibles avec la poliomyélite. Les pays exempts de poliomyélite que sont l'Éthiopie et le Soudan ont démarré des activités visant au confinement du poliovirus sauvage au laboratoire – une condition préalable à une éventuelle certification attestant que la région est exempte de poliomyélite.

Les difficultés qu'il reste à surmonter pour atteindre l'objectif d'éradication de la poliomyélite dans la Corne de l'Afrique comprennent la nécessité de poursuivre la mise en œuvre d'activités de vaccination supplémentaire de qualité, de façon à maintenir des niveaux d'immunité suffisamment élevés, et le maintien et l'amélioration des systèmes de surveillance de la PFA. Les programmes pourraient être de plus en plus axés sur l'identification des lacunes enregistrées dans la mise en œuvre du programme à l'échelon infranational et sur la manière d'y faire face – comme dans les régions des Afars et des Somalis à l'est de l'Éthiopie, dans lesquelles on enregistre de fréquents mouvements de population vers et en provenance de la zone de Mogadiscio. Les problèmes de sécurité permanents qui empêchent d'avoir accès aux enfants de la région de Mogadiscio doivent enfin être résolus pour veiller à ce que la surveillance soit fiable et à ce que l'on puisse mettre en œuvre des activités de vaccination supplémentaire de qualité. ■

Lancement d'une campagne de vaccination de masse destinée à protéger 15 millions d'enfants à la suite de la propagation en Afrique de l'ouest de la flambée de poliomyélite au Nigeria

Les experts considèrent la flambée comme une grave menace pour la santé publique

Quinze millions d'enfants sont exposés au risque de poliomyélite à la suite d'une nouvelle flambée qui se propage du Nigéria aux pays voisins, nécessitant une campagne de vaccination de masse dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale. A partir du 22 octobre 2003, des centaines de milliers de volontaires et d'agents de santé au Bénin, au Burkina Faso, au Ghana, au Niger et au Togo ont cherché à vacciner tous les enfants de ces pays en trois jours à peine.

La campagne, d'un coût de plus de US\$ 10 millions, est lancée alors qu'un certain nombre d'enfants sont atteints de paralysie au Burkina Faso, au Ghana, au Niger et au Togo à cause d'un poliovirus génétiquement lié à celui qui sévit au nord du Nigéria. Un autre cas, récemment signalé au Tchad, a entraîné la planification de campagnes du même type qui auront lieu dans ce pays et au Cameroun à la mi-novembre. Les états du Nigéria infectés par la poliomyélite, et situés autour de l'état de Kano, ont réinfecté d'autres zones du pays et en particulier la ville de Lagos, peuplée de 10 millions d'habitants, ce qui est particulièrement préoccupant.

Les principaux épidémiologistes de l'initiative Pour l'éradication mondiale de la poliomyélite ont tenu une réunion de haut niveau en compagnie du Ministre nigérien de la Santé, à la fin septembre, et le Ministre s'est engagé à éradiquer la poliomyélite dans le pays à fin 2004. Pour atteindre ce but, un appui politique très ferme s'impose

litical support must be established or strengthened at the sub-national level. Political and community leaders must be engaged to facilitate the logistics of immunization campaigns and ensure that all children are reached.

Nigeria now has the highest number of polio cases in the world, and the disease continues to spread, both to areas of the country that were polio-free and to neighbouring countries. This situation poses a grave public health threat, and jeopardizes the goal of a polio-free world; it has become the last major challenge on the road to global polio eradication.

The tremendous progress made in 2002 resulted in the focus of polio eradication tactics and resources being shifted in 2003 to the few countries that remain endemic. Now, the situation in Nigeria is forcing eradication efforts back to countries that had already eliminated polio. The massive immunization campaign is thus critical, to prevent these isolated viruses from again paralyzing children in areas that had previously been polio-free.

Epidemiologists attribute the marked increase in cases in Nigeria, around the state of Kano, to insufficient coverage by both polio immunization campaigns and routine services. Monitoring data have highlighted at least one state in which as few as 16% of children have been adequately immunized. A difficult environment has severely compromised the quality of immunization campaigns and helped to propagate rumours about the safety of the oral polio vaccine.

Despite the apparent setback, however, epidemiologists remain convinced that polio can be eradicated from Nigeria. Much of the country, including Lagos, was polio-free for more than 2 years. The challenge now is to improve the quality of polio campaigns in the key endemic areas of Nigeria and to reach all children during immunization activities.

Since 1985, Rotary International has made ending polio its main philanthropic goal and has committed more than US\$ 500 million to the effort. Rotary International has stressed the need for the international community to provide the necessary additional funds as quickly as possible – for the sake of all children across western Africa.

Further resources are required for this unforeseen campaign, but the Nigeria outbreak is only one of the threats to the goal of a polio-free world – globally the Initiative faces a funding gap of US\$ 210 million for activities planned through 2005.

The Global Polio Eradication Initiative is spearheaded by WHO, Rotary International, the US Centers for Disease Control and Prevention, and UNICEF. The poliovirus is now circulating in only seven countries – Afghanistan, Egypt, India, Niger, Nigeria, Pakistan, and Somalia – compared with 125 when the Initiative was launched in 1988. Additionally, polioviruses from endemic countries have been imported into Burkina Faso, Ghana, Lebanon, Niger, and Togo in 2003.

au niveau infranational. Les responsables politiques et communautaires doivent faciliter l'organisation logistique des campagnes de vaccination et veiller à ce que tous les enfants reçoivent le vaccin.

Le Nigéria est maintenant le pays qui compte le plus de cas de poliomyélite dans le monde. La maladie continue de se propager à l'intérieur du pays à des zones qui en étaient exemptes, ainsi qu'aux pays voisins. Cette situation représente une grave menace pour la santé publique et met en péril l'objectif à atteindre à savoir, un monde exempt de poliomyélite; cela représente le dernier gros obstacle sur le chemin de l'éradication mondiale.

En raison des énormes progrès enregistrés en 2002, les tactiques et les ressources vouées à l'éradication ont été réorientées en 2003 pour mettre l'accent sur les derniers pays d'endémie. Mais la situation au Nigéria nous contraint maintenant à nous préoccuper à nouveau de pays qui avaient déjà éliminé la maladie. On ne peut tout simplement pas laisser les virus isolés paralyser d'autres enfants dans des zones qui avaient auparavant été libérées de la poliomyélite. C'est pour cela que cette campagne massive revêt une telle importance.

Les épidémiologistes attribuent l'augmentation marquée du nombre de cas au Nigéria, autour de l'Etat de Kano, à une couverture vaccinale insuffisante obtenue aussi bien au cours des campagnes de vaccination que par les services de vaccination systématique. Les données issues de la surveillance font apparaître que, dans un Etat au moins, la proportion des enfants vaccinés de manière appropriée n'a pas dépassé 16%. Une situation difficile a sérieusement compromis la qualité des campagnes antipoliomyelitiques et contribué à la propagation de rumeurs concernant le sécurité du vaccin antipoliomyelitique oral.

Malgré cet incident de parcours, les épidémiologistes restent convaincus qu'il est possible d'éradiquer la poliomyélite au Nigéria. Une grande partie du pays était déjà exempte de poliomyélite depuis plus de deux ans, y compris la ville de Lagos. Il s'agit maintenant d'accroître la qualité des campagnes antipoliomyelitiques dans les zones clés d'endémie du pays et de veiller à ce que tous les enfants soient vaccinés.

Depuis 1985, le Rotary International a fait de la victoire contre la poliomyélite son principal but philanthropique et a consenti un effort de plus de US\$ 500 millions pour y parvenir. Le Rotary International a lancé un appel à la communauté internationale pour qu'elle fournisse les fonds nécessaires aussi rapidement que possible pour les enfants de toute l'Afrique de l'Ouest.

De nouvelles ressources sont nécessaires pour mener cette campagne imprévue. La flambée du Nigéria ne constitue qu'un risque mondial parmi d'autres auquel il faudra faire face pour arriver à un monde exempt de poliomyélite, car au niveau mondial il manque US\$ 210 millions à l'Initiative pour mener à bien ses activités jusqu'en 2005.

L'initiative Pour l'éradication mondiale de la poliomyélite est dirigée par l'OMS, le Rotary International, les *Centers for Disease Control and Prevention* des Etats-Unis et l'UNICEF. Le poliovirus ne circule plus désormais que dans 7 pays, alors qu'il était présent dans 125 pays au moment du lancement de l'initiative en 1988. Les 7 pays où le poliovirus sauvage autochtone est présent sont le Nigéria, l'Inde, le Pakistan, l'Egypte, l'Afghanistan, le Niger et la Somalie. En outre, en 2003, des poliovirus ont été importés de pays d'endémie, vers le Burkina Faso, le Ghana, le Liban, le Niger et le Togo.

The polio eradication coalition includes governments of countries affected by polio; private foundations (e.g. United Nations Foundation, Bill & Melinda Gates Foundation); development banks (e.g. the World Bank); donor governments (e.g. Australia, Austria, Belgium, Canada, Denmark, Finland, Germany, Ireland, Italy, Japan, Luxembourg, the Netherlands, New Zealand, Norway, the United Kingdom, and the USA); the European Commission; humanitarian and nongovernmental organizations (e.g. the International Red Cross and Red Crescent societies) and corporate partners (e.g. Aventis Pasteur, De Beers). Volunteers in developing countries also play a key role; 20 million have participated in mass immunization campaigns. ■

La coalition de l'éradication de la poliomyélite associe les gouvernements des pays touchés par la maladie, des fondations privées (par exemple, la Fondation des Nations Unies et la Fondation Bill & Melinda Gates), des banques de développement (comme la Banque mondiale), les gouvernements de pays donateurs (par exemple, l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Danemark, les Etats-Unis d'Amérique, la Finlande, l'Irlande, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, les Pays-Bas et le Royaume-Uni), la Commission européenne, des organisations humanitaires et non gouvernementales (par exemple, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge) et des partenaires du secteur privé (par exemple, Aventis Pasteur et De Beers). Les volontaires dans les pays en développement jouent également un rôle clé et 20 millions d'entre eux ont participé aux campagnes de vaccination de masse. ■

Influenza

Australia (18 October 2003).¹ Influenza activity remained sporadic during week 42, with only 1 influenza A virus detected.

Canada (18 October 2003).¹ During week 42, localized influenza outbreaks were reported in two schools and one long-term care facility (LTC) in Alberta as well as three outbreaks in LTC facilities and one in a school in Saskatchewan. During this same week, 87 influenza A viruses were detected in Alberta and Saskatchewan among 1588 laboratory tests for influenza but no B viruses were reported.

Israel (18 October 2003).¹ In week 42, sporadic cases of influenza A(H3N2) were identified.

New Zealand (4 October 2003).² Influenza activity has declined since week 36. No influenza virus has been detected over the past 3 weeks.

Norway (18 October 2003).³ Two influenza A(H3N2) cases were detected during week 42; the influenza-like illness (ILI) incidence rate remained very low.

United States (18 October 2003).⁴ During week 42, the overall proportion of consultations to sentinel physicians for ILI was 1.9%, which is below the national baseline of 2.5%. Widespread influenza activity was reported in Texas, while influenza activity remained low in all other states.

Other reports. No influenza activity has been reported since week 40 in: Denmark,⁵ France,⁶ Japan,³ Latvia,⁷ Poland,⁸ Switzerland⁶ and Ukraine.⁹ ■

Grippe

Australie (18 octobre 2003).¹ L'activité grippale est restée sporadique au cours de la semaine 42, avec le dépistage d'un seul virus grippal A.

Canada (18 octobre 2003).¹ Au cours de la semaine 42, on a signalé une activité grippale localisée dans deux écoles et dans un centre de santé pour longs séjours d'Alberta ainsi que des flambées à Saskatchewan: trois dans des centres de santé pour longs séjours et une autre dans une école. Pendant cette même semaine, 87 virus grippaux A ont été dépistés à Alberta et Saskatchewan parmi les 1588 tests grippaux effectués en laboratoire, mais aucun virus grippal B n'a été signalé.

Israël (18 octobre 2003).¹ Au cours de la semaine 42, on a identifié des cas sporadiques de grippe A(H3N2).

Nouvelle Zélande (4 octobre 2003).² L'activité grippale a baissé depuis la semaine 36. Aucun virus grippal n'a été dépisté au cours des 3 dernières semaines.

Norvège (18 octobre 2003).³ Deux cas de virus grippaux A(H3N2) ont été dépistés au cours de la semaine 42; le taux d'incidence des syndromes grippaux est resté très faible.

Etats-Unis (18 octobre 2003).⁴ Au cours de la semaine 42, la proportion totale de consultations pour syndromes grippaux chez les médecins sentinelles a été de 1,9%, ce qui est au-dessous du niveau de base national de 2,5%. Au Texas, on a signalé une activité grippale généralisée alors qu'elle est restée faible dans tous les autres états.

Autres rapports. Aucune activité grippale n'a été signalée depuis la semaine 40: au Danemark,⁵ en France,⁶ au Japon,³ en Lettonie,⁷ en Pologne,⁸ en Suisse⁶ et en Ukraine.⁹ ■

¹ See No. 43, 2003, p. 380.

² See No. 38, 2003, p. 340.

³ See No. 39, 2003, p. 347.

⁴ See No. 34, 2003, p. 304.

⁵ See No. 24, 2003, p. 208.

⁶ See No. 21, 2003, p. 188.

⁷ See No. 24, 2003, p. 208.

⁸ See No. 18, 2003, p. 155.

⁹ See No. 12, 2003, p. 88.

¹ Voir N° 43, 2003, p. 380.

² Voir N° 38, 2003, p. 340.

³ Voir N° 39, 2003, p. 347.

⁴ Voir N° 34, 2003, p. 304.

⁵ Voir N° 24, 2003, p. 208.

⁶ Voir N° 21, 2003, p. 188.

⁷ Voir N° 24, 2003, p. 208.

⁸ Voir N° 18, 2003, p. 155.

⁹ Voir N° 12, 2003, p. 88.

CORRECTION

The statement made in issue 42 (page 371, fourth paragraph) that “the spread of SARS over short distances occurred overwhelmingly through water droplets” is incorrect. SARS spreads, in the overwhelming majority of cases, through close person-to-person contact with infectious respiratory droplets. Despite considerable opportunity, there have been no reports of foodborne or waterborne transmission.

For further information please consult *Consensus document on the epidemiology of severe acute respiratory syndrome (SARS)* at: <http://www.who.int/entity/csr/sars/en/WHOconsensus.pdf>. ■

CORRECTION

Dans le numéro 42 (page 371, quatrième paragraphe) nous indiquions à tort que «le SRAS s’est propagé avant tout sur de courtes distances par l’intermédiaire de gouttelettes». Le SRAS se propage, dans la grande majorité des cas, par le contact rapproché de personne à personne avec des gouttelettes de Flügge infectieuses. Malgré le nombre considérable des situations examinées, aucune observation de transmission alimentaire ou hydrique n’est signalée.

Pour en savoir plus, consulter le *Consensus document on the epidemiology of severe acute respiratory syndrome (SARS)* à l’adresse <http://www.who.int/entity/csr/sars/en/WHOconsensus.pdf>. ■

**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 24 to 30 October 2003 / Notifications de maladies reçues du 24 au 30 octobre 2003

Cholera / Choléra	Cases / Deaths Cas / Décès	Cases / Deaths Cas / Décès	Cases / Deaths Cas / Décès
Africa / Afrique			Asia / Asie
Democratic Republic of the Congo / République démocratique du Congo	6-19.X 552	Uganda / Ouganda 112	Iran, Islamic Republic of / Iran (République islamique d’)
	25	1	21.III-22.X 91(4i)

i = imported case – cas importé