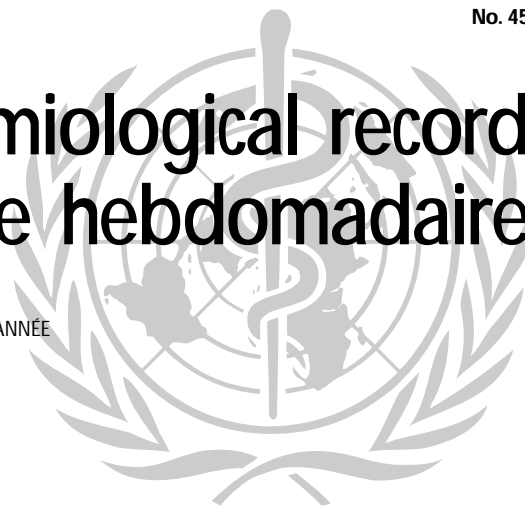


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

7 NOVEMBER 2003, 78th YEAR / 7 NOVEMBRE 2003, 78^e ANNÉE

No. 45, 2003, 78, 389–396

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

Contents

389 Outbreak news:

- Dengue haemorrhagic fever, India
- Poliomyelitis, Chad
- Shigella, Central African Republic

390 Measles mortality reduction in West Africa, 1996–2002

392 Ports designated in application of the International Health Regulations

393 International Health Regulations

- Areas removed from the infected area list: Philippines

393 Influenza in the world

Sommaire

389 Le point sur les épidémies:

- Dengue hémorragique, Inde
- Poliomyélite, Tchad
- Shigellose, République centrafricaine

390 Réduction de la mortalité rougeoleuse en Afrique de l'Ouest, 1996-2002

392 Ports notifiés en application du Règlement sanitaire international

393 Règlement sanitaire international

- Zones supprimées de la liste des zones infectées: Philippines

393 La grippe dans le monde

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 334.–

6,500 11.2003

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Dengue haemorrhagic fever, India

Between 1 June and 28 October 2003, 1723 laboratory-confirmed cases of dengue haemorrhagic fever were reported in Delhi and surrounding areas. Four deaths among laboratory confirmed cases were reported on 28 October. Additional information is being sought on possible cases of dengue haemorrhagic fever. Circulating dengue virus serotypes DEN-2 and DEN-3 have been reported to be associated with this outbreak.

WHO is working with the Indian Ministry of Health to strengthen prevention and control activities. ■

Poliomyelitis, Chad

Two cases of paralytic poliomyelitis due to type 1 poliovirus, with onset of paralysis on 2 and 27 August 2003, have been confirmed in the Mayo-Kebbi and Logone Orientale provinces, in the southern part of the country, near the borders with Cameroon, Central African Republic and Nigerian.

Chad has not reported polio cases since June 2000. The viruses detected in Chad are genetically close to viruses circulating in north-eastern Nigeria in 2002 and 2003. The cases in Chad follow the reporting of paralytic polio due to type 1 poliovirus from Burkina Faso, Ghana and Togo earlier this year. Viruses found in these three countries, which also had not reported wild poliovirus for more than two years, are genetically related to type 1 virus circulating in southern Niger and in northern Nigeria in 2002 and 2003.

Nigeria is one of the three remaining poliovirus reservoirs in the world and poses a

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Dengue hémorragique, Inde

Du 1^{er} juin au 28 octobre 2003, 1723 cas de dengue hémorragique confirmés en laboratoire ont été notifiés à Delhi et dans les environs. Le 28 octobre, 4 décès ont été signalés parmi ces cas confirmés en laboratoire. On poursuit actuellement les recherches sur des cas possibles de dengue hémorragique. Des sérotypes DEN-2 et DEN-3 du virus de la dengue auraient été associés avec cette flambée.

L'OMS, avec le ministère de la santé indien, travaille à renforcer les activités de prévention et de lutte. ■

Poliomyélite, Tchad

Deux cas de poliomyélite paralytique dus au poliovirus de type 1, avec apparition de la paralysie les 2 et 27 août 2003, ont été confirmés dans les provinces de Mayo-Kebbi et Logone Orientale, situées au sud du pays, près des frontières avec le Cameroun, le Nigeria et la République centrafricaine.

Le Tchad n'a pas notifié de cas de poliomyélite depuis juin 2000. Les virus ayant été dépistés au Tchad sont génétiquement proches de ceux qui circulaient au nord-est du Nigeria en 2002 et 2003. Les cas dépistés au Tchad ont suivi la notification au début de cette année d'une poliomyélite paralytique causée par le poliovirus de type 1 en provenance du Burkina Faso, du Ghana et du Togo. Les virus trouvés dans ces trois pays – lesquels n'ont pas été signalés comme poliovirus sauvages pendant plus de deux ans – sont génétiquement liés au virus de type 1 qui circulait au sud du Niger et au nord du Nigeria en 2002 et en 2003.

Le Nigeria est l'un des trois réservoirs restants dans le monde et représente un risque élevé de

high risk of re-infecting polio-free areas throughout west and central Africa.

WHO is currently working with ministries of health in Cameroon and Chad to plan for synchronized sub-national immunization campaigns targeting children aged <5 years with oral polio vaccine starting 11 November. It is critical that every child is reached during these activities to ensure that population immunity coverage is sufficiently high to prevent spread of imported virus and to protect against further importations.

Shigella, Central African Republic

On 5 November 2003, an epidemic of shigellosis was confirmed in Central African Republic, with a total of 379 cases and 23 deaths between 16 June and 29 October 2003. The cases came from the regions of Bozoum and Paoua, in the north-west area of Bangui, the capital city. The Institut Pasteur in Bangui analysed stool samples and confirmed the diagnosis of *Shigella dysenteriae* type 1, which is sensitive to acid nalidixic and ciprofloxacin.

Médecins Sans Frontières Spain and COOPI are supporting the Ministry of Health in containing the epidemic. However, since the affected regions face important population movements as a result of the recent civil war, the control of the epidemic is not straightforward. Migration of people to neighbouring Chad is also cause for concern. ■

Measles mortality reduction in West Africa, 1996–2002

WHO has estimated that measles caused 777 000 deaths in 2000, of which 58% ($n = 452\,000$) were in Africa. In response, the WHO Regional Office for Africa developed a measles mortality reduction strategy for increasing measles vaccination by strengthening routine health services, providing a second opportunity for measles immunization for all children, primarily through wide-age-range¹ supplementary immunization activities (SIAs), enhancing measles surveillance and improving case management. Financial and technical support for implementing this strategy is being provided by a coalition of partners (the Measles Initiative) led by the American Red Cross; other members are the United Nations Foundation, the United Nations Children's Fund, WHO and the US Centers for Disease Control and Prevention. This report summarizes the recent implementation of this strategy in three West African countries: Burkina Faso, Mali and Togo.

Routine and supplementary immunizations. In 2001, before wide-age-range SIAs began, routine measles vaccination coverage was 37% (survey) in Mali; 33% (administrative method) and 58% (survey) in Togo; and 69% (administrative method) in Burkina Faso. During December 2001 and January 2002, nationwide SIAs among children aged 9 months to 14 years were conducted to provide a second

¹ The initial wide-age-range SIA targets all children aged 9 months to 14 years, regardless of previous history of measles disease or vaccination. Subsequent or "follow-up" SIAs are needed 3–5 years after the initial SIA to provide a second opportunity for immunization of children born since the previous SIA (generally, those aged 9 months to 4 years).

réinfection des zones libérées de la poliomyélite, lesquelles sont situées à travers toute l'Afrique de l'ouest et centrale.

L'OMS, avec les ministères de la santé du Cameroun et du Tchad, travaille actuellement à la planification de campagnes locales de vaccination synchronisées à partir du 11 novembre, visant à ce que les enfants âgés de moins de 5 ans bénéficient du vaccin antipoliomyélitique oral. Il est essentiel que chaque enfant soit vacciné lors de ces activités et ce afin de s'assurer que la couverture immunitaire de la population est suffisamment élevée pour se prémunir contre la propagation de tout virus importé et se protéger contre de nouvelles importations.

Shigellose, République centrafricaine

Le 5 novembre 2003, une épidémie de shigellose a été confirmée en République centrafricaine, avec un total de 379 cas et 23 décès survenus entre le 16 juin et le 29 octobre 2003. Les cas provenaient des régions de Bozoum et Paoua, au nord-ouest de Bangui, la capitale. L'Institut Pasteur de Bangui a analysé des échantillons de selles et a confirmé le diagnostic de *Shigella dysenteriae* type 1, laquelle est sensible à l'acide nalidixique et à la ciprofloxacin.

Médecins Sans Frontières Espagne et COOPI aident le ministère de la santé à contenir l'épidémie. Toutefois, étant donné les importants mouvements de population auxquels les régions touchées doivent faire face depuis une récente guerre civile, la lutte contre l'épidémie ne se fait pas sans mal. Les personnes migrant vers le Tchad voisin représentent également un sujet d'inquiétude. ■

Réduction de la mortalité rougeoleuse en Afrique de l'Ouest, 1996–2002

D'après les estimations de l'OMS, la rougeole a provoqué 777 000 décès en 2000, dont 58% ($n = 452\,000$) en Afrique. Face à de tels chiffres, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a élaboré une stratégie de réduction de la mortalité rougeoleuse pour faire progresser la vaccination en renforçant les services de santé habituels, en offrant à tous les enfants une deuxième occasion de se faire vacciner contre la rougeole, principalement grâce à des activités de vaccination supplémentaire axées sur dans une tranche d'âge élargie,¹ en renforçant la surveillance de la rougeole et en améliorant la prise en charge des cas. L'appui financier et technique permettant de mettre en œuvre cette stratégie est assuré par un groupe de partenaires (l'Initiative de lutte contre la rougeole) conduit par la Croix-Rouge américaine et rassemblant la Fondation des Nations Unies, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), l'OMS et les *US Centers for Disease Control and Prevention*. La mise en œuvre récente de cette stratégie dans trois pays d'Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Mali et Togo) est résumée dans ce rapport.

Vaccinations systématique et supplémentaire. En 2001, avant le début des activités de vaccination supplémentaire axées sur une tranche d'âges élargie, la couverture de la vaccination antirougeoleuse systématique était de 37% (enquête) au Mali; de 33% (méthode administrative) et de 58% (enquête) au Togo; et de 69% (méthode administrative) au Burkina Faso. En décembre 2001 et janvier 2002, des activités de vaccination supplémentaire ont été me-

¹ Les activités de vaccination supplémentaire initiale s'adressant à une tranche d'âges élargie ciblent l'ensemble des enfants âgés de 9 mois à 14 ans, quels que soient leurs antécédents de rougeole ou de vaccination antirougeoleuse. Ces activités initiales doivent être suivies d'activités de vaccination supplémentaire «de suivi» 3 à 5 ans après, afin d'offrir une seconde possibilité de vaccination aux enfants nés entre-temps (en général, il s'agit d'enfants âgés de 9 mois à 4 ans).

Table 1. **Estimated percentage reduction in reported measles cases and deaths in 2002 (post-campaign) compared with 1996–2001 (pre-campaign) in Burkina Faso, Mali and Togo**

Tableau 1. **Réduction estimée en pourcentage du nombre de cas et de décès par rougeole rapportés en 2002 (après la campagne) par rapport à la période 1996–2001 (avant la campagne) au Burkina Faso, au Mali et au Togo**

Countries Pays	Number of children targeted Nombre d'enfants ciblés	Coverage mass campaign (survey) % Couverture de la campagne de masse (enquête) %	Outcome Résultat	Average annual reported number, 1996–2001 Nombre moyen annuel rapporté, 1996–2001	Reported number in 2002 Nombre rapporté en 2002	Percentage decline in 2002 compared with annual average for 1996–2001 Diminution en pourcentage en 2002 par rapport à la moyenne annuelle rapportée en 1996–2001
Burkina Faso	5 152 000	97	Cases – Cas Deaths – Décès	7147 219	1744 48	76% 78%
Mali	5 074 610	99	Cases – Cas Deaths – Décès	5552 34	717 7	87% 79%
Togo	2 425 946	95	Cases – Cas Deaths – Décès	2066 95	363 1	82% 99%
Total	12 652 556		Cases – Cas Deaths – Décès	14 765 348	2824 56	81% 84%

opportunity for measles vaccination in these three countries.

Impact. A total of 12.7 million children were targeted in the three countries. National SIA coverage measured by standard cluster survey methods ranged from 95% to 99% (Table 1) and by the administrative method from 99% to 104%.² The total number of measles cases reported in 2002 declined by 81% compared with the annual average for 1996–2001; the total number of reported measles deaths declined by 84% (Table 1).

Surveillance. Enhanced measles surveillance, including case-based surveillance with laboratory confirmation, was implemented following SIAs. According to regional guidelines, illnesses meeting the case definition of rash, fever and cough, coryza or conjunctivitis, or any clinical diagnosis of measles should be reported as suspected measles. Blood should be collected for serological confirmation from all patients in whom measles is suspected.

Burkina Faso. Specimens were collected from 1060 (62%) of 1712 suspected measles cases. Of 1029 cases with laboratory results, 709 (69%) were measles IgM positive, of whom 36% were 15 years old or older. Some 45% of laboratory-confirmed cases were in the target age group for SIAs (9 months to 14 years).

Mali. Specimens were collected from 63 (12%) of 533 suspected measles cases; 22 (35%) tested measles IgM-positive. Laboratory-confirmed measles outbreaks were detected in one northern district among a nomadic population ($n = 39$) and in one district along the Guinea border ($n = 36$).

nées à l'échelle nationale dans ces trois pays auprès des enfants âgés de 9 mois à 14 ans afin de leur offrir une seconde possibilité d'être vaccinés contre la rougeole.

Résultat. Au total, 12,7 millions d'enfants ont été ciblés dans ces trois pays. La couverture nationale des activités de vaccination supplémentaire mesurée au moyen de sondages en grappe classiques s'est située entre 95% et 99% (Tableau 1) et entre 99% et 104% par la méthode administrative.² Le nombre total de cas de rougeole déclarés en 2002 a chuté de 81% par rapport à la moyenne annuelle enregistrée entre 1996 et 2001; le nombre total de décès par rougeole déclarés a chuté de 84% (Tableau 1).

Surveillance. La surveillance renforcée de la rougeole, notamment la surveillance basée sur l'identification des cas avec confirmation au laboratoire, a été mise en œuvre à la suite des activités de vaccination supplémentaire. Conformément aux lignes directrices régionales, les maladies répondant à la définition du cas à savoir éruption cutanée accompagnée d'une fièvre, d'une toux, d'une rhinite ou d'une conjonctivite, ou tout diagnostic clinique de rougeole doivent être notifiés comme cas de rougeole présumés. Il convient d'effectuer des prélèvements de sang chez tous les malades chez qui l'on soupçonne une rougeole afin d'obtenir une confirmation sérologique.

Burkina Faso. On a effectué des prélèvements de sang chez 1060 (62%) des 1712 cas de rougeole présumés. Sur les 1029 cas pour lesquels on disposait de résultats de laboratoire, 709 (69%) ont montré une présence d'IgM antirougeoleuse positive, et parmi eux 36% touchaient des malades âgés de 15 ans et plus. Quelque 45% des cas confirmés au laboratoire se situaient dans la classe d'âge ciblée par les activités de vaccination supplémentaire (9 mois à 14 ans).

Mali. Des prélèvements de sang ont été effectués chez 63 (12%) des 533 cas de rougeole présumés; 22 (35%) se sont avérés positifs (présence d'IgM antirougeoleuse). Des flambées de rougeole confirmées au laboratoire ont été détectées dans une population nomade ($n = 39$) d'un district du nord du pays et dans un district situé le long de la frontière avec la Guinée ($n = 36$).

² Results in excess of 100% are probably the result of errors in calculating the numerator or denominator or of inclusion of children outside the target age group in the numerator.

² Les résultats supérieurs à 100% sont probablement dus à des erreurs dans le calcul du numérateur ou du dénominateur ou à l'inclusion d'enfants n'appartenant pas à la classe d'âge ciblée dans le numérateur.

Togo. Specimens were collected from 250 (75%) of 333 suspected measles cases; 23 (9%) tested measles IgM-positive, of whom 14 (61%) were in the north-eastern province of Savane. Of these 14, 11 (78%) were in the Tone district along the border with Burkina Faso.

Editorial note. To date, the measles mortality reduction strategy has been successful. Preliminary evidence shows that the estimated number of cases and deaths from measles has declined dramatically during the 12 months following wide-age-range SIAs compared with the preceding six years. In 2002, SIAs reduced reported measles deaths by 84%. The estimates of impact are conservative because less than 50% of serological specimens from suspected measles cases in Mali and Togo were positive for measles IgM. These findings are consistent with those in southern Africa after nationwide wide-age-range SIAs.

In Burkina Faso, although the numbers of cases and deaths were substantially reduced compared with 1996–2001, widespread measles transmission continued after the campaign. Widespread transmission following successful wide-age-range SIAs has not been observed in 13 other African countries. An outbreak investigation is under way to determine why the decline in the number of cases and deaths in Burkina Faso was not as marked as in the other countries.

Remaining questions for the measles mortality reduction strategy are the duration of effect of the wide-age-range SIAs and the appropriate interval between the initial wide-age range and subsequent SIAs. Based on experience in the Americas and southern Africa, an interval of four years will maintain measles mortality at near zero if routine immunization coverage remains at 80% or higher and the SIAs achieve coverage of >80%. However, attaining routine coverage of >80% will be challenging for these countries. Reported routine coverage with the third dose of diphtheria-pertussis-tetanus vaccine (DPT3) increased in Mali from 32%–52% during 1998–2000 to 74% in 2002, in Burkina Faso from 34%–57% during 1998–2000 to 69% in 2002 and in Togo, from 36%–50% during 1998–2000 to 58% in 2002.

Improved surveillance for measles cases and deaths during the next few years will be important to determine the effectiveness of the measles control strategy as a whole. An increase in population immunity to measles decreases the positive predictive value of the clinical case definition, thus necessitating laboratory confirmation of suspected cases. The implementation of case-based surveillance with serological confirmation of suspected cases will require capacity for specimen collection, transportation, testing and reporting of results. Most countries are conducting measles surveillance by building on the surveillance infrastructure strengthened by polio eradication. ■

Togo. On a effectué des prélèvements de sang chez 250 (75%) des 333 cas de rougeole présumés; 23 (9%) se sont avérés positifs (présence d'IgM antirougeoleuse), dont 14 (61%) dans la province de Savane, au nord-est du pays. Sur ces 14 cas, 11 (78%) ont été observés dans le district de Tone, le long de la frontière avec le Burkina Faso.

Note de la rédaction. A ce jour, la stratégie de réduction de la mortalité rougeoleuse a été couronnée de succès. Les données préliminaires montrent que le nombre estimé de cas et de décès par rougeole a chuté de façon spectaculaire au cours des 12 mois ayant suivi les activités de vaccination supplémentaire visant une tranche d'âges élargie, par rapport aux six années précédentes. En 2002, ces activités ont réduit de 84% le nombre de décès par rougeole signalés. Les estimations des résultats de ces activités sont prudentes parce qu'au Mali et au Togo, moins de 50 % des spécimens sérologiques provenant de cas de rougeole présumés renfermaient l'IgM antirougeoleuse. Ces résultats correspondent à ceux obtenus en Afrique du Sud à la suite d'activités de vaccination supplémentaire menées à l'échelle nationale dans une tranche d'âges élargie.

Au Burkina Faso, bien qu'on ait enregistré des réductions importantes du nombre de cas et de décès par rapport à la période 1996–2001, une transmission généralisée de la rougeole a continué à être enregistrée après la campagne, phénomène qui n'a pas observé à la suite des activités de vaccination supplémentaire menées avec succès dans 13 autres pays africains. Une étude de la flambée est en cours afin de déterminer pourquoi la diminution du nombre de cas et de décès n'a pas été aussi marquée au Burkina Faso que dans les autres pays.

Concernant la stratégie de réduction de la mortalité rougeoleuse, les questions qui se posent encore concernent la durée de l'effet des activités de vaccination supplémentaire axées sur une tranche d'âges élargie et le bon intervalle à respecter entre les activités initiales et les suivantes. D'après l'expérience acquise dans les Amériques et au sud de l'Afrique, un intervalle de quatre ans permettra de maintenir la mortalité rougeoleuse proche de zéro si la couverture de la vaccination systématique reste à au moins 80% et si les activités de vaccination supplémentaire permettent d'assurer une couverture >80%. Toutefois, il semble difficile pour ces pays d'atteindre une couverture systématique >80%. La couverture systématique rapportée pour la troisième dose de vaccin antidiphthérique-anticoquelucheux-antitétanique (DTC3) a progressé au Mali passant de 32% à 52% au cours de la période 1998–2000 à 74% en 2002 et au Burkina Faso, elle est passée de 34% à 57% au cours de la période 1998–2000, puis à 69% en 2002. Le Togo quant à lui est passé de 36% à 50% au cours de la période 1998–2000, puis à 58% en 2002.

Il serait important d'améliorer la surveillance des cas et des décès par rougeole au cours des quelques années à venir afin de déterminer l'efficacité de la stratégie de lutte antirougeoleuse dans son ensemble. Une augmentation de l'immunité de la population contre la rougeole diminue la valeur prédictive positive de la définition du cas clinique, nécessitant ainsi une confirmation au laboratoire des cas présumés. La mise en œuvre d'une surveillance basée sur l'identification des cas avec confirmation sérologique des cas présumés exigera des moyens pour effectuer des prélèvements, les transporter, les analyser et rendre compte des résultats. La plupart des pays assurent la surveillance de la rougeole en se servant de l'infrastructure de surveillance renforcée par l'éradication de la poliomyélite. ■

Ports designated in application of the International Health Regulations / Ports notifiés en application du Règlement sanitaire international

Amendments to 1998 publication / Amendements à la publication de 1998

Insert – Insérer:
Turkey / Turquie
 Bodrum
 Cesme

D	EX
	x
	x

Notifications of diseases received from 31 October to 6 November 2003 / Notifications de maladies reçues du 31 octobre au 6 novembre 2003

Cholera / Choléra		Cases / Deaths Cas / Décès	Asia / Asie		Cases / Deaths Cas / Décès
Africa / Afrique			China / Chine		
Liberia / Libéria	6-27.X			14.VIII-10.IX	
.....	3823	5	87	1

Areas removed from the infected area list between 31 October and 26 November 2003 / Zones supprimées de la liste des zones infectées entre le 31 octobre et le 6 novembre 2003

Cholera / Choléra

Asia / Asie
Philippines

Influenza in the world

1 October 2002–30 September 2003

Between October 2002 and September 2003, influenza activity was mild to moderate. Influenza A(H3N2) virus predominated in both northern and southern hemispheres and caused most of the outbreaks. The epidemics caused by A(H3N2) virus were more severe than those of the previous years. Outbreaks due to influenza B virus were reported in Europe and North America. Influenza A(H1N1) was also associated with outbreaks but in a fewer number of countries. Influenza activity started to rise in December in countries of the northern hemisphere and peaked in February and March. A second wave of influenza activity started in May, this time in countries from the southern hemisphere, reached its peak in June and remained at high level until August. The majority of influenza A(H1N1) and B viruses isolated during the season were closely related to the vaccine strains,¹ whereas the majority of influenza A(H3N2) viruses recently isolated were closely related to A/Fujian/411/2002. Sporadic cases of influenza A(H1N2) were identified in many countries in both northern and southern hemispheres. In addition, 2 human influenza A(H5N1) cases were reported in February 2003² in Hong Kong Special Administrative Region of China (SAR) and over 80 influenza A(H7N7) cases were associated with severe outbreaks in poultry in the Netherlands in March 2003.³ The extent and type of influenza activity worldwide are summarized in *Table 1*.

A total of 73 countries/areas reported during the season: 10 in Africa (Congo, Democratic Republic of the Congo, Egypt, Madagascar, Mauritius, Morocco, Senegal, South Africa, Tunisia and Zambia); 14 in the Americas (Argentina, Brazil, Canada, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Mexico, Paraguay, Peru, Trinidad and Tobago, the United States of America and Uruguay); 13 in Asia (Bangladesh, China, Hong Kong SAR, India, Indonesia, Japan, Malaysia, Philippines, Republic of Korea, Saudi Arabia, Singapore, Taiwan Province of China and Thailand); 32 in Europe (Albania, Austria, Belarus, Belgium, Bulgaria, Croatia, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Latvia, the Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Russian Federation, Serbia and Montenegro, Slovakia, Spain, Sweden, Switzerland, Turkey, Ukraine and the United Kingdom); and 4 in Oceania (Australia, Guam, New Caledonia and New Zealand). ■

¹ See <http://www.who.int/csr/disease/influenza/vaccinerecommendations1/en/index2.html>

² See http://www.who.int/csr/don/2003_02_27a/en/

³ See <http://www.eurosurveillance.org/ew/2003/030501.asp>

La grippe dans le monde

1^{er} octobre 2002-30 septembre 2003

L'activité grippale a été faible à modérée entre octobre 2002 et septembre 2003. Le virus grippal A(H3N2) a prédominé tant dans l'hémisphère nord que dans l'hémisphère sud et a causé la plus grande partie des flambées. Les épidémies causées par le virus A(H3N2) ont été plus graves que les années précédentes. Des flambées causées par le virus grippal B ont été signalées en Europe et en Amérique du Nord. La grippe A(H1N1) a également été associée à des flambées, mais dans un plus petit nombre de pays. L'activité grippale a commencé à augmenter en novembre dans des pays de l'hémisphère nord avant de culminer pendant les mois de février et mars. Une seconde vague d'activité grippale a commencé en juin, cette fois dans les pays de l'hémisphère sud, a culminé en juin et est restée à un niveau élevé jusqu'en août. La majorité des virus grippaux A(H1N1) et B isolés au cours de la saison était très proche des souches vaccinales,¹ alors que la majorité des récents isolements de virus grippaux A(H3N2) était très proche de A/Fujian/411/2002. Des cas sporadiques de grippe A(H1N2) ont été identifiés dans de nombreux pays, tant de l'hémisphère nord que de l'hémisphère sud. D'autre part, en février 2003,² 2 cas humains de grippe A(H5N2) ont été signalés à Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine (RAS) et en mars 2003,³ plus de 80 cas de grippe A(H7N7) ont été associés à de graves flambées chez de la volaille, aux Pays-Bas. L'étendue et le type d'activité grippale dans le monde sont représentés dans le *Tableau 1*.

Au total, 73 pays/territoires ont déclaré leurs cas de grippe au cours de la saison: 10 en Afrique (Afrique du Sud, Congo, Egypte, Madagascar, Maroc, Maurice, République démocratique du Congo, Sénégal, Tunisie et Zambie); 14 dans les Amériques (Argentine, Brésil, Canada, Chili, El Salvador, Equateur, Etats-Unis d'Amérique, Guatemala, Guyane, Mexico, Paraguay, Pérou, Trinité et Tobago et Uruguay); 13 en Asie (Arabie saoudite, Bangladesh, Chine, Hong Kong RAS, Inde, Indonésie, Japon, Malaisie, Philippines, République de Corée, Singapour, Taiwan (Province de la Chine), Thaïlande et Viet Nam); 32 en Europe (Albanie, Allemagne, Autriche, Bélarus, Belgique, Bulgarie, Croatie, Danemark, Espagne, Fédération de Russie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Lettonie, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, Serbie-et-Monténégro, Slovaquie, Suède, Suisse, Turquie, Ukraine, République tchèque et Royaume-Uni); et 4 en Océanie (Australie, Guam, Nouvelle-Calédonie et Nouvelle-Zélande). ■

¹ Voir <http://www.who.int/csr/disease/influenza/vaccinerecommendations1/en/index2.html>

² Voir http://www.who.int/csr/don/2003_02_27a/en/

³ Voir <http://www.eurosurveillance.org/ew/2003/030501.asp>

Table 1 **Extent and type of influenza activity worldwide confirmed by virus isolation or direct detection of virus, October 2002–September 2003**
 Tableau 1 **Etendue et type de l'activité grippale dans le monde confirmée par isolement de virus ou détection directe de virus, octobre 2002-septembre 2003**

Country/area Pays/territoire	October Octobre	November Novembre	December Décembre	January Janvier	February Février	March Mars	April Avril	May Mai	June Juin	July Juillet	August Août	September Septembre
Africa – Afrique												
Congo			•H1									
Congo (Democratic Republic of the) Rép. démocratique du Congo			•••H3	•••H3								
Egypt – Egypte	•H3,B	H3,B	••H3,••B	••H3,••B	••B	••H3,••B	••B					
Madagascar	•H3,B	•B	•B	0	0	0	0	•H3	••H3	••H3	0	0
Mauritius – Maurice	•H3,B											
Morocco – Maroc	0	•B	•B	0	0			•B				
Senegal – Sénégal	•H1,H3	•H1,H3	0		H1		H1,H3		H3, H1	H1		
South Africa – Afrique du Sud				0	0	0	0	•H3	•••H3	•B,H3,H1	0	0
Tunisia – Tunisie				•H3,B	•B							
Zambia – Zambie										••H3		
Americas – Amériques												
Argentina – Argentine	•H1,B	•H1	0	•H1	•H1, •H3	•H3,H1,B	•H3	•••H1, •••H3, B	••••H1, •••H3, B	••••H1, •••H3, B	•A	•A
Brazil – Brésil	••B,••H3,••A			••H1	••H1	••H1	••H1, •H3	•H1, •H3, •B	••H3,••A	••H3,••H1,•B,••A	•••A	
Canada	•H1,H3	••H1,B	••H3,H1,•B	•••A,B	•••B,••A	••H1, ••B	••H1,•H3,••A, •B	*H3,••A, B	H3,••A, B	••H3,•A	•A	•A
Chile – Chili	•A,B	•B	0	0	0	•H3	•A	•H3	••H3, H1	•••H3, H1	••H3, H1	
Ecuador – Equateur						B						
El Salvador								•••H3	•••H3			
Guatemala	•B											
Guyana – Guyane	•	•	•B	•	•B	•H1, H3	•H1	••H1, H3	•H1			
Mexico – Mexique	H1,•A,B	•A,B	•H1,B	•H1,H3,B	•H1,H3,B	•H1,H3,B	•H3,•H1	H3,•A	•A,B	0	•A	0
Paraguay					•••H3	•••H3	•H3	•H3				
Peru – Pérou	•H1,H3,B			•B,H3	•B,H3,H1	••B,H1	•H3,B,H1	•B,H3,••H1	H1,H3	•A,B	•A,B	
Trinidad and Tobago – Trinité-et- Tobago									••H1			
United States – Etats-Unis d'Amériques	••H1,•H3,•B	••B,H1,H3	••B,•H1,•H3	•••B, •••H1,•H3	•••B, •••H1,•H3	•••B,•H1, •••H3,••A	•H1,•H3,•B, ••A	•H3,•H1,B	•B,•H1,•H3	•H3	•H3,•A	A
Uruguay							•A	•H1,•H3,•A	•••H3, H1	•••H3,H1	•B,A	
Asia – Asie												
Bangladesh					H3	H3	H3	H3, B				
China – Chine	••B,•H3	••B,•H3	•H3,B	•H3,••B	•H3•B	•H3,•H1,•B	•H3,•B	•H3	•H3			

Table 1 (continued) – Tableau 1 (suite)

Country/area Pays/territoire	October Octobre	November Novembre	December Décembre	January Janvier	February Février	March Mars	April Avril	May Mai	June Juin	July Juillet	August Août	September Septembre
Hong Kong SAR – Hong Kong RAS	●H3,B	●H3,B	●H3,B	●H3,B, H1	●H3,B, H1,H5	●H3,B,H1	●H3, B, H1	●H3, B	●H3, B	●H3, B	●H3, B	●H3, B
India – Inde	●B	●	●	●H3	●	●H3, A						
Indonesia – Indonésie				B		H3				H3,B		
Japan – Japon	0	●H3,B	●●H3,B	●●●H3,B	●●●H3,B	●●B,H3,H1	●B, H3	●B	●B	●H3	●H3	
Korea (Republic of) – Corée (République de)	●H3	●●H3	●H3	●●H3,●●A	0							
Malaysia – Malaisie	●H3,B		H3	●H1	●B	●B	●B	B	0	B	0	
Philippines	B	B,H3	B	B								
Saudi Arabia – Arabie saoudite						H3						
Singapore – Singapour	●H3		H3	H3	H3,B	●H1, H3				H3		
Taiwan (Province of China) Taiwan (Province de la Chine)	●H3	●●H3,B	●●H3,●●B		●H3							
Thailand – Thaïlande	●H3,B	●H3,B	0	0	0	●	●	●H3,●A	●H3,●B	●H3,●B,●A	●H3, B	
Europa – Europe												
Albania – Albanie	0	0	0	0	A	●●●H3, B						
Austria – Autriche	0	0	0	●A,B	●●●●A,B,H3	●●●●A,B						
Belarus – Bélarus			●	●	●●H3, B	●●H3						
Belgium – Belgique			●B									
Bulgaria – Bulgarie		●H3			●●●H3	●●●H3,B						
Croatia – Croatie		0	0	0	●●●A,B	●●●●A, B	●●●●A, B	●A, B,H1				
Czech Republic – République tchèque	0	●A,B	●A	●●B,H3, H1	●●●●A,●●●B, H3	●●●●A,●●●B	●A, B					
Denmark – Danemark	0	0	0	●H3, H1,B	●●H3,●●B	●●●●H3, ●●B,H1	●H3	0				
Finland – Finlande		●B	●●B	●●●B,●H3	●●●●B, H3	●●H1,H3,B	●H3, B	●A, B				
France	●A,B	●A,B	●●B, H1,H3	●●●B,H1, H3	●●●B,H1, H3	●●●B,H1, H3	●B,H1,H3	●A, B				
Germany – Allemagne	*B	0	●H3	●●H3, H1,B	●●●●H3, ●●B,H1	●●●●H3, ●●B,H1	●H3, B					
Greece – Grèce				●B	●B, H1	●●●B, H3	●●●B, H3,H1					
Hungary – Hongrie		0	0	●A, B	●H1, B	●H1, B	0					
Iceland – Islande	0	0	0	●H1	●B, H1	●●●●B, H3	●●●B, H1	●H1	●H1			
Ireland – Irlande	0	0	0	H3,B								

Table 1 (continued) – Tableau 1 (suite)

Country/area Pays/territoire	October Octobre	November Novembre	December Décembre	January Janvier	February Février	March Mars	April Avril	May Mai	June Juin	July Juillet	August Août	September Septembre
Israel – Israël		•B	••B	••B	•••B,H1,H3	••B,H3	H3,B	H3	H3	H3		
Italy – Italie		•A	•H3,B	••H3, H1,B	•••H3, H1,B	••••H3, H1,B	••••H3,B	0	0	0	0	0
Latvia – Lettonie	0	•B	•H3	•H1,H3,B	•••H3,H1,B	••••H3,H1,B	••••H3,H1,B	•H3,H1,B	0			
Netherlands – Pays-Bas	0	0	•H3	H1,B	•H3	•H3,B,H1,**H7						
Norway – Norvège	0	0	•H3	•H3,B	•H3,B,H1	•B,H3,H1	•B,H3,H1	•A, B,H1,H3	•A	•A,H3	•H3	•H3
Poland – Pologne	•	0	0	•H3	•H3,B	•••H3,H1,B	0					
Portugal	•H3	•H3,B	•A,B	•B	•B,H3,H1	•B,H3						
Romania – Roumanie	0	0	0	0	••B,*H1	••B,H3,H1	••B,H3,H1					
Russian Federation – Fédération de Russie	•	•H1,H3,B	••H3,•H1,B	•••H3, H1,B	••••H3, ••••H1,B	•••H3, •••H1,B	•H3,B	•				
Serbia and Montenegro – Serbie- et-Monténégro	0	0		0	•H1,•H3,B	H3						
Slovakia – Slovaquie	0	0	0	•H3	••••H3, ••B,H1	•••H3, ••B,H1	•H3,B					
Spain – Espagne	•H3,B	•B	••B,•H1	••B,H3	••••B,H1,H3	•H1	•A,H1,H3					
Sweden – Suède				H3	H1,H3,B	H1,H3	H3,B					
Switzerland – Suisse	0	0	•H3,B	••••H3,B	••••H3, B,H1	••••H3, B,H1	••H3,B				H3	
Turkey – Turquie			H3	H3	B	B						
Ukraine	•	•H1,H3,B	•H1,H3	••H3	•••H3,B	•••H1,H3						
United Kingdom – Royaume-Uni	0	0	•H3,B	•B,H3	••B,H3	•H3,B	•H3,B,H1	•H3,B,H1				
Oceania – Océanie												
Australia – Australie	•H3,B	0	0	••H3	0	•H3	•A	0	•A,H3	•••H3,B	••••H3	••A
Guam	H3	B							H3			
New Caledonia – Nouvelle- Calédonie	•H3,B	0	0	0	0	0	0	•H3	0	•H3	•A	•A
New Zealand – Nouvelle-Zélande ..	•H3,B	0	0	0	H1			••H3	••••H3	••••H3,H1,B	•••H3	

0 = No influenza activity – Aucune activité grippale

• = Sporadic activity – Activité sporadique

•• = Local activity – Activité locale

••• = Regional outbreaks – Flambées régionales

•••• = Widespread outbreaks – Flambées généralisées

A = Influenza A (non-subtyped) – Grippe A (non sous-typée)

B = Influenza B – Grippe B

H1 = Influenza A(H1N1) – H1 = Grippe A(H1N1)

H3 = Influenza A(H3N2) – H3 = Grippe A(H3N2)