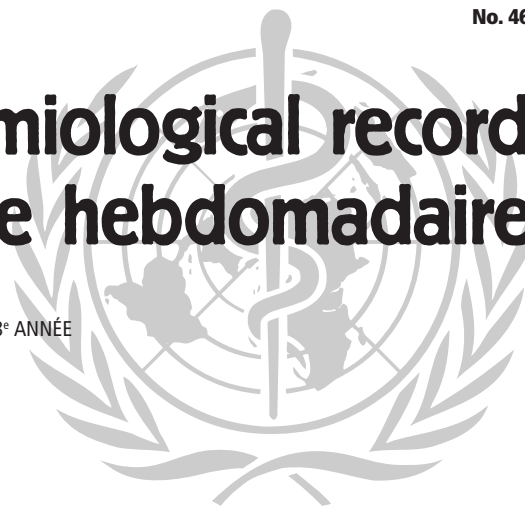


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

14 NOVEMBER 2003, 78th YEAR / 14 NOVEMBRE 2003, 78^e ANNÉE

No. 46, 2003, 78, 397–404

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

Contents

397 Outbreak news:

- Dengue haemorrhagic fever, India – update
- Suspected acute haemorrhagic fever syndrome, Republic of the Congo

398 Weekly malaria surveillance in Zimbabwe

400 International Health Regulations

401 Performance of Acute Flaccid Paralysis (AFP) Surveillance and Incidence of Poliomyelitis, 2002–2003

404 Influenza

Sommaire

397 Le point sur les épidémies:

- Dengue hémorragique, Inde – mise à jour
- Syndrome de la fièvre hémorragique aiguë présumée, République du Congo

398 Surveillance hebdomadaire du paludisme au Zimbabwe

400 Règlement sanitaire international

401 Fonctionnement de la surveillance de la Paralyse Flaccide Aiguë (PFA) et incidence de la poliomyélite, 2002-2003

404 Grippe

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 – update¹

Between 1 June and 9 November 2003, 2185 laboratory confirmed cases of dengue haemorrhagic fever have been reported in Delhi and surrounding areas. Additional information is being sought to determine possible cases of dengue haemorrhagic fever. Circulating dengue virus serotypes DEN-2 and DEN-3 have been reported to be associated with this outbreak.

The outbreak is ongoing and vector control measures have been intensified.

¹ See No. 45, 2003, p. 389.

Suspected acute haemorrhagic fever syndrome, Republic of the Congo

As at 7 November 2003, 12 suspected cases of acute haemorrhagic fever syndrome including 9 deaths have been reported in the district of Mbomo in the Cuvette Ouest Département.

A Ministry of Health team is in the field to assess the situation and to collect clinical samples for diagnosis. These will be tested by the Institut de Recherches pour le Développement (IRD) at the Centre International de Recherches Médicales de Franceville (CIRMF), Gabon.

A National Coordination Committee to contain the outbreak has been established in Brazzaville under the Direction Générale de la Santé, assisted by WHO and other international partners. ■

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Dengue hémorragique, Inde – mise à jour¹

Du 1^{er} juin au 9 novembre 2003, 2185 cas de dengue hémorragique confirmés en laboratoire ont été notifiés à Delhi et dans les environs. On recherche des informations supplémentaires afin de déterminer des cas possibles de dengue hémorragique. Il a été signalé que des sérotypes DEN-2 et DEN-3 du virus de la dengue sont associés avec cette flambée.

La flambée continue et les mesures de lutte vectorielle ont été intensifiées.

¹ Voir N° 45, 2003, p. 389.

Syndrome de la fièvre hémorragique aiguë présumée, République du Congo

Au 7 novembre 2003, 12 cas présumés de fièvre hémorragique aiguë présumée (dont 9 décès) ont été signalés dans le district de Mbomo (région de la Cuvette Ouest).

Une équipe du ministère de la santé est sur le terrain afin d'évaluer la situation et de recueillir des échantillons cliniques pour permettre d'établir un diagnostic. Ils seront testés l'Institut de Recherches pour le Développement (IRD) situé au Centre International de Recherches Médicales de Franceville (CIRMF), Gabon.

Un Comité national de coordination a été établi à Brazzaville et placé sous l'autorité de la Direction Générale de la Santé, laquelle est aidée par l'OMS et d'autres partenaires internationaux. ■

Weekly malaria surveillance in Zimbabwe

Situation on 15 October 2003

Introduction

Malaria is a disease of major public health importance in Zimbabwe. On average, a total of 2 million clinical cases and 2000 deaths are recorded annually. Malaria risk – predominately due to *Plasmodium falciparum* – exists from November to June in areas below 1200 m and throughout the year in the Zambezi valley. The peak transmission period is during the wet, hot months of October to April. Areas at the fringes of transmission are at risk of epidemics, mainly depending on climatic factors. Malaria risk is negligible in Bulawayo and in Harare.

Since 1994, a weekly malaria surveillance system has been operational in the country. It serves as an early detection system for monitoring and responding to problems and epidemic situations. This system collects information from 60% of health facilities in the country (i.e. about 460 facilities). Cases are diagnosed clinically, and a 20% sample of cases is examined by microscopy for confirmation of malaria. The weekly sentinel health facilities were chosen on the basis of having facilities for rapid communication of cases (telephone or radio), a qualified health worker and access to a laboratory for confirmation of cases.

A tally made at the close of each week shows the total number of cases for the week and a cumulative total for comparison with the same information for the previous two seasons. At each level of the health system (district, provincial and national), health managers in charge of malaria are expected to meet weekly during the malaria season (as part of broader health meetings) to review the weekly reports and take appropriate public health response measures.

Malaria trends in 2003

The peak malaria period in 2003 was in April/May, somewhat late. The rainfall pattern has been different this year: it was dry in January/February, with unusually high delayed rainfall in March, leading to a heavier than usual case-load of malaria, particularly in late April and early May, after the end of the rains.

Surveillance data show that, compared with 2002, the number of malaria cases was initially lower up to week 10, but that, by week 42 (15 October), cumulative totals were higher than for the same periods in 2002 and in 2001 (573 136 clinical cases, compared with 520 836 in 2002 and 378 525 in 2001) (Fig. 1). This late increase after week 10 could be linked to the unusually high delayed rainfall in March, since malaria transmission is known to increase following a period of high seasonal rainfall. In addition, coverage with malaria control interventions has been lower this year due to shortage of foreign currency, affecting the purchase of insecticides for indoor residual house spraying, of insecticide-treated mosquito nets (ITNs) and of insecticides for re-treatment of mosquito nets.

The number of malaria deaths is also higher this year (982 deaths up to week 42 in 2003, compared with 567 and

Surveillance hebdomadaire du paludisme au Zimbabwe

Situation au 15 octobre 2003

Introduction

Le paludisme est une maladie majeure du point de vue de la santé publique au Zimbabwe. En moyenne, 2 millions de cas cliniques et 2000 décès sont enregistrés chaque année. Le risque de paludisme – essentiellement dû à *Plasmodium falciparum* – existe de novembre à juin dans les régions situées au-dessous de 1200 m et toute l'année dans la vallée du Zambèze. Le pic de transmission se situe pendant les mois chauds et humides, d'octobre à avril. Les régions voisines de ces zones de transmission sont exposées aux épidémies, qui dépendent principalement de facteurs climatiques. Le risque de paludisme est négligeable à Bulawayo et à Harare.

Depuis 1994, un système de surveillance hebdomadaire du paludisme a été mis en place dans le pays; il sert de système de détection précoce afin de surveiller les problèmes et les situations épidémiques et d'y faire face. Ce système recueille des informations provenant de 60% des établissements de santé du pays (c'est-à-dire environ 460). Les cas sont diagnostiqués cliniquement et un échantillon de 20% des cas est confirmé par microscopie. Les établissements de santé sentinelles pour la surveillance hebdomadaire doivent posséder des installations pour la communication rapide des cas (téléphone ou radio), employer un agent de santé qualifié et avoir accès à un laboratoire pour la confirmation des cas.

Un décompte effectué à la fin de chaque semaine indique le nombre total de cas pour la semaine et un total cumulé permet les comparaisons avec les mêmes informations pour les deux saisons précédentes. A chaque niveau de système de santé (district, province et niveau national), les administrateurs sanitaires chargés du paludisme sont censés se réunir une fois par semaine pendant la saison du paludisme (dans le cadre de réunions plus générales sur la santé) afin d'examiner les rapports hebdomadaires et de prendre les mesures de santé publique qui s'imposent.

Tendances du paludisme en 2003

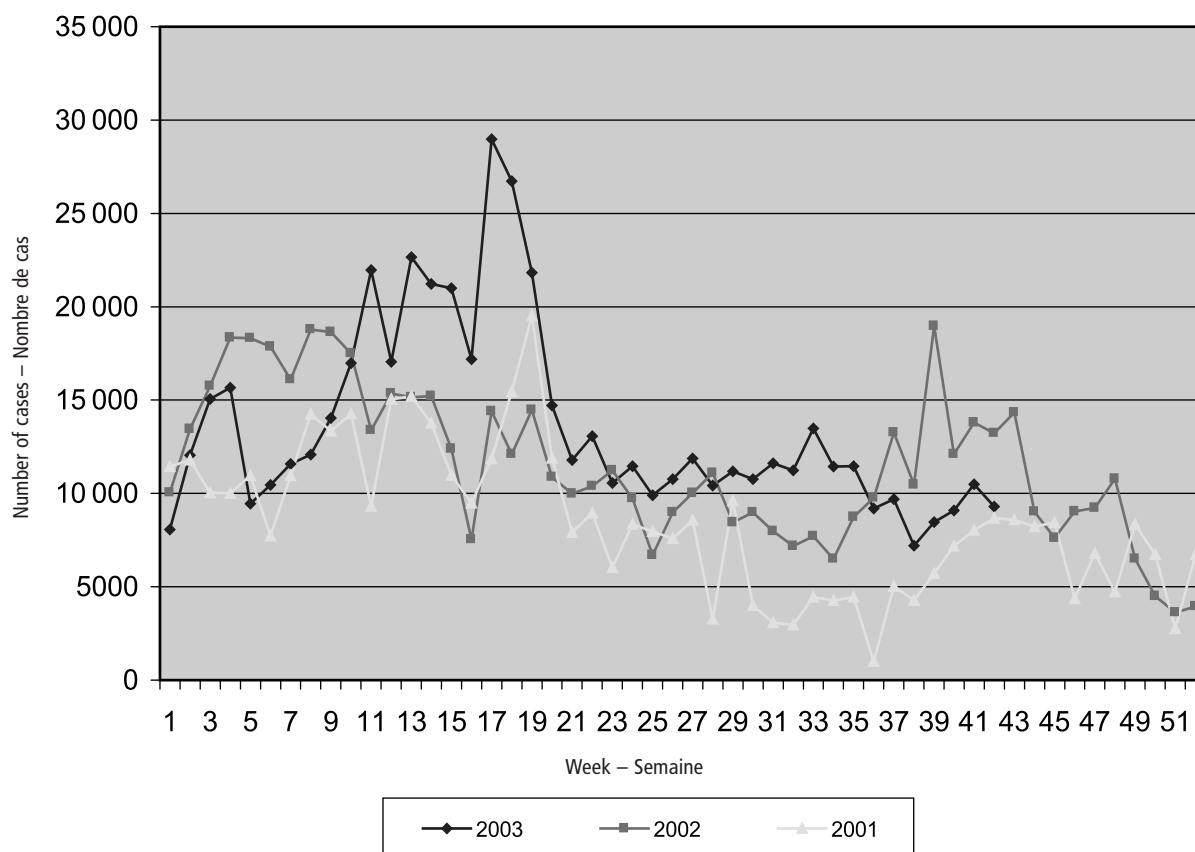
Le pic de la saison du paludisme en 2003 est survenu en avril/mai, c'est-à-dire un peu tardivement. Le régime des précipitations a été différent cette année : le temps a été sec en janvier/février, et de fortes pluies sont arrivées avec un retard inhabituel en mars, entraînant un nombre de cas de paludisme plus élevé que d'habitude, en particulier fin avril et début mai, après la fin de la saison des pluies.

Les données de la surveillance montrent que, par rapport à 2002, le nombre de cas de paludisme était plus faible au départ et ce, jusqu'à la 10^e semaine, mais, à la 42^e semaine (au 15 octobre), le total cumulé était supérieur à celui enregistré pour les mêmes périodes en 2002 et en 2001 (573 136 cas cliniques contre 520 836 en 2002 et 378 525 en 2001) (Fig. 1). Cette augmentation tardive après la 10^e semaine pourrait être liée aux précipitations inhabituellement fortes et tardives survenues en mars, étant donné que l'on sait que la transmission du paludisme augmente suite à une période de fortes précipitations saisonnières. En outre, la couverture par des interventions de lutte antipaludique a été plus faible cette année en raison de la pénurie de devises, qui s'est répercutée sur l'achat d'insecticides pour les pulvérisations d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations, de moustiquaires imprégnées d'insecticide et d'insecticides pour la réimprégnation des moustiquaires.

Le nombre de décès par paludisme est également plus élevé cette année (982 décès à la 42^e semaine en 2003, contre 567 et 360 pour la même

Fig. 1. Malaria cases (clinical diagnosis, sentinel site reporting) in Zimbabwe, 2001–2003

Fig. 1. Cas de paludisme (diagnostic clinique, notification par des sites sentinelles) au Zimbabwe, 2001–2003



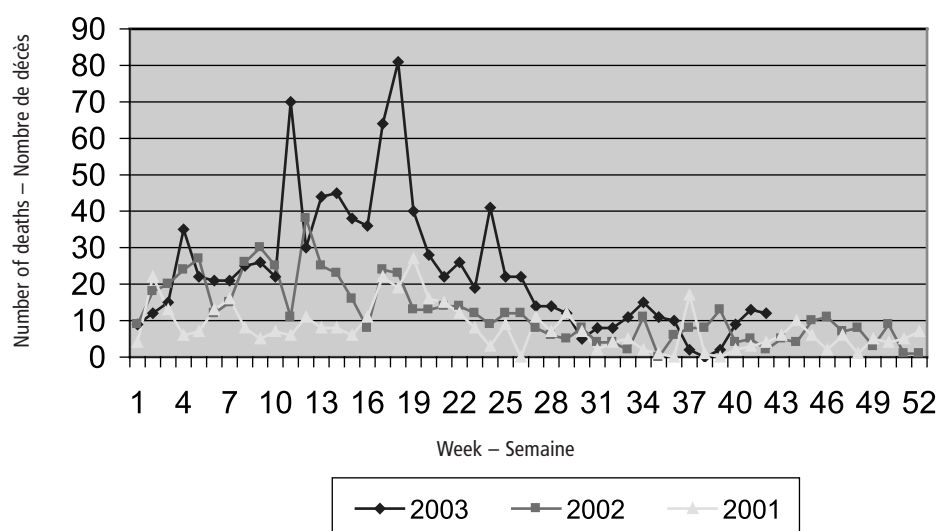
360 deaths for the same period in 2002 and in 2001) (Fig. 2), and cases of severe malaria have similarly increased. The country is shifting from use of chloroquine to sulfadoxine-pyrimethamine (SP) as a first-line antimalarial treatment, following high chloroquine resistance documented in *P. falciparum* infections. Although physical access to primary essential care in Zimbabwe is more than 85%, some health facilities have been experiencing shortages of SP. Late reporting contributes to increasing mortality. Referral from these primary care facilities to secondary care is difficult because of the current shortage of ambulance and field support vehicles, compounded by erratic fuel supplies in the country. The movement of non-immune people from non-endemic parts of the country to malaria-endemic areas as part of the resettlement programme has also contributed to increasing malaria morbidity and mortality. In addition, there is a need to investigate the severity of malaria in immunocompromised individuals, given the high prevalence of HIV/AIDS in the country. In order to collect more information about malaria deaths and to take remedial action, a system of malaria death audits was begun in 2001. This system has yet to be standardized across the country.

While the peak malaria period in 2003 was in April/May, localized outbreaks were detected in eastern Zimbabwe (Chipinge, Mudzi, Mutasa) in early February and in western and central Zimbabwe (Bindura, Gokwe, Hurungwe, Shamva) in March. Some of these outbreaks were in well-known epidemic-prone unstable malaria areas, but many were in new resettlement areas.

période en 2002 et 2001) (Fig. 2), et les cas de paludisme sévère ont augmenté de la même façon. Le pays est en train de passer de l'utilisation de la chloroquine à la sulfadoxine-pyriméthamine comme traitement antipaludéen de première intention, suite à la mise en évidence d'une forte résistance à la chloroquine de *P. falciparum*. Bien que l'accès aux soins primaires essentiels au Zimbabwe soit supérieur à 85%, certains établissements de santé connaissent des pénuries de sulfadoxine-pyriméthamine. La notification tardive contribue à faire augmenter la mortalité. Le transfert des centres de soins primaires vers les soins secondaires est rendu difficile en raison de la pénurie actuelle d'ambulances et de véhicules utilisés sur le terrain, encore compliquée par des difficultés d'approvisionnement en carburant dans le pays. Le déplacement de personnes non immunisées venues de parties du pays où le paludisme n'est pas endémique vers des zones d'endémie, dans le cadre du programme de réinstallation, a également contribué à l'accroissement de la morbidité et de la mortalité palustres. De plus, il convient d'enquêter sur la gravité du paludisme chez les personnes immunodéprimées, compte tenu de la forte prévalence du VIH/SIDA dans le pays. Afin de recueillir davantage d'informations sur les décès par paludisme et de prendre des mesures correctrices, un système d'analyse des décès par paludisme a été mis en place en 2001. Il doit encore être normalisé partout dans le pays.

Si le pic du paludisme en 2003 a été observé en avril/mai, des flambées localisées ont été décelées dans l'est du Zimbabwe (Chipinge, Mudzi, Mutasa) début février et dans l'ouest et le centre du pays (Bindura, Gokwe, Hurungwe, Shamva) en mars. Certaines de ces flambées ont été enregistrées dans des zones d'endémie instables et sujettes aux épidémies bien connues, mais beaucoup correspondaient aux nouvelles zones de réinstallation.

Fig. 2. **Malaria deaths among health facility admissions in Zimbabwe, 2001–2003**
 Fig. 2. **Décès dus au paludisme parmi les admissions dans des établissements de santé au Zimbabwe, 2001-2003**



Source of data and information: Ministry of Health and Child Welfare and World Health Organization, Zimbabwe.
 Source des données et informations : Ministère de la Santé et de la Protection de l'Enfant et Organisation mondiale de la Santé, Zimbabwe.

It has been noted from the weekly reporting system that the proportion of clinically diagnosed cases that are subsequently confirmed by laboratory testing is around 30%. There is a need to ensure that more of the suspected cases are tested, to better target treatment. The use of rapid diagnostic tests is being considered. It has also been noted that the reporting coverage of the weekly reporting system has at times fallen below 50%. During the peak transmission period, extra qualitative surveillance and vigilance are required, with regular field visits and investigations to verify the situation and interpret trends.

National integrated epidemic control meetings are held in Zimbabwe every two weeks with all provinces to review the national health and disease situation. In 2003, increases in weekly surveillance data have been followed up by field investigations, targeting of districts for indoor residual spraying, redistribution of drugs, the establishment of field clinics in two districts and ITN distribution. Emergency retraining in better case management was conducted in all provinces. Emergency drug stocks were requested from and delivered by WHO, and additional drugs and supplies were obtained through an emergency appeal from the United Nations Development Programme and International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. ■

On a constaté d'après la notification hebdomadaire que la proportion de cas diagnostiqués cliniquement qui était ensuite confirmée au laboratoire se situe aux alentours de 30%. Il convient de faire en sorte que davantage de cas suspects fassent l'objet de tests, afin de mieux cibler le traitement. L'utilisation de tests de diagnostic rapide est envisagée. On a également constaté que la couverture par le système de notifications hebdomadaires était parfois tombée au-dessous de 50%. Pendant la période du pic de transmission, une surveillance et une vigilance de qualité particulière s'imposent, avec des visites régulières sur le terrain et des investigations permettant de vérifier la situation et d'interpréter les tendances.

Des réunions nationales sur la lutte intégrée contre les épidémies sont organisées au Zimbabwe toutes les deux semaines, en présence de tous les représentants de provinces afin de passer en revue la situation sanitaire nationale. En 2003, l'augmentation des données de surveillance hebdomadaire a été suivie d'enquêtes sur le terrain, d'un ciblage des districts pour les pulvérisations à effet rémanent à l'intérieur des habitations, d'une redistribution de médicaments, de la mise en place de postes sanitaires sur le terrain dans deux districts, de la distribution de moustiquaires imprégnées. Un recyclage d'urgence pour une meilleure prise en charge des cas a été mené à bien dans toutes les provinces. Des stocks d'urgence de médicaments ont été demandés à l'OMS et livrés, et des médicaments et fournitures supplémentaires ont été obtenus dans le cadre d'un appel d'urgence du Programme des Nations Unies pour le Développement et de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. ■

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 7 to 13 November 2003 / Notifications de maladies reçues du 7 au 13 novembre 2003

Cholera / Choléra		Cases / Deaths Cas / Décès	Liberia / Libéria		Cases / Deaths Cas / Décès	Yellow fever / Fièvre jaune		Cases / Deaths Cas / Décès
Africa / Afrique						Africa / Afrique		
Democratic Republic of the Congo / République démocratique du Congo		13.X-2.XI		27.X-2.XI	Côte d'Ivoire		11.XI
.....		539		1015		1
		18			1			

PERFORMANCE OF ACUTE FLACCID PARALYSIS (AFP) SURVEILLANCE AND INCIDENCE OF POLIOMYELITIS, 2002–2003

(DATA RECEIVED IN WHO HEADQUARTERS AS AT 28 OCTOBER 2003)

FONCTIONNEMENT DE LA SURVEILLANCE DE LA PARALYSIE FLASQUE AIGUË (PFA) ET INCIDENCE DE LA POLIOMYÉLITE, 2002-2003

(DONNÉES REÇUES PAR LE SIÈGE DE L'OMS AU 28 OCTOBRE 2003)

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2003 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2003			Polio cases Cas de poliomyélite	
	AFP cases reported ¹ Cas de PFA signalés ¹	Annualized non-poliomyelitis AFP rate ² Taux de PFA non poliomyélique annuel ²	AFP cases with adequate specimens ³ Cas de PFA avec échantillons ³	2003 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2003 (virus sauvage) ⁴	2002 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2002 (virus sauvage) ⁴
Regional totals — Totaux régionaux					
AFR	5877	2.60	89%	231 (1231)	212 (208)
AMR	1511	1.14	81%	0 (0)	0 (0)
EMR	4177	2.38	90%	83 (83)	110 (110)
EUR	1271	1.19	82%	0 (0)	0 (0)
SEAR	9226	1.61	84%	163 (163)	1600 (1600)
WPR	3551	0.91	87%	0 (0)	0 (0)
Global total — Total mondial	25613	1.70	88%	477 (477)	1922 (1918)
African Region — Région africaine (AFR)					
Algeria — Algérie	28	0.40	89%	0 (0)	0 (0)
Angola	86	1.80	85%	0 (0)	0 (0)
Benin — Bénin	41	1.80	88%	0 (0)	0 (0)
Botswana	14	2.70	71%	0 (0)	0 (0)
Burkina Faso	117	2.70	90%	1 (1) ⁶	1 (1) ⁶
Burundi	71	3.10	93%	0 (0)	0 (0)
Cameroon — Cameroun	81	1.30	77%	0 (0)	0 (0)
Cape Verde — Cap-Vert	3	2.00	67%	0 (0)	0 (0)
Central African Republic — République centrafricaine	26	2.00	96%	0 (0)	0 (0)
Chad — Tchad	43	1.50	81%	2 (2) ⁶	0 (0)
Comoros — Comores	ND				
Congo	29	3.20	93%	0 (0)	0 (0)
Democratic Republic of the Congo — République démocratique du Congo	733	3.90	91%	0 (0)	0 (0)
Côte d'Ivoire	76	1.50	100%	0 (0)	0 (0)
Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	11	7.30	73%	0 (0)	0 (0)
Eritrea — Erythrée	38	4.60	92%	0 (0)	0 (0)
Ethiopia — Ethiopie	278	1.20	82%	0 (0)	0 (0)
Gabon	4	1.10	100%	0 (0)	0 (0)
Gambia — Gambie	8	2.10	100%	0 (0)	0 (0)
Ghana	94	1.40	83%	6 (6) ⁶	0 (0)
Guinea — Guinée	71	2.70	97%	0 (0)	0 (0)
Guinea-Bissau — Guinée-Bissau	7	1.90	100%	0 (0)	0 (0)
Kenya	218	2.00	83%	0 (0)	0 (0)
Lesotho	10	1.20	100%	0 (0)	0 (0)
Liberia — Libéria	10	0.60	90%	0 (0)	0 (0)
Madagascar	65	1.30	71%	0 (0)	4 ⁵
Malawi	47	1.20	89%	0 (0)	0 (0)
Mali	94	2.50	93%	0 (0)	0 (0)
Mauritania — Mauritanie	25	2.80	92%	0 (0)	0 (0)
Mauritius — Maurice	ND				
Mozambique	93	1.60	71%	0 (0)	0 (0)
Namibia — Namibie	7	1.20	86%	0 (0)	0 (0)
Niger	99	2.50	84%	4 (4)	3 (3)
Nigeria — Nigéria	2500	6.30	92%	217 (217)	202 (202)
Réunion	ND				
Rwanda	58	2.00	91%	0 (0)	0 (0)
Saint Helena – Sainte-Hélène	ND				
Sao Tome and Principe — Sao Tomé-et-Principe	1	1.70	0%	0 (0)	0 (0)
Senegal — Sénégal	59	1.80	93%	0 (0)	0 (0)
Seychelles	ND				
Sierra Leone	28	1.70	79%	0 (0)	0 (0)
South Africa — Afrique du Sud	162	1.40	86%	0 (0)	0 (0)
Swaziland	13	3.50	100%	0 (0)	0 (0)
Togo	60	3.40	100%	1 (1) ⁶	0 (0)
Uganda — Ouganda	171	2.20	94%	0 (0)	0 (0)
United Republic of Tanzania — République-Unie de Tanzanie	131	1.10	91%	0 (0)	0 (0)
Zambia — Zambie	83	2.00	87%	0 (0)	2 (2) ⁶
Zimbabwe	84	1.70	87%	0 (0)	0 (0)
Region of the Americas — Région des Amériques (AMR)					
Argentina — Argentine	96	1.10	67%	0 (0)	0 (0)
Bolivia — Bolivie	44	1.65	64%	0 (0)	0 (0)
Brazil — Brésil	421	1.03	76%	0 (0)	0 (0)
Canada	ND				
Caribbean Epidemiology Center* — Centre d'Epidémiologie des Caraïbes*	20	1.15	65%	0 (0)	0 (0)
Chile — Chili	59	1.74	81%	0 (0)	0 (0)
Colombia — Colombie	112	1.01	73%	0 (0)	0 (0)

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2003 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2003			Polio cases Cas de poliomyélite			
	AFP cases reported ¹ Cas de PFA signalés ¹	Annualized non-poliomyelitis AFP rate ² Taux de PFA non poliomyélique annuel ²	AFP cases with adequate specimens ³ Cas de PFA avec échantillons ³	2003 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2003 (virus sauvage) ⁴		2002 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2002 (virus sauvage) ⁴	
Costa Rica	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Cuba	16	0.45	100%	0	(0)	0	(0)
Dominican Republic — République dominicaine	13	0.49	92%	0	(0)	0	(0)
Ecuador — Equateur	39	1.14	95%	0	(0)	0	(0)
El Salvador	85	4.68	87%	0	(0)	0	(0)
Guatemala	71	1.98	93%	0	(0)	0	(0)
Haiti — Haïti	9	0.36	67%	0	(0)	0	(0)
Honduras	37	1.72	100%	0	(0)	0	(0)
Mexico — Mexique	272	1.06	87%	0	(0)	0	(0)
Nicaragua	27	1.50	100%	0	(0)	0	(0)
Panama	5	0.68	80%	0	(0)	0	(0)
Paraguay	17	0.97	53%	0	(0)	0	(0)
Peru — Pérou	80	1.18	96%	0	(0)	0	(0)
Uruguay	9	1.39	44%	0	(0)	0	(0)
United States of America — Etats-Unis d'Amérique	ND						
Venezuela	79	1.31	89%	0	(0)	0	(0)

* These countries have been grouped together for reporting purposes. — Ces pays ont été regroupés aux fins de la déclaration.

Eastern Mediterranean Region — Région de la Méditerranée orientale (EMR)

Afghanistan	485	3.99	89%	6	(6)	10	(10)
Bahrain — Bahreïn	1	0.61	0%	0	(0)	0	(0)
Cyprus — Chypre	1	0.71	100%	0	(0)	0	(0)
Djibouti	1	0.50	0%	0	(0)	0	(0)
Egypt — Egypte	498	2.50	91%	1	(1)	7	(7)
Iran (Islamic Republic of) — Iran (République islamique d')	360	1.69	89%	0	(0)	0	(0)
Iraq	146	1.53	94%	0	(0)	0	(0)
Jordan — Jordanie	18	1.05	89%	0	(0)	0	(0)
Kuwait — Koweït	2	0.43	100%	0	(0)	0	(0)
Lebanon — Liban	16	2.14	75%	1	(1) ⁶	0	(0)
Libyan Arab Jamahiriya — Jamahiriya arabe libyenne	21	1.22	95%	0	(0)	0	(0)
Morocco — Maroc	117	1.49	85%	0	(0)	0	(0)
Oman	10	1.34	100%	0	(0)	0	(0)
Pakistan	1807	3.04	90%	75	(75)	90	(90)
Qatar	2	1.53	100%	0	(0)	0	(0)
Saudi Arabia — Arabie saoudite	101	1.63	96%	0	(0)	0	(0)
Somalia — Somalie	84	3.12	79%	0	(0)	3	(3)
Sudan — Soudan	306	2.70	89%	0	(0)	0	(0)
Syrian Arab Republic — République arabe syrienne	73	1.24	89%	0	(0)	0	(0)
Tunisia — Tunisie	29	1.21	90%	0	(0)	0	(0)
United Arab Emirates — Emirats arabes unis	7	1.15	100%	0	(0)	0	(0)
West Bank and Gaza Strip — Cisjordanie et bande de Gaza	5	0.48	60%	0	(0)	0	(0)
Yemen — Yémen	87	1.17	90%	0	(0)	0	(0)

European Region — Région européenne (EUR)

Albania — Albanie	7	0.98	100%	0	(0)	0	(0)
Andorra — Andorre	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Armenia — Arménie	13	2.15	92%	0	(0)	0	(0)
Austria — Autriche	2	0.20	100%	0	(0)	0	(0)
Azerbaijan — Azerbaïdjan	14	0.84	93%	0	(0)	0	(0)
Belarus — Bélarus	43	3.27	79%	0	(0)	0	(0)
Belgium — Belgique	1	0.08	0%	0	(0)	0	(0)
Bosnia and Herzegovina — Bosnie-Herzégovine	2	0.36	100%	0	(0)	0	(0)
Bulgaria — Bulgarie	25	2.86	100%	0	(0)	0	(0)
Croatia — Croatie	1	0.16	0%	0	(0)	0	(0)
Czech Republic — République tchèque	7	0.57	86%	0	(0)	0	(0)
Denmark — Danemark	ND						
Estonia — Estonie	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Finland — Finlande	ND						
France	ND						
Georgia — Géorgie	9	1.19	89%	0	(0)	0	(0)
Germany — Allemagne	43	0.45	33%	0	(0)	0	(0)
Greece — Grèce	11	0.91	36%	0	(0)	0	(0)
Hungary — Hongrie	11	0.88	36%	0	(0)	0	(0)
Iceland — Islande	ND						
Ireland — Irlande	3	0.47	0%	0	(0)	0	(0)
Israel — Israël	11	0.78	18%	0	(0)	0	(0)
Italy — Italie	71	1.12	63%	0	(0)	0	(0)
Kazakhstan	50	1.60	96%	0	(0)	0	(0)
Kyrgyzstan — Kirghizistan	26	2.06	100%	0	(0)	0	(0)
Latvia — Lettonie	4	1.41	100%	0	(0)	0	(0)
Lithuania — Lituanie	9	1.78	89%	0	(0)	0	(0)
Luxembourg	ND						
Malta — Malte	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2003 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2003			Polio cases Cas de poliomyélite			
	AFP cases reported ¹ Cas de PFA signalés ¹	Annualized non-poliomyelitis AFP rate ² Taux de PFA non poliomyélique annuel ²	AFP cases with adequate specimens ³ Cas de PFA avec échantillons ³	2003 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2003 (virus sauvage) ⁴		2002 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2002 (virus sauvage) ⁴	
Monaco	ND						
Netherlands — Pays-Bas	ND						
Norway — Norvège	7	1.01	57%	0	(0)	0	(0)
Poland — Pologne	40	0.76	60%	0	(0)	0	(0)
Portugal	8	0.61	0%	0	(0)	0	(0)
Republic of Moldova — République de Moldova	6	0.87	100%	0	(0)	0	(0)
Romania — Roumanie	36	1.24	86%	0	(0)	0	(0)
Russian Federation — Fédération de Russie	322	1.82	88%	0	(0)	0	(0)
San Marino — Saint-Marin	ND						
Serbia and Montenegro — Serbie et Monténégro	18	1.16	72%	0	(0)	0	(0)
Slovakia — Slovaquie	10	1.31	30%	0	(0)	0	(0)
Slovenia — Slovénie	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Spain — Espagne	29	0.65	41%	0	(0)	0	(0)
Sweden — Suède	ND						
Switzerland — Suisse	6	0.67	17%	0	(0)	0	(0)
Tajikistan — Tadjikistan	19	1.07	89%	0	(0)	0	(0)
The Former Yugoslav Republic of Macedonia — Ex-République yougoslave de Macédoine	8	2.34	100%	0	(0)	0	(0)
Turkey — Turquie	162	1.00	90%	0	(0)	0	(0)
Turkmenistan — Turkménistan	20	1.41	100%	0	(0)	0	(0)
Ukraine	98	1.62	97%	0	(0)	0	(0)
United Kingdom — Royaume-Uni	ND						
Uzbekistan — Ouzbékistan	119	1.75	100%	0	(0)	0	(0)
South-East Asia — Asie du Sud-Est (SEAR)							
Bangladesh	1000	2.14	89%	0	(0)	0	(0)
Bhutan — Bhoutan	3	1.24	67%	0	(0)	0	(0)
Democratic People's Republic of Korea – République populaire démocratique de Corée	68	0.92	96%	0	(0)	0	(0)
India — Inde	6950	1.68	82%	163	(163)	1600	(1600)
Indonesia — Indonésie	568	1.00	89%	0	(0)	0	(0)
Maldives	1	0.74	100%	0	(0)	0	(0)
Myanmar	218	1.38	95%	0	(0)	0	(0)
Nepal — Népal	165	1.83	90%	0	(0)	0	(0)
Sri Lanka	72	1.36	86%	0	(0)	0	(0)
Thailand — Thaïlande	181	1.15	82%	0	(0)	0	(0)
Timor-Leste	0	0	0%	0	(0)	0	(0)
Western Pacific — Pacifique occidental (WPR)							
Australia — Australie	13	0.39	38%	0	(0)	0	(0)
Brunei Darussalam — Brunéi Darussalam	2	2.42	100%	0	(0)	0	(0)
Cambodia — Cambodge	126	2.77	67%	0	(0)	0	(0)
China — Chine	2530	0.90	88%	0	(0)	0	(0)
Hong Kong Special Administrative Region of China — Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine	9	0.99	89%	0	(0)	0	(0)
Japan — Japon	ND						
Lao People's Democratic Republic — République démocratique populaire lao	56	2.71	68%	0	(0)	0	(0)
Macao Special Administrative Region of China — Macao, Région administrative spéciale de la Chine	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Malaysia — Malaisie	71	1.03	75%	0	(0)	0	(0)
Mongolia — Mongolie	8	1.07	75%	0	(0)	0	(0)
New Zealand — Nouvelle-Zélande	6	0.81	50%	0	(0)	0	(0)
Pacific islands* — Iles du Pacifique*	8	0.97	25%	0	(0)	0	(0)
Papua New Guinea — Papouasie-Nouvelle-Guinée	14	0.77	57%	0	(0)	0	(0)
Philippines	414	1.57	90%	0	(0)	0	(0)
Republic of Korea — République de Corée	20	0.25	80%	0	(0)	0	(0)
Singapore — Singapour	4	0.69	25%	0	(0)	0	(0)
Viet Nam	270	0.87	97%	0	(0)	0	(0)

* These countries have been grouped together for reporting purposes. — Ces pays ont été regroupés aux fins de la déclaration.

¹ The regions of the Eastern Mediterranean, Europe, South-East Asia and the Western Pacific report by date of onset. The other 2 regions report by date of notification. — Les régions d'Asie du Sud-Est, d'Europe, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental rapportent selon la date d'apparition de la paralysie. Les 2 autres régions rapportent selon la date de notification.

² Annualized non-poliomyelitis AFP rate for 100 000 persons aged < 15. — Taux annualisé de PFA non poliomyélique pour 100 000 personnes âgées de < 15 ans.

³ Two stool specimens collected within 14 days of onset of paralysis, 24-48 hours apart, except for the Region of the Americas where only 1 specimen is collected. — Deux échantillons de selles recueillis à 24-48 heures d'intervalle dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie, à l'exception de la Région des Amériques, où 1 seul échantillon est recueilli.

⁴ Figures in brackets indicate the number of laboratory-confirmed cases. — Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de cas confirmés en laboratoire.

⁵ Vaccine-derived poliovirus (VDPV). — Poliovirus dérivé du vaccin (PVDV).

⁶ Imported virus. — Virus importé.

ND = Country is not reporting AFP data. — Pays ne signalant pas de cas de PFA.

The most recent AFP and wild virus data can be found on the WHO website at http://www.who.int/vaccines/casecount/case_count.cfm, and is update bi-weekly. — Les données les plus récentes concernant la PFA et les virus sauvages peuvent être consultées sur le site web de l'OMS http://www.who.int/vaccines/casecount/case_count.cfm, mis à jour deux fois par semaine.

Influenza

Canada (1 November 2003).¹ During week 44, influenza outbreaks were reported in Alberta, Saskatchewan and Northwest Territories. During the same week, widespread influenza activity was reported in all parts of Alberta and Saskatchewan and in one part of Ontario. Influenza-like illness (ILI) consultation rate in week 44 was 31 cases per 1000 consultations, which is above the national baseline. To date, 14 influenza viruses have been characterized by the National Microbiology Laboratory and found to be A/Panama/2007/99-like, which is the vaccine strain for 2003–2004.

Iceland (1 November 2003).² Widespread influenza activity continued to be reported between weeks 42 and 44, with 45 influenza A viruses detected.

Israel (8 November 2003).¹ Influenza activity has increased since week 43, with 17 influenza A non-subtyped and 12 A(H3N2) viruses detected in week 44 and 34 influenza A non-subtyped viruses detected in week 45.

Spain (8 November 2003).³ Increased influenza activity has been observed since week 44. In week 45, a regional outbreak was reported in Castilla y León. To date this season, seven influenza A viruses have been detected, all in children aged 3–14 years old.

United Kingdom (8 November 2003).⁴ Influenza A virus is circulating in the UK population. Clinical indicators of influenza activity continue to rise in England and Northern Ireland and are now above baseline levels in Scotland. Thirteen influenza H3 viruses were detected during week 44. Among the isolates genetically characterized so far, six have been confirmed as A/Fujian/411/2002-like and three as A/Panama/2007/99-like. Over the past 8 weeks, a few deaths reported in children have been attributed to influenza infection.

United States (1 November 2003).¹ During week 44, widespread influenza activity was reported in Texas. Local influenza activity was reported in Colorado, Louisiana and Montana, while influenza activity remained low or absent in all other states. The ILI consultation rate was 2.2%, which is below the national baseline of 2.5%. Since week 40, 190 influenza A viruses and three B viruses have been detected. All influenza A viruses subtyped to date are influenza A(H3N2) viruses.

Other reports. No influenza activity has been reported in Germany⁵ between weeks 40 and 42, in Japan¹ between weeks 44 and 45, in Madagascar² between weeks 43 and 45 or in Serbia and Montenegro⁶ between weeks 40 and 45. Sporadic activity of influenza A was reported in Chile² between weeks 42 and, in Finland⁷ between weeks 40 and 44, in France¹ between weeks 42 and 44, in Guyana² between weeks 42 and 45, in Hong Kong Special Administrative Region of China² between weeks 43 and 44, and in New Caledonia² between weeks 42 and 44. ■

¹ See No. 44, 2003, p. 387.

² See No. 43, 2003, p. 380.

³ See No. 20, 2003, p. 180.

⁴ See No. 34, 2003, p. 304.

⁵ See No. 20, 2003, p. 179.

⁶ See No. 10, 2003, p. 120.

⁷ See No. 21, 2003, p. 188.

Grippe

Canada (1 novembre 2003).¹ Au cours de la semaine 43, des flambées de grippe ont été signalées à Alberta, Saskatchewan et dans les Territoires du Nord-Ouest. Au cours de la même semaine, une activité grippale générale a également été signalée partout à Alberta et à Saskatchewan, ainsi qu'à un endroit d'Ontario. Le taux de consultations pour syndromes grippaux était de 31 pour 1000 consultations au cours de la semaine 43, ce qui est au-dessus du niveau de base national. A ce jour, 14 virus grippaux ont été caractérisés par le Laboratoire national de microbiologie et ils se sont avérés être analogues à A/Panama/2007/99, la souche vaccinale pour 2003-2004.

Islande (1 novembre 2003).² On a continué de signaler une activité grippale généralisée entre les semaines 42 et 44, avec le dépistage de 45 virus grippaux de type A.

Israël (8 novembre 2003).¹ L'activité grippale a augmenté depuis la semaine 43, avec le dépistage de 17 virus grippaux A non sous-typés et 12 virus grippaux A(H3N2) au cours de la semaine 44 et 34 virus grippaux A non sous-typés pendant la semaine 45.

Espagne (8 novembre 2003).³ Une activité grippale en augmentation a été observée depuis la semaine 44. Au cours de la semaine 45, une flambée régionale a été signalée en Castille y León. A ce jour cette saison, sept virus grippaux A ont été dépistés, tous chez des enfants âgés de 3 à 14 ans.

Royaume-Uni (8 novembre 2003).⁴ Le virus grippal A circule parmi la population britannique. Les indicateurs cliniques de l'activité grippale continuent à augmenter en Angleterre et en Irlande du Nord et ils sont actuellement au-dessus des niveaux de base en Ecosse. Treize virus grippaux de type H3 ont été dépistés pendant la semaine 44. Jusqu'à présent, parmi les isolements caractérisés génétiquement, six ont été confirmés comme étant analogues à A/Fujian/411/2002 et trois comme étant analogues à A/Panama/2007/99. Au cours des 8 dernières semaines, quelques décès ont été signalés chez des enfants et attribués à une infection grippale.

Etats-Unis (1 novembre 2003).¹ Au cours de la semaine 44, on a signalé une activité grippale généralisée au Texas. Une activité grippale locale a été signalée au Colorado, en Louisiane et au Montana alors qu'elle est restée faible ou absente dans tous les autres états. Le taux de consultations pour syndromes grippaux était de 2,2%, ce qui est au-dessous du niveau de base national de 2,5%. Depuis la semaine 40, 190 virus grippaux de type A et trois de type B ont été dépistés.

Autres rapports. Aucune activité grippale n'a été signalée en Allemagne⁵ entre les semaines 40 et 42, au Japon¹ entre les semaines 44 et 45, à Madagascar² entre les semaines 43 et 45 ou en Serbie et Monténégro⁶ entre les semaines 40 et 45. On a signalé une activité grippale sporadique au Chili² entre les semaines 42 et 44 et en Finlande⁷ entre les semaines 40 et 44, en France¹ entre les semaines 42 et 44, en Guyane² entre les semaines 42 et 45, à Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine² entre les semaines 43 et 44 et en Nouvelle-Calédonie² entre les semaines 42 et 44. ■

¹ Voir N° 44, 2003, p. 387.

² Voir N° 43, 2003, p. 380.

³ Voir N° 20, 2003, p. 180.

⁴ Voir N° 34, 2003, p. 304.

⁵ Voir N° 20, 2003, p. 179.

⁶ Voir N° 10, 2003, p. 120.

⁷ Voir N° 21, 2003, p. 188.