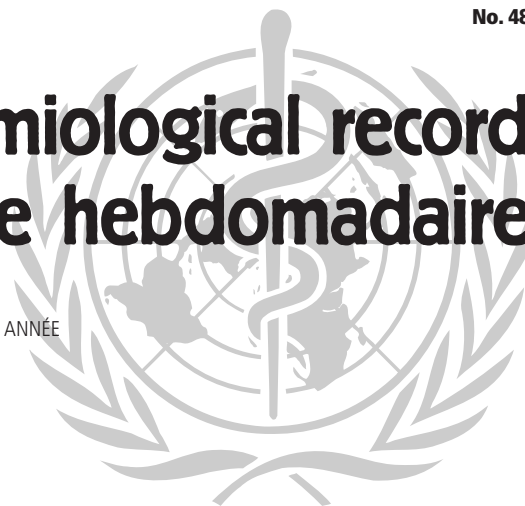


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

28 NOVEMBER 2003, 78th YEAR / 28 NOVEMBRE 2003, 78^e ANNÉE

No. 48, 2003, 78, 409–416

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

Contents

- 409 Outbreak news:
– Cholera, Mali
– Ebola haemorrhagic fever, Republic of the Congo
- 410 Progress in certification of poliomyelitis eradication and in laboratory containment of wild poliovirus
- 414 *Health aspects of biological, chemical and radionuclear threats*: a WHO interactive and searchable electronic library
- 414 Influenza
- 416 International Health Regulations

Sommaire

- 409 Le point sur les épidémies:
– Choléra, Mali
– Fièvre hémorragique à virus Ebola, République du Congo
- 410 Progrès réalisés vers la certification de l'éradication de la poliomyélite et le confinement du poliovirus sauvage en laboratoire
- 414 *Aspects sanitaires des menaces biologiques, chimiques et radionucléaires*: l'OMS institue une «infothèque» interactive et consultable
- 414 Grippe
- 416 Règlement sanitaire international

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

Cholera, Mali

Between 11 August and 9 November 2003, the Malian Ministry of Health reported a total of 693 cases of cholera (including 55 deaths) in 3 regions along the Niger River: Koulikoro, Mopti and Segou. *Vibrio cholerae* El Tor has been laboratory-confirmed by the Institut National de Santé Publique, Bamako (Mali).

The Ministry of Health has intensified surveillance and developed an action plan to control the outbreak. Médecins Sans Frontières–Luxembourg has opened cholera treatment centres and provided equipment and materials. ■

Ebola haemorrhagic fever, Republic of the Congo – update¹

As at 24 November 2003, the Ministry of Health of the Republic of the Congo has reported 36 cases in total (including 18 deaths) of Ebola haemorrhagic fever: 33 cases (including 15 deaths) in Mbomo and 3 cases (including 3 deaths) in Mbandza, two villages located in Mbomo district (Cuvette Ouest Department).

The WHO Regional Office for Africa sub-regional epidemic response team for west Africa, staff from the WHO Country Office in Brazzaville and Médecins Sans Frontières (MSF) – Holland continue to support the Ministry of Health in Mbomo district. An isolation facility has been established, and contact tracing and social mobilization activities with communities in the region are ongoing.

The WHO Country Office is supporting the National Control Committee which also includes the Congolese Ministries of Defence and Forestry and other partners: the European Union Humanitarian Office (ECHO), French Cooperation, International Federation of Red Cross and Red Crescent societies (IFRC) and the National Red Cross Society, MSF–Holland and United Nations High Commission for Refugees (UNHCR). ■

¹ See No. 47, 2003, p. 405.

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Choléra, Mali

Entre le 11 août et le 9 novembre 2003, le ministère de la santé du Mali a signalé un total de 693 cas de choléra (dont 55 décès) dans 3 régions situées le long de la rivière Niger: Koulikoro, Mopti et Ségou. *Vibrio cholerae* El Tor a été confirmé en laboratoire par l'Institut National de Santé Publique de Bamako (Mali).

Le ministère de la santé a intensifié la surveillance et développé un plan d'action afin de lutter contre la flambée. Médecins sans Frontières–Luxembourg a ouvert des centres de traitement du choléra et fournit de l'équipement et du matériel. ■

Fièvre hémorragique à virus Ebola, République du Congo – mise à jour¹

Au 24 novembre 2003, le ministère de la santé de la République du Congo a signalé un total de 36 cas de fièvre hémorragique à virus Ebola (dont 18 décès): 33 cas (dont 15 décès) à Mbomo et 3 cas (dont 3 décès) à Mbandza, deux villages situés dans le district de Mbomo (Département de la Cuvette Ouest).

Des membres de l'équipe de lutte contre les flambées, venant d'Afrique occidentale et envoyée par le Bureau régional OMS pour l'Afrique, des membres du Bureau OMS de Brazzaville et de Médecins Sans Frontières (MSF) – Pays-Bas continuent à soutenir le ministère de la santé dans le district de Mbomo. Une unité d'isolement a été mise en place et la recherche des contacts et les activités de mobilisation sociale se poursuivent auprès des communautés de la région.

Le Bureau OMS de ce pays soutient le Comité national de lutte qui comprend également les ministères de la défense et des forêts du Congo ainsi que d'autres partenaires, tels: l'Office d'aide humanitaire de l'Union Européenne (ECHO), la Coopération française, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) et la Société nationale de la Croix-Rouge, MSF – Pays-Bas et le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR). ■

¹ Voir N° 47, 2003, p. 405.

Progress in certification of poliomyelitis eradication and in laboratory containment of wild poliovirus

Introduction

Since the 1988 World Health Assembly resolution to eradicate poliomyelitis, the number of countries in which polio is endemic has dropped from 125 to 7, and 3 of the 6 WHO regions (Americas (AMR), European (EUR) and Western Pacific (WPR)) have been certified as free of indigenous wild poliovirus. Progress towards interrupting wild poliovirus transmission continues in the three remaining endemic regions (African (AFR), Eastern Mediterranean (EMR) and South-East Asia (SEAR)) continues, with transmission restricted to only 7 countries in early 2003.

The Global Commission (GCC) for the certification of the Eradication of Poliomyelitis will declare the world free of wild poliovirus transmission when no wild poliovirus has been found for at least three consecutive years and all laboratories possessing wild poliovirus materials have adopted appropriate containment measures. This report describes both the process and progress of regional and global certification, and provides an update on the status of global implementation of laboratory containment of wild polioviruses and its relationship to the certification process.

Certification: definitions and operating procedures

Establishment of certification groups at global, regional and national level. The GCC, appointed by WHO's Director-General in 1995, oversees the process of certifying global polio eradication. The Commission established basic definitions, principles and criteria upon which certification will be based and specified the terms of reference and operating procedures of regional certification commissions (RCCs) and national certification committees (NCCs). RCCs are now functioning in all WHO regions. By mid-2003, NCCs were established in all WHO Member States except Somalia (EMR), Monaco and San Marino (EUR) and Timor-Leste (SEAR). Each RCC has prepared standardized modules for the submission of national documentation for certification. The modules are assembled by national immunization programmes and reviewed and endorsed by NCCs for presentation to RCCs.

Criteria for certification. The main requirements set by the Commission (GCC) for global polio-free certification are:

- the absence of wild poliovirus isolated from any source in all WHO regions for at least three years in the presence of "certification-standard" surveillance;
- the containment of all wild poliovirus stocks in laboratories and in vaccine production facilities by meeting the requirements of the WHO global action plan for laboratory containment.¹

Progrès réalisés vers la certification de l'éradication de la poliomyélite et le confinement du poliovirus sauvage en laboratoire

Introduction

Depuis la résolution sur l'éradication de la poliomyélite adoptée en 1988 par l'Assemblée mondiale de la Santé, le nombre de pays d'endémie est tombé de 125 à 7, et 3 des 6 Régions de l'Organisation mondiale de la Santé (Amériques, Europe et Pacifique occidental) ont été certifiées exemptes de transmission du poliovirus sauvage. Les progrès sur la voie de l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage continuent dans les trois dernières régions d'endémie (Afrique (AFR), Méditerranée orientale (EMR) et Asie du Sud-Est (SEAR)) avec, début 2003, une transmission limitée à seulement 7 pays.

La Commission mondiale de Certification de l'Éradication de la Poliomyélite certifiera le monde entier exempt de transmission du poliovirus sauvage lorsqu'elle constatera l'absence, pendant au moins 3 ans, de circulation du poliovirus sauvage et lorsque tous les laboratoires possédant des matériels contenant du poliovirus sauvage auront adopté des mesures de confinement appropriées. Le présent rapport décrit le processus et les avancées de la certification régionale et mondiale et donne des informations actualisées sur l'état de la mise en œuvre mondiale du confinement du poliovirus sauvage en laboratoire et sa relation au processus de certification.

Certification: définitions et modes opératoires

Création de groupes de certification aux niveaux mondial, régional et national. La Commission mondiale de Certification de l'Éradication de la Poliomyélite, désignée par le Directeur général de l'OMS en 1995, surveille le processus de certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite. Elle a établi les définitions, principes et critères de base de la certification et a précisé le mandat et le mode opératoire des commissions régionales et des comités nationaux de certification. Les commissions régionales sont à présent actives dans toutes les régions de l'OMS. À la mi-2003, des comités nationaux étaient établis dans tous les États Membres de l'OMS à l'exception de la Somalie (Méditerranée orientale), de Monaco et Saint-Marin (Europe) et de Timor-Leste (Asie du Sud-Est). Chacune des commissions régionales a préparé des formulaires uniformes pour la soumission de la documentation nationale en vue de la certification. Les formulaires sont rassemblés par les programmes nationaux de vaccination, et examinés et approuvés par les comités nationaux pour présentation à la commission régionale concernée.

Critères de certification. Les conditions préalables de la certification mondiale sont les suivantes:

- absence de tout isolement de poliovirus sauvage dans toutes les régions de l'OMS pendant au moins trois ans et dans des conditions de surveillance d'une qualité correspondant au niveau requis pour la certification;
- confinement de tous les stocks de poliovirus sauvage dans les laboratoires et les établissements de production de vaccins conformément aux normes établies par le Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire.¹

¹ See No. 44, 2003, pp. 381-385.

¹ Voir N° 44, 2003, pp. 381-385.

Certification-standard surveillance. To reach certification standard, an acute flaccid paralysis (AFP) surveillance system must detect at least one case of non-polio AFP per 100 000 children aged less than 15 years annually, collect two adequate stool specimens from at least 80% of AFP cases and test all stool specimens for poliovirus at a WHO — accredited laboratory.

Containment of wild poliovirus laboratory stocks. The laboratory containment requirements for global certification of polio eradication are outlined in the *WHO global action plan for laboratory containment of wild polioviruses* (2nd edition).² During phase I of containment, each country is expected to conduct a national survey of biomedical laboratories and create an inventory of those found to be holding materials containing infectious or potentially infectious wild poliovirus. After one year without isolation of wild polioviruses anywhere in the world, phase II laboratory containment activities will begin. Countries will be requested to destroy all unneeded stocks of wild poliovirus and to ensure the containment of all retained wild poliovirus stocks under appropriate biosafety conditions. Documentation demonstrating the completion of containment phases I and II will be required from all countries for global certification.

Current status in certified regions

Region of the Americas. On 20 August 1994, the region of the Americas was certified as polio-free. Since laboratory containment was not yet a component of certification activities, RCC and NCCs were dissolved. Since that time, certification-quality AFP surveillance has been maintained in most countries of the Region, through the efforts of individual countries and WHO.

Countries of the Americas have now begun to implement laboratory containment to meet requirements for global certification. All countries have appointed national containment task forces. Laboratory surveys are being conducted in 47 of 48 countries of the region, with 99 630 of 110 254 (90%) identified laboratories surveyed (*Table 1*). All countries will be requested to submit a report to a regional body, which will be established in early 2004. The terms of reference of both regional and national groups initially convened for containment have been extended to review and provide oversight for maintaining sensitive AFP surveillance systems in all countries.

Western Pacific Region. On 29 October 2000, the RCC certified that the 37 countries and territories of the region were free of indigenous wild poliovirus. To date, NCCs, with a subregional committee for Pacific island countries, remain active, and the RCC and NCCs continue to conduct regular meetings to verify that polio-free status and surveillance quality are maintained and to monitor the progress of laboratory containment. By August 2003, laboratory surveys were completed in all WPR countries except China and Japan. Both countries are expected to complete their activities in 2004.

Surveillance correspondant au niveau requis pour la certification. Pour atteindre le «niveau requis pour la certification», un système de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) doit détecter tous les ans au moins un cas de PFA non poliomyélitique pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, recueillir 2 échantillons de selles conformes chez au moins 80% de tous les sujets atteints de PFA et faire vérifier la présence de poliovirus par un laboratoire agréé par l’OMS.

Confinement des stocks de poliovirus sauvages en laboratoire. Les conditions de confinement en laboratoire pour la certification mondiale de l’éradication de la poliomyélite figurent dans la deuxième édition du *Plan d’action mondial de l’OMS pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire*.² Au cours de la première phase, chaque pays doit mener une enquête nationale sur les laboratoires biomédicaux pour établir l’inventaire de ceux qui détiennent des matériels contenant du poliovirus sauvage infectieux ou potentiellement infectieux. Après une année pendant laquelle il n’y aurait eu aucun isolement du poliovirus sauvage partout dans le monde, les activités de la phase II sont mises en place. On demandera aux pays de détruire tous les stocks de poliovirus sauvage dont ils n’ont pas besoin et de veiller au confinement et à l’utilisation des stocks qu’ils auront gardés dans des conditions de sécurité biologique appropriées. Aux fins de la certification mondiale, tous les pays devront soumettre une documentation attestant l’achèvement des deux phases de confinement.

Situation actuelle dans les régions certifiées

Région des Amériques. Le 20 août 1994, la Région des Amériques a été certifiée exempte de poliomyélite. Comme le confinement en laboratoire ne faisait pas encore partie des activités de certification, la Commission régionale ainsi que les comités nationaux ont été dissouts. Depuis, un niveau de surveillance de la PFA correspondant à celui requis pour la certification a été maintenu dans la plupart des pays de la Région grâce aux efforts de certains d’entre eux et de l’OMS.

Les pays de la Région ont à présent commencé à mettre en œuvre des activités de confinement en laboratoire pour remplir les conditions de la certification mondiale. A cette fin, ils ont tous désigné un groupe de travail national. Des enquêtes sur les laboratoires sont actuellement menées dans 47 des 48 pays de la Région et ont déjà porté sur 99 630 des 110 254 laboratoires identifiés (90%) (*Tableau 1*). On demandera à tous les pays de soumettre un rapport à un organe régional qui sera mis en place début 2004. Le mandat des groupes régionaux et nationaux désignés au départ pour le confinement a été étendu à l’examen et à la surveillance du maintien de systèmes de surveillance sensibles de la PFA dans tous les pays.

Région du Pacifique occidental. Le 29 octobre 2000, la Commission régionale a certifié que 37 pays et territoires de la Région étaient exempts de poliovirus sauvage indigène. A ce jour, les comités nationaux ainsi qu’un comité sous-régional pour les pays insulaires du Pacifique demeurent actifs, et la Commission régionale ainsi que les comités nationaux continuent à tenir des réunions périodiques afin de vérifier que les pays sont toujours exempts de poliomyélite, que la qualité de la surveillance est toujours aussi bonne, et pour suivre les progrès du confinement en laboratoire. En août 2003, les enquêtes sur les laboratoires avaient été menées dans tous les pays de la Région du Pacifique occidental à l’exception de la Chine et du Japon. Ces deux pays devraient compléter ces tâches en 2004.

² WHO/V&B/03.11

² Version anglaise seulement.

Table 1 **Number of countries^a with national laboratory containment task forces, plans and inventories and number of laboratories reporting wild poliovirus – containing materials, by WHO region, August 2003**

Tableau 1 **Nombre de pays* disposant de groupes de travail, plans et inventaires nationaux de confinement en laboratoire et nombre de laboratoires ayant déclaré détenir des matériels contenant du poliovirus sauvage par Région de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), août 2003**

	WHO region Région de l'OMS	Number of countries in region ^a Nombre de pays dans la région ^a	Number of countries with task force Nombre de pays ayant un groupe de travail	Number of countries surveying laboratories Nombre de pays menant une enquête sur les laboratoires	Number of laboratories registered to be surveyed ^b Nombre de laboratoires inscrits pour l'enquête ^b	Number of laboratories surveyed August 2003 Nombre de laboratoires interrogés en août 2003	Number of laboratories reporting wild poliovirus- containing materials ^c Nombre de laboratoires détenteurs de matériels contenant du poliovirus sauvage ^c	Number of countries with national inventory reviewed by Commission Nombre de pays dont l'inventaire national a été examiné par la Commission
Certified regions Régions certifiées	Americas – Amériques	48	48	47	110 254	99 630	206	0
	European – Europe	51	51	50	43 018	39 130	122	41
	Western Pacific – Pacifique occidental	36	36	36	14 976	12 691	129	34
Endemic regions Régions d'endémie	African – Afrique	46	31	1	47	47	0	0
	Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	23	19	16	17 534	9 724	30	5
	South-East Asia – Asie du Sud-Est	10	9	7	6 650	3 427	20	0
Total	214	194	157	192 479	164 649	507	80	

^a Represents number of countries and territories. – Représente le nombre de pays et de territoires.

^b Some countries report number of laboratories while others report institutions with jurisdiction over several laboratories. – Certains pays font état du nombre de laboratoires et d'autres des institutions dont plusieurs laboratoires relèvent.

^c Includes materials potentially containing wild poliovirus. Data reported but not officially confirmed. – Y compris les matériels qui contiennent potentiellement des poliovirus sauvages. Données notifiées mais non confirmées officiellement.

European Region. On 21 June 2002, the RCC certified the region as free of indigenous wild poliovirus. At the time of certification, laboratory surveys had been completed in 41 of 51 countries. Completion of phase I activities in all countries of the region is expected in 2004. The RCC continues to meet annually to monitor the polio-free status of the region and to ensure the completion of containment activities.

Current status in endemic regions

While the first priority for polio eradication in endemic regions is to interrupt wild poliovirus transmission, an increasing number of countries have not reported a polio case in several years. In those countries, considerable progress has been made in establishing the certification and containment process.

Eastern Mediterranean Region. NCCs have been established in all EMR countries except Somalia, for which WHO and the United Nations Children's Fund will facilitate certification activities; 16 of the 22 NCCs have started reporting to the RCC. Documentation of polio-free status has been provisionally accepted from 9 countries. Laboratory surveys have begun in 16 and been completed in 5 of 23 countries of the region. The greatest challenge for the laboratory survey in EMR is to assess the risk from the numerous unregistered biomedical laboratories that operate in many of the EMR countries.

Région européenne. Le 21 juin 2002, la Commission régionale pour l'Europe a certifié la Région exempte de poliovirus sauvage indigène. Au moment de la certification, les enquêtes sur les laboratoires avaient déjà été menées dans 41 des 51 pays. On prévoit que les activités de la phase I seront achevées dans tous les pays de la Région d'ici 2004. La Commission pour la Certification continue à se réunir tous les ans pour surveiller la situation et veiller à l'achèvement des activités de confinement.

Bilan de la situation actuelle dans les régions d'endémie

Alors que la plus grande des priorités dans les régions d'endémie est d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage, un nombre croissant de pays n'a enregistré aucun cas de poliomyélite depuis plusieurs années. Dans ces pays, des progrès considérables ont été réalisés dans la mise en place du processus de certification et de confinement.

Région de la Méditerranée orientale. Des commissions nationales ont été désignées dans tous les pays de la Région à l'exception de la Somalie, où l'OMS et l'UNICEF s'attachent à faciliter les activités de certification; sur les 22 comités nationaux, 16 ont fait des rapports à la Commission régionale. Des documents émanant de 9 pays attestant qu'ils sont exempts de poliomyélite ont été provisoirement acceptés. Les enquêtes sur les laboratoires ont démarré dans 16 pays et ont été achevées dans 5 des 23 pays de la Région. A cet égard, le plus grand problème que rencontre la Région de la Méditerranée orientale est celui d'évaluer le risque que présentent les nombreux laboratoires biomédicaux non enregistrés qui opèrent dans plusieurs pays de la Méditerranée orientale.

South-East Asia Region. The RCC has begun to review national documentation from all countries in the region except Timor-Leste, where an NCC still needs to be established. Except for India, all SEAR countries are wild poliovirus-free and have maintained certification-quality AFP surveillance (except Bhutan, Maldives and Timor-Leste) during 2001, 2002 and 2003 to date. Laboratory containment activities have begun in all countries of SEAR, and 2 countries have completed the process; 3427 of 6650 (52%) laboratories have been surveyed.

African Region. Certification activities in AFR began in 1998. The RCC continues to systematically train and orient NCCs in the 46 African countries, several of which were established only recently. All NCCs have begun to submit annual reports to the RCC. By mid-2004, the RCC will start to review national documentation from 8 countries that have not detected wild poliovirus, in the presence of certification-quality surveillance, for three years or more. Containment activities have begun in Cameroon, Guinea-Bissau, Senegal, Togo, Uganda and United Republic of Tanzania. Information gained from the experience of these countries will be used to introduce phase I containment activities in the remaining countries of the region in 2004.

Editorial note. Activities to certify the eradication of wild poliovirus are an essential component of the global polio eradication initiative. The main elements of progress towards certification have been the application, and further development by the GCC and RCCs, of lessons learned from smallpox eradication and from polio eradication in the Americas, as well as the integration of newly recognized important programme elements, such as the laboratory containment of wild poliovirus. Failure to detect indigenous wild poliovirus post-certification in any of the certified regions in the presence of continued high-quality AFP surveillance is evidence of the soundness of the certification strategies.

Certification activities are possible through the continued commitment of national governments and ministries of health in all countries, as well as through the support of many independent scientists and public health experts who donate their time to work on certification groups.

A number of challenges remain. Not all NCCs in the remaining endemic regions have attained the high level of expertise needed to critically assess and verify data provided to them by the programme secretariat. RCCs must work together even more closely to scrutinize cross-regional data in areas where polio epidemiological blocks belong to more than one WHO region (e.g. the Horn of Africa). Efficient coordination of certification activities across regions will require regular cross-participation in RCC meetings.

Ensuring effective laboratory containment is critical to maintaining the achievements of polio eradication. WHO is currently developing mechanisms for evaluating the activities of each phase of containment. A tool for assessing the quality and completeness of the laboratory survey and inventory process has been developed and is in use in a number of countries. Additional tools and mechanisms to evaluate subsequent containment activities will be provided for the global certification process.

Région de l'Asie du Sud-Est. La Commission régionale a commencé à examiner la documentation nationale de tous les pays de la Région à l'exception de Timor-Leste où le comité national n'a pas encore été désigné. Tous les pays de la Région, sauf l'Inde, sont exempts de poliovirus sauvage et ont maintenu une surveillance de la PFA correspondant au niveau requis pour la certification (à l'exception de Bhoutan, des Maldives et de Timor-Leste) au cours de 2001, 2002 et 2003 à ce jour. Les activités de confinement au laboratoire ont démarré dans tous les pays de la Région, et 2 d'entre eux les ont achevés; sur les 6650 laboratoires, 3427 (soit 52%) ont fait l'objet d'une enquête.

Région africaine. Les activités de certification dans cette Région ont débuté en 1998. La Commission régionale continue à former systématiquement et à guider les comités nationaux des 46 pays de la Région dont plusieurs n'ont été désignés que récemment. Tous les comités nationaux ont commencé à soumettre des rapports annuels à la Commission régionale. A la mi-2004, la Commission régionale s'attachera à examiner la documentation nationale de 8 pays qui n'ont pas détecté de poliovirus sauvage depuis 3 ans ou plus en présence d'une qualité de la surveillance correspondant au niveau requis pour la certification. Les activités de confinement ont démarré au Cameroun, en Ouganda, au Togo, en Guinée-Bissau, en Tanzanie et au Sénégal. Les données d'expérience de ces pays serviront à introduire la phase I des activités de confinement dans les autres pays de la Région en 2004.

Note de la rédaction. Les activités visant à certifier l'éradication du poliovirus sauvage sont un élément essentiel de l'initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite parmi lesquelles on compte, pour évaluer les progrès réalisés, l'application et le développement par la Commission mondiale et les commissions régionales des leçons apprises de l'éradication de la variole et de la poliomyélite dans les Amériques, et l'intégration de nouveaux éléments importants du programme comme le confinement en laboratoire du poliovirus sauvage. Le fait que l'on n'ait pas détecté de poliovirus sauvage indigène après la certification dans aucune des régions certifiées dans des conditions de surveillance de la PFA de haute qualité témoigne de la validité des stratégies de certification.

Les activités de certification peuvent se poursuivre grâce à l'engagement soutenu des gouvernements nationaux et des ministères de la santé de tous les pays et aussi grâce à l'appui de nombreux scientifiques et experts de la santé publique indépendants qui sacrifient leur temps pour œuvrer au sein des groupes de certification.

Il reste encore un certain nombre d'obstacles à surmonter. Dans les régions d'endémie, certains comités nationaux n'ont pas les compétences nécessaires pour évaluer et vérifier les données qui leur sont soumises par le secrétariat du programme. Les commissions régionales doivent collaborer plus étroitement pour passer au crible les données transrégionales dans les zones où les blocs épidémiologiques appartiennent à plus d'une Région de l'OMS (p. ex., la Corne de l'Afrique). Pour que les activités de certification transrégionales soient bien coordonnées, il faudra que les commissions régionales assistent régulièrement aux réunions les unes des autres.

Afin de préserver les progrès réalisés, il est essentiel de veiller à un confinement effectif en laboratoire. L'OMS met actuellement au point des mécanismes d'évaluation des activités de chaque phase du confinement. Un outil pour évaluer la qualité et l'achèvement de l'enquête sur les laboratoires et de l'inventaire a été élaboré et est utilisé dans un certain nombre de pays. De nouveaux outils et mécanismes pour l'évaluation d'activités ultérieures seront fournis pour le processus de certification mondiale.

The GCC has also noted that mechanisms will continue to be required in the future to independently verify the absence of circulating vaccine-derived polioviruses. Certified regions have already had to face the problem of a sudden decrease in interest and support from national governments following regional certification. RCCs and NCCs can play an important role in sustaining the quality of surveillance and in maintaining the necessary immunity levels until global certification and beyond. ■

La Commission mondiale de Certification a également noté qu'à l'avenir, on continuera à avoir besoin de mécanismes permettant de vérifier de manière indépendante l'absence de circulation de poliovirus dérivés du vaccin. Les régions certifiées exemptes ont déjà eu à faire face au problème de la diminution soudaine de l'intérêt et de l'appui des gouvernements nationaux à la suite de la certification régionale. Les commissions régionales et les comités nationaux ont un rôle important à jouer dans le maintien de la qualité de la surveillance et des niveaux nécessaires d'immunité jusqu'à la certification mondiale et au-delà. ■

Health aspects of biological, chemical and radionuclear threats: a WHO interactive and searchable electronic library

WHO has decided to strengthen its activities on chemical, biological and radionuclear threats and to develop synergies within and outside WHO to better assist Member States for preparing and responding to these public health threats.

The World Health Assembly of May 2002, by means of resolution WHA55.16, requested WHO inter alia, to continue to issue international guidance and technical information on recommended public health measures to deal with the deliberate use of biological and chemical agents to cause harm and to make this information available on the WHO web site.

An e-library, *Health aspects of biological, chemical and radionuclear threats*, is now available. It contributes to WHO's efforts to respond to the request of Member States and improve preparedness and response programmes for these public health threats. The CD-ROM contains a compilation of relevant WHO publications and guidelines in Arabic, Chinese, English, French, Russian and Spanish, from technical departments at both regional and headquarters level. It covers the various technical areas of WHO's work, such as communicable disease surveillance and response, chemical safety, food safety, health action in crises, radiation and environmental health, and water, sanitation and health.

The interactive e-library has a search engine option, and its interface is available in English, French and Spanish. The e-library will be updated regularly.

The CD-ROM can be ordered from:

Communicable Diseases Information Resource Centre
World Health Organization
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
Fax: +41 22 791 4285
E-mail: cdsdoc@who.int

Aspects sanitaires des menaces biologiques, chimiques et radionucléaires: l'OMS institue une «infobibliothèque» interactive et consultable

L'OMS a décidé de renforcer ses activités relatives aux dangers que peuvent présenter les agents chimiques, biologiques ou radionucléaires et d'instaurer des synergies aussi bien au sein qu'à l'extérieur de l'Organisation pour mieux aider les Etats Membres à se préparer et à faire face à ces menaces de santé publique.

Par sa résolution WHA55.16, l'Assemblée mondiale de la Santé de mai 2003 a demandé à l'OMS, entre autres choses, de continuer à publier des guides internationaux et des informations techniques sur les mesures préconisées en santé publique face à l'usage délibéré d'agents chimiques et biologiques dans l'intention de nuire, et de diffuser cette information sur son site Web.

Dans le cadre de ses efforts visant à répondre à la demande des Etats Membres et à améliorer les programmes de préparation et d'intervention, l'OMS a élaboré un CD-ROM intitulé *Aspects sanitaires des menaces biologiques, chimiques et radionucléaires*. Ce CD-ROM contient une liste de guides et publications des départements techniques des Bureaux régionaux et du Siège de l'OMS en anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe. Les ouvrages cités portent sur différents domaines d'activité technique de l'OMS, à savoir maladies transmissibles : surveillance et action, sécurité chimique, sécurité des aliments, interventions sanitaires en cas de crise, rayonnements et hygiène du milieu, et eau, assainissement et santé.

Cette bibliothèque électronique comporte une fonction moteur de recherche et son interface est disponible en français, anglais et espagnol. Les données seront mises à jour périodiquement.

Pour commander le CD-ROM, s'adresser à:

Centre de documentation de CDS
Organisation mondiale de la Santé
CH-1211 Genève 27
Suisse
Fax: +41 22 791 4285
E-mail: cdsdoc@who.int

Influenza

Summary. Influenza A(H3N2) viruses are predominating and causing most outbreaks in North America (Canada and United States) and in some European countries (Finland, Norway, Portugal, Spain and the United Kingdom). A rising trend in influenza A(H3N2) activity has been observed. The only outbreak due to influenza A(H1) virus was reported in Iceland but has declined since week 45.

Grippe

Résumé. Les virus grippaux A(H3N2) sont prédominants et causent la plupart des flambées en Amérique du Nord (Canada et Etats-Unis) et dans certains pays européens (Espagne, Finlande, Norvège, Portugal et Royaume-Uni). On a observé une tendance à la hausse de l'activité du virus grippal A(H3N2). L'unique flambée causée par le virus grippal A(H1) a été signalée en Islande mais elle a baissé depuis la semaine 45. L'activité grippale est faible en Océanie et en

In Oceania and South America, influenza activity is low. Of the isolates antigenically and genetically characterized, most A(H3) viruses are A/Fujian/411/2002-like, while the rest are A/Panama/2007/99-like. For more information, please consult WHO website at: http://www.who.int/csr/disease/influenza/influenzane트워크/activity2003_11_21/en/

Canada (15 November 2003).¹ During week 46, influenza outbreaks were reported in Alberta, British Columbia, Manitoba and Saskatchewan. Widespread influenza activity was reported throughout Alberta and Saskatchewan. Influenza-like illness (ILI) consultation rate was 34 cases per 1000 consultations, which is below the national baseline level for week 46. Of the 69 influenza viruses antigenically characterized by the National Microbiology Laboratory to date, 43 are A/Fujian/411/2002-like viruses, 25 are A/Panama/2007/99-like viruses and one is an A/New Caledonia/20/99-like virus.

Finland (22 November 2003).² During week 45, an influenza outbreak due to A/Fujian/411/2002-like virus was reported among military conscripts in a garrison in central Finland. Between weeks 46 and 47, sporadic cases of influenza A were reported in the general population.

France (15 November 2003).² Increased influenza A activity has been observed since week 45. In southern France, all influenza viruses subtyped so far are A(H3N2).

Iceland (15 November 2003).² The epidemic of influenza A(H1) that started in week 41 has been declining since week 45. So far this season, the overall incidence rate of laboratory confirmed influenza is 2.5 per 10 000 population.

Ireland (11 November 2003). Since week 40, influenza activity has been reported as sporadic with influenza A non-subtyped, A(H3N2) and B viruses detected.

Norway (15 November 2003).³ The incidence of ILI showed a rising trend in weeks 45 and 46 but still remained below the epidemic threshold. Local influenza activity was reported in Trondheim, with most cases in the 0–15-year age group. To date, 11 influenza A(H3) strains have been genetically characterized and all are A/Fujian/411/2002-like. In addition, sporadic influenza A(H1N2) and B cases have been detected.

Portugal (15 November 2003).¹ Widespread influenza activity was reported in week 46, with an ILI incidence rate reaching 88 cases per 100 000 population. Influenza outbreaks were reported in schools in northern and central regions, affecting children >15 years old; 84% of specimens tested were positive for influenza A(H3N2). All viruses genetically characterized so far are A/Fujian/411/2002-like.

Spain (15 November 2003).² Regional influenza A activity was reported for week 46 in the Castilla y León autonomic community, with an ILI incidence rate reaching 177 cases per 100 000 population.

Amérique du Sud. Parmi tous les isollements antigéniquement et génétiquement caractérisés, la plupart des virus A(H3) sont analogues au virus A/Fujian/411/2002, les autres étant analogues au virus A/Panama/2007/99. Pour de plus amples informations, merci de consulter le site web OMS suivant: http://www.who.int/csr/disease/influenza/influenzane트워크/activity2003_11_21/en/

Canada (15 novembre 2003).¹ Au cours de la semaine 46, des flambées de grippe ont été signalées dans les provinces d'Alberta, de Colombie Britannique, du Manitoba et de la Saskatchewan. Une activité grippale généralisée a été signalée partout dans les provinces d'Alberta et de la Saskatchewan. Le taux de consultations pour syndromes grippaux a été de 34 cas pour 1000 consultations, ce qui est au-dessous du niveau de base national pour la semaine 46. A ce jour, parmi les 69 virus grippaux ayant été antigéniquement caractérisés par le Laboratoire national de microbiologie, 43 étaient des virus analogues à A/Fujian/411/2002, 25 analogues à A/Panama/2007/99 et un seul à A/New Caledonia/20/99A.

Finlande (22 novembre 2003).² Au cours de la semaine 45, une flambée de grippe causée par un virus analogue à A/Fujian/411/2002 a été signalée parmi les recrues militaires d'une garnison, dans le centre de la Finlande. Des cas sporadiques de grippe A ont été signalés parmi la population civile entre les semaines 46 et 47.

France (15 novembre 2003).² On a observé une activité en hausse du virus grippal A depuis la semaine 45. Dans le sud de la France, tous les virus grippaux sous-typés jusqu'ici étaient de type A(H3N2).

Islande (15 novembre 2003).² On a observé que l'épidémie de grippe qui avait commencé lors de la semaine 41 est en baisse depuis la semaine 45. A ce jour cette saison, le taux d'incidence générale pour les cas de grippe confirmés en laboratoire est de 2,5 pour 10 000 personnes.

Irlande (11 novembre 2003). Une activité grippale sporadique est signalée depuis la semaine 40, avec le dépistage de virus grippaux A non sous-typés et de virus grippaux A(H3N2) et B.

Norvège (15 novembre 2003).³ On a noté une tendance à la hausse de l'incidence des syndromes grippaux au cours des semaines 45 et 46, laquelle se maintient cependant toujours au-dessous du seuil épidémique. Une activité grippale locale a été signalée à Trondheim. La plupart des cas appartiennent au groupe d'âge qui va de 0 à 15 ans. A ce jour, 11 souches grippales A(H3) ont été génétiquement caractérisées et elles se sont toutes avérées analogues à A/Fujian/411/2002. D'autre part, des cas de grippe A(H1N2) et B ont été dépistés.

Portugal (15 novembre 2003).¹ Une activité grippale généralisée a été signalée au cours de la semaine 46, avec un taux d'incidence pour syndromes grippaux atteignant 88 pour 100 000 personnes. Des flambées de grippe ont également été signalées dans des écoles au nord et dans le centre du pays, touchant les enfants de moins de 15 ans; 84% des spécimens ont été testés positifs à la grippe A(H3N2). Tous les virus ayant jusqu'à présent été génétiquement caractérisés sont analogues à A/Fujian/411/2002.

Espagne (15 novembre 2003).² Au cours de la semaine 46, une activité régionale de grippe A a été signalée dans la communauté autonome de Castille y León, avec un taux d'incidence pour syndromes grippaux atteignant 177 pour 100 000 personnes.

¹ See No. 47, 2003, p. 408.

² See No. 46, 2003, p. 404.

³ See No. 44, 2003, p. 387.

¹ Voir N° 47, 2003, p. 408.

² Voir N° 46, 2003, p. 404.

³ Voir N° 44, 2003, p. 387.

Thailand (8 November 2003).⁴ Sporadic influenza B activity was reported between week 41 and 44.

United Kingdom (15 November 2003).² Clinical indicators of influenza activity continue to rise in all parts of the United Kingdom (UK). During week 46, the overall ILI consultation rate was 62.2 cases per 100 000 population. Another death – a 16-year-old boy from Scotland – was confirmed as due to influenza A/Fujian/411/2002-like virus. During the same week, 56 influenza H3 viruses were detected. Of the viruses antigenically characterized so far, 14 have been confirmed as A/Fujian/411/2002-like and 3 as A/Panama/2007/99-like. The A/Fujian/411/2002-like strain is now the most commonly identified influenza virus in the UK.

United States (15 November 2003).² During week 46, influenza activity continued to increase. ILI consultation rate was 3.3%, which is above the national baseline of 2.5%. Influenza activity was reported as widespread in Texas and Nevada. During the same week, 82 influenza A(H3N2), 10 A(H1) and 579 A non-subtyped viruses were identified. Since week 40, the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in Atlanta have antigenically characterized 77 influenza A(H3N2) viruses, of which 17 are A/Panama/2007/99-like and 60 are A/Fujian/411/2002-like.

Other reports. Low influenza activity was reported in Argentina,⁵ Australia, Czech Republic,⁶ Hong Kong Special Administrative Region of China,² Russian Federation⁷ and Switzerland.³ No influenza activity was reported in Austria,⁸ Denmark,³ Germany,² Japan,² Latvia,³ Mexico,⁹ New Caledonia,² Poland, Slovakia¹⁰ and Ukraine.³ ■

⁴ See No. 43, 2003, p. 380.

⁵ See No. 43, 2003, p. 379.

⁶ See No. 20, 2003, p. 179.

⁷ See No. 24, 2003, p. 208.

⁸ See No. 14, 2003, p. 120.

⁹ See No. 38, 2003, p. 340.

¹⁰ See No. 20, 2003, p. 180.

Thaïlande (8 novembre 2003).⁴ On a signalé une activité grippale sporadique entre les semaines 41 et 44.

Royaume-Uni (15 novembre 2003).² Les indicateurs cliniques continuent d'augmenter partout dans le Royaume-Uni (RU). Au cours de la semaine 46, le taux général de consultations pour syndromes grippaux était de 62.2 cas pour 100 000 personnes. Il a été confirmé qu'un autre décès – un jeune homme de 16 ans vivant en Ecosse – a été causé par un virus grippal analogue à A/Fujian/411/2002. Au cours de cette même semaine, 56 virus grippaux de type H3 ont été dépistés. Parmi les virus antigéniquement caractérisés à ce jour, 14 ont été confirmés comme analogues au virus A/Fujian/411/2002 et 3 au virus A/Panama/2007/99. Actuellement, le virus grippal le plus communément identifié au RU est analogue à la souche A/Fujian/411/2002.

Etats-Unis (15 novembre 2003).² L'activité grippale a continué à augmenter au cours de la semaine 46. Le taux de consultations pour syndromes grippaux était de 3,3%, ce qui est au-dessus du niveau de base de 2,5. On a signalé une activité grippale généralisée au Nevada et au Texas. Au cours de la même semaine, on a identifié 82 virus grippaux A(H3N2), 10 A(H1) et 579 virus A non sous-typés. Depuis la semaine 40, les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) à Atlanta ont antigéniquement caractérisés 77 virus grippaux A(H3N2), parmi lesquels 17 étaient analogues à A/Panama/2007/99 et 60 à A/Fujian/411/2002.

Autres rapports. Une faible activité grippale a été signalée en Argentine,⁵ en Australie, en Fédération de Russie,⁷ à Hong Kong, Région administrative Spéciale de la Chine,² en République Tchèque,⁶ et en Suisse.³ Aucune activité grippale n'a été signalée en Allemagne,² en Autriche,⁸ au Danemark,³ au Japon,² en Lettonie,³ à Mexico,⁹ en Nouvelle-Calédonie,² en Pologne, en Slovaquie¹⁰ et en Ukraine.³ ■

⁴ Voir N° 43, 2003, p. 380.

⁵ Voir N° 43, 2003, p. 379.

⁶ Voir N° 20, 2003, p. 179.

⁷ Voir N° 24, 2003, p. 208.

⁸ Voir N° 14, 2003, p. 120.

⁹ Voir N° 38, 2003, p. 340.

¹⁰ Voir N° 20, 2003, p. 180.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 21 to 27 November 2003 / Notifications de maladies reçues du 21 au 27 novembre 2003

Cholera / Choléra	Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès
Africa / Afrique				Asia / Asie	
Benin / Bénin	12.V-16.XI	Mali	20.X-9.XI	China / Chine	18.IX-31.X
.....	207 2	423 33	70 0
Liberia / Libéria	3-9.XI				
.....	922 1				

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

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

WWW access • <http://www.who.int/wer>

E-mail • send message **subscribe wer-reh** to majordomo@who.int

Fax: (+41-(0)22 791 48 21/791 42 85

Contact: wantzc@who.int / wer@who.int

Accès WWW • <http://www.who.int/wer>

Courrier électronique • envoyer message **subscribe wer-reh** à majordomo@who.int

Fax: (+41-(0)22 791 48 21/791 42 85

Contact: wantzc@who.int / wer@who.int