

Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

6 FEBRUARY 2004, 79th YEAR / 6 FÉVRIER 2004, 79^e ANNÉE

No. 6, 2004, 79, 53–64

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

Contents

- 53 Outbreak News:
 - Avian influenza A(H5N1)
 - Severe acute respiratory syndrome (SARS)
- 55 Global Polio Eradication Initiative: Strategic Plan 2004-2008
- 57 WHO/WPRO/SEARO meeting for DengueNet implementation in South-East Asia and the Western Pacific, Kuala Lumpur, 11–13 December 2003
- 63 Influenza
- 64 Corrigendum
- 64 Ports designated
- 64 International Health Regulations

Sommaire

- 53 Le point sur les épidémies:
 - Grippe aviaire A(H5N1)
 - Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)
- 55 Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, plan stratégique 2004-2008
- 57 Réunion OMS/WPRO/SEARO sur la mise en place du réseau DengueNet dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, Kuala Lumpur, 11-13 décembre 2003
- 63 Grippe
- 64 Rectificatif
- 64 Ports notifiés
- 64 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

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

5.700 2.2004
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Avian influenza A(H5N1) – situation on 4 February 2004

Situation (human) in Thailand

The Ministry of Public Health in Thailand has announced the death, on 3 February, of a previously confirmed case of H5N1 infection. This latest death was in a 6-year-old boy from Suphanburi province.

To date, Thailand has reported 4 laboratory-confirmed cases of H5N1 in humans. All have died

Situation (poultry) in China

Authorities in China have confirmed suspected outbreaks of H5N1 avian influenza in poultry at farms in an additional two provinces, Gansu and Shaanxi. To date, confirmed or suspected outbreaks of highly pathogenic H5N1 avian influenza have been reported at poultry farms in 12 of the country's 31 provinces, autonomous regions, and municipalities.

Situation (poultry) in Indonesia

The outbreak of suspected avian influenza in poultry, previously announced by Indonesian authorities, has now been confirmed as caused by the H5N1 strain.

Situation (poultry) worldwide

Full details on poultry outbreaks are available at the OIE web site.¹

To date, outbreaks in poultry caused by the H5N1 strain have been confirmed in the following countries (listed in order of reporting):

- Republic of Korea (12 December 2003 – first outbreak of this disease ever reported)
- Viet Nam (8 January 2004 – first outbreak of this disease ever reported)
- Japan (12 January 2004 – first outbreak of this disease since 1925)

¹ See http://www.oie.int/downld/AVIAN%20INFLUENZA/A_AI-Asia.htm

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Grippe aviaire A(H5N1) – situation au 4 février 2004

Situation en Thaïlande (chez l'homme)

Le Ministère thaïlandais de la Santé publique a annoncé le 3 février le décès d'un cas confirmé d'infection à H5N1, un jeune garçon de 6 ans de la province de Suphanburi.

A ce jour, la Thaïlande a notifié 4 cas humains d'infection à H5N1 confirmés en laboratoire. Tous sont morts.

Situation en Chine (pour les volailles)

Les autorités chinoises ont confirmé l'existence de flambées présumées de grippe aviaire H5N1 dans des élevages de volailles de deux autres provinces, Gansu et Shaanxi. A ce jour, des flambées confirmées ou présumées de grippe aviaire H5N1 hautement pathogène ont été signalées dans des élevages de volailles de 12 des 31 provinces, régions autonomes et municipalités du pays.

Situation en Indonésie (pour les volailles)

Les autorités indonésiennes avaient annoncé une flambée présumée de grippe aviaire et il est maintenant confirmé qu'il s'agissait bien de la souche H5N1.

Situation dans le monde (pour les volailles)

Le site web de l'OIE¹ donne tous les détails sur les flambées épidémiques affectant les volailles.

A ce jour, des flambées de grippe aviaire dues à la souche H5N1 ont été confirmées dans les pays suivants (énumérés dans l'ordre des déclarations):

- République de Corée (12 décembre 2003 – première flambée de grippe aviaire jamais notifiée)
- Viet Nam (8 janvier 2004 – première flambée de grippe aviaire jamais notifiée)
- Japon (12 janvier 2004 – première flambée de grippe aviaire depuis 1925)

¹ Voir http://www.oie.int/downld/AVIAN%20INFLUENZA/A_AI-Asia.htm

- Thailand (23 January 2004 – first outbreak of this disease ever reported)
- Cambodia (24 January 2004)
- China (27 January 2004)
- Laos (27 January 2004 – H5 confirmed, testing for H5N1 under way)
- Indonesia (2 February 2004 – first outbreak of this disease ever reported)

Two other areas (Taiwan, China and Pakistan) have reported outbreaks of avian influenza in poultry. However, tests have confirmed that these outbreaks are not caused by the H5N1 strain.

In addition, authorities in Hong Kong SAR have reported H5N1 in a single peregrine falcon found dead on 19 January. In Hong Kong, monitoring of diseases in both wild and domestic birds is systematic and efficient. No other cases of H5N1 infection have been detected.

Investigation of possible human-to-human transmission, Viet Nam

WHO has investigated a cluster of respiratory illness in members of a family from Thai Binh province, Viet Nam. The cluster involves a 31-year-old man, his two sisters, aged 23 and 30 years, and his 28-year-old wife. Both the man and his two sisters have died, respectively on 12 January and 1 February. The wife has fully recovered. Laboratory tests received over the weekend have confirmed H5N1 infection in the sisters. Neither the man nor his wife was tested.

The family members gathered in late December to prepare for the man's wedding on 3 January. Both the man and one sister are reported to have handled ducks while preparing a meal on 4 January. However, the investigation failed to reveal any direct contact with poultry for the man's other sister and his wife.

In the absence of evidence of direct exposure to poultry in these two cases, WHO epidemiologists are considering various alternative explanations. Both sisters are known to have provided health care for their brother, prior to his hospitalization, and would thus have had opportunities for close exposure. Direct human-to-human transmission following this close exposure is thus one possible explanation.

However, contact with an infected bird, or some other environmental source of the virus, is another possible route of infection that has not been ruled out. Outbreaks of H5N1 in poultry are widespread in Viet Nam. Large amounts of the virus are excreted in bird droppings, and can survive for some time in the environment.

Limited human-to-human transmission of a highly pathogenic avian influenza virus is not entirely unexpected, as this has been documented to have occurred on two occasions in the recent past (in Hong Kong in 1997 and in the Netherlands in 2003).

Local authorities report that no other family members or wedding guests developed an illness. No illness has been detected in members of the community where the wedding was held, or in health staff involved in care of these cases.

WHO stresses the need to continue to investigate each human case of H5N1 in order to identify the source of infection. ■

- Thaïlande (23 janvier 2004 – première flambée de grippe aviaire jamais notifiée)
- Cambodge (24 janvier 2004)
- Chine (27 janvier 2004)
- Laos (27 janvier 2004, H5 confirmé, tests d'identification du H5N1 en cours)
- Indonésie (2 février 2004 – première flambée de grippe aviaire jamais notifiée)

Des flambées de grippe aviaire affectant les volailles ont été signalées en deux autres endroits (Taiwan, Chine et Pakistan). Mais les analyses ont confirmé que la souche H5N1 n'en était pas l'agent causal.

En outre, les autorités de Hong Kong (RAS) ont signalé avoir découvert la souche H5N1 chez un faucon pèlerin trouvé mort le 19 janvier. La surveillance épidémiologique des oiseaux sauvages et domestiques est à la fois systématique et efficace à Hong Kong. Aucun autre cas d'infection à H5N1 n'a été dépisté.

Investigation sur l'éventualité de la transmission interhumaine, Viet Nam

L'OMS enquête sur un groupe de cas d'affections respiratoires dans une famille de la province de Thai Binh (Viet Nam). Ce groupe se composait d'un homme de 31 ans, de ses deux sœurs de 23 et 30 ans et de son épouse de 28 ans. L'homme et ses deux sœurs sont décédés, respectivement le 12 janvier et le 1er février. L'épouse est complètement guérie. Les essais en laboratoire ont confirmé ce week-end l'infection à H5N1 pour les deux sœurs. Aucun test n'a été pratiqué pour l'homme et son épouse.

Les membres de cette famille se sont réunis fin décembre pour préparer le mariage de l'homme le 3 janvier. On rapporte que l'homme et l'une de ses sœurs ont manipulé des canards pour préparer le repas du 4 janvier. Néanmoins, l'enquête n'a pas pu révéler de contact direct avec des volailles pour l'autre sœur et l'épouse.

En l'absence de preuve d'exposition directe de ces deux cas à des volailles, les épidémiologistes de l'OMS envisagent d'autres explications. On sait que les deux sœurs ont soigné leur frère avant son hospitalisation et ont pu être exposées au virus de manière rapprochée. La transmission directe entre humains après cette exposition est donc l'une des explications possibles.

Toutefois, le contact avec un oiseau infecté ou une autre source de virus dans l'environnement est une autre voie de contamination qui n'a pas été exclue. Les flambées de H5N1 sont généralisées au Viet Nam. Les oiseaux excrètent dans leurs déjections de grandes quantités de virus qui peuvent survivre quelques temps dans l'environnement.

La transmission interhumaine limitée d'un virus grippal aviaire hautement pathogène n'est pas pour autant une surprise: elle a déjà été documentée à deux occasions récentes (à Hong Kong en 1997 et aux Pays-Bas en 2003).

Les autorités locales rapportent qu'aucun autre membre de la famille et aucun invité de la noce n'a été malade. Aucune autre infection n'a été observée dans la communauté ou le mariage a eu lieu, ni parmi les agents de santé qui se sont occupés de ces cas.

L'OMS insiste sur la nécessité de continuer à enquêter sur chaque cas humain d'infection à H5N1 pour déterminer la source de contamination. ■

Severe acute respiratory syndrome (SARS)

New case of laboratory-confirmed SARS in Guangdong, China

On 31 January 2004, a new case of laboratory-confirmed infection with the SARS coronavirus (SARS-CoV) has been reported by the Ministry of Health in China. This is the fourth case (3 confirmed and one probable) detected in China since 16 December 2003.

The new case is a 40-year old director of a hospital and practising physician from Guangzhou, Guangdong Province who developed symptoms of SARS on 7 January 2004. He was admitted to a hospital in Guangdong with pneumonia on 16 January and placed in respiratory isolation on the suspicion of SARS. He has made a full recovery and was discharged home on 30 January.

In accordance with WHO recommendations¹ for SARS-CoV testing in the inter-epidemic period, the results of SARS-CoV testing performed at the national reference laboratory in Beijing were verified by a WHO SARS International Reference and Verification Network laboratory in Hong Kong.

At present, the source of infection in this most recent SARS case is unknown. The Ministry of Health is conducting an epidemiological investigation into possible sources of transmission and has carried out contact tracing and other public health measures. To date, none of the contacts so far identified has developed symptoms of SARS. The Ministry is also collaborating with WHO China, Country Office to further investigate this and the other recent SARS cases in Guangdong province. See Review of probable and laboratory-confirmed SARS cases in southern China.²

WHO will continue to closely monitor the situation in Guangdong. ■

¹ See <http://www.who.int/csr/sars/guidelines/en/WHOSARSReferenceLab.pdf>

² See http://www.who.int/csr/don/2004_01_27/en/

Global Polio Eradication Initiative, Strategic Plan 2004–2008

Outstanding progress has been made towards interrupting transmission of wild poliovirus globally. The number of polio-endemic countries worldwide has fallen from over 125 in 1988, with more than 350 000 cases annually, to only 6 countries at the end of 2003 (Nigeria, India, Pakistan, Egypt, Niger and Afghanistan), with just 682 reported cases (as of 21 January 2004). In 2003, more than 90% of all cases globally were reported from Nigeria (305), India (220) and Pakistan (99), with Nigeria for the first time overtaking India as the country reporting the largest number of cases. Epidemiological and virological data have demonstrated focal endemic transmission in Afghanistan and Niger, with repeated importations from Pakistan and Nigeria, respectively, and endemic transmission in Egypt, highly localized to the greater Cairo area.

Polio eradication efforts have prevented an estimated 5 million cases of paralytic poliomyelitis to date and have averted more than 1.2 million childhood deaths through vitamin A supplementation during national polio immunization campaigns. The Global Polio Eradication Initiative has promoted integrated disease surveillance, contributed to strengthening of routine immunization services and supported country-level activities of the Global Alliance for Vaccines and Immunization.

Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

Nouveau cas de SRAS confirmé en laboratoire au Guangdong, Chine

Le 31 janvier 2004, le Ministère chinois de la Santé a notifié un nouveau cas confirmé en laboratoire d'infection au coronavirus du SRAS (SARS-CoV). C'est le quatrième détecté en Chine depuis le 16 décembre 2003 (3 cas confirmés et 1 probable).

Il s'agit d'un homme de 40 ans, directeur d'un hôpital et médecin en activité de la ville de Guangzhou (Province du Guangdong), qui a développé les symptômes du SRAS le 7 janvier 2004. Hospitalisé à Guangdong pour pneumonie le 16 janvier, il a été placé en isolement en raison de la suspicion de SRAS. Après guérison complète, il est rentré chez lui le 30 janvier.

Conformément aux recommandations de l'OMS¹ sur la recherche du SARS-CoV dans les périodes entre les épidémies, les résultats des tests réalisés par le laboratoire national de référence à Beijing ont été vérifiés par un laboratoire du Réseau international OMS de référence et de vérification du SRAS à Hong Kong.

On ne connaît pas actuellement l'origine de l'infection du cas le plus récent de SRAS. Le Ministère de la Santé mène une enquête épidémiologique sur les sources possibles de transmission, a procédé à la recherche des contacts et a pris d'autres mesures de santé publique. A ce jour, aucun des contacts identifiés n'a développé de symptômes du SRAS. Le Ministère collabore également avec le bureau de l'OMS en Chine dans la poursuite des enquêtes sur les cas récents, dont celui-ci, dans la province du Guangdong. Voir à ce sujet *Analyse de cas de SRAS probables et confirmés en laboratoire en Chine méridionale*.²

L'OMS continue de surveiller attentivement la situation au Guangdong. ■

¹ Voir <http://www.who.int/csr/sars/guidelines/en/WHOSARSReferenceLab.pdf>

² Voir http://www.who.int/csr/don/2004_01_27/fr/index.html

Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, plan stratégique 2004-2008

Des progrès remarquables ont été faits en vue d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage dans le monde. Le nombre de pays où la poliomyélite est endémique a été ramené de plus de 125 en 1988, avec plus de 350 000 cas par an, à seulement six pays à la fin de 2003 (Nigéria, Inde, Pakistan, Égypte, Niger, Afghanistan), avec 682 cas notifiés (au 21 janvier 2004). En 2003, plus de 90% des cas mondiaux ont été signalés par le Nigéria (305), l'Inde (220) et le Pakistan (99), le Nigéria dépassant pour la première fois l'Inde en tant que pays notifiant le plus grand nombre de cas. Les données épidémiologiques et virologiques ont fait apparaître une transmission endémique localisée en Afghanistan et au Niger, avec des importations répétées du Pakistan et du Nigéria, respectivement, et une transmission endémique en Égypte, très localisée dans la région du Grand Caire.

A ce jour, selon les estimations, les efforts en faveur de l'éradication de la poliomyélite ont permis d'éviter 5 millions de cas de poliomyélite paralytique et plus de 1,2 million de décès d'enfants grâce à la supplémentation en vitamine A au cours des campagnes nationales de vaccination antipoliomyélique. L'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a encouragé la surveillance intégrée de la maladie, contribué au renforcement des services de vaccination systématique et soutenu les activités dans les pays de l'Alliance mondiale pour les Vaccins et la Vaccination.

The Global Polio Eradication Initiative is spearheaded by national governments, WHO, Rotary International, the United States Centers for Disease Control and Prevention and the United Nations Children's Fund (UNICEF). The partnership supporting the Global Polio Eradication Initiative includes international agencies, bilateral donors, non-governmental organizations, foundations and the private sector.

The work of this partnership has been guided by a series of multi-year strategic plans, last updated in 2000. The latest strategic plan update, launched at the WHO and UNICEF Executive Board meetings during the week beginning 19 January 2004, covers the period from 2004 to 2008. It outlines a time frame of activities required to interrupt wild poliovirus transmission globally (2004–2005), to achieve global certification of polio eradication and mainstream the Global Polio Eradication Initiative (2006–2008) and to prepare for eventually stopping the use of oral polio vaccine (OPV) globally. The 2004–2008 plan reflects the major tactical revisions introduced in 2003 to interrupt the final chains of polio transmission (i.e. focusing intensified supplementary immunization activities (SIAs) on remaining endemic countries, while reducing SIAs in non-endemic countries), the revised time frame for certification of eradication (at the earliest by 2008) and the decision to stop immunization with OPV globally as soon as possible.

The overriding goal of the four objectives outlined in the strategic plan is the rapid interruption of wild poliovirus transmission in the 6 remaining endemic countries. Eliminating all remaining poliovirus reservoirs is now an urgent international public health issue, because stopping mass immunization campaigns in most polio-free countries has left the world increasingly vulnerable to importations of wild poliovirus from endemic into polio-free areas.

Objective 1 of the updated strategic plan details the immunization and surveillance activities needed to interrupt transmission in the remaining endemic countries. Particular attention is given to "intensifying" SIAs in 2003 in Nigeria, India and Pakistan. With the reduction in polio transmission in India and Pakistan in late 2003, the risks to global eradication are increasingly concentrated in Nigeria. The suspension of crucial OPV campaigns in the most important endemic areas of northern Nigeria in 2003, particularly Kano state, led to a marked increase in the number of cases reported from Nigeria, re-infecting large polio-free areas within Nigeria and in at least six neighbouring countries. The narrow window of opportunity that now exists to eradicate polio can be exploited only if the leaders of endemic areas ensure that every child is immunized during intensified SIAs in 2004.

Objectives 2 and 3 of the plan outline activities for certifying the world polio-free and preparing for the cessation of OPV. With the certification process and criteria validated in three WHO regions, Objective 2 focuses on improving surveillance quality (especially in the 19 countries yet to achieve certification standard), reversing declines in surveillance sensitivity in the certified regions and completing phase II of wild poliovirus laboratory containment. Objec-

L'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite est dirigée par les gouvernements, l'OMS, le Rotary International, les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). Le partenariat qui soutient l'initiative mondiale est composé d'organismes internationaux, de donateurs bilatéraux, d'organisations non gouvernementales, de fondations et d'entreprises privées.

L'action de ce partenariat a été guidée par une série de plans stratégiques établis sur plusieurs années, dont le dernier remontait à 2000. La dernière actualisation du plan stratégique, lancée lors des réunions du Conseil exécutif de l'OMS et du Conseil d'administration de l'UNICEF pendant la semaine commençant le 19 janvier 2004, couvre la période 2004–2008. Le plan définit le calendrier des activités nécessaires pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage dans le monde (2004–2005), parvenir à la certification mondiale de l'éradication et intégrer les acquis de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (2006–2008) et, à terme, se préparer à arrêter d'utiliser le vaccin antipoliomyélique buccal (VPO) dans le monde. Le plan pour 2004–2008 tient compte des révisions tactiques majeures introduites en 2003 en vue d'interrompre les dernières chaînes de transmission de la maladie (c'est-à-dire en concentrant les activités de vaccination supplémentaire intensifiées sur les pays d'endémie restants, tout en réduisant ces activités dans les autres pays), du calendrier révisé pour la certification de l'éradication (au plus tôt en 2008) et de la décision de cesser la vaccination par le VPO au niveau mondial dès que possible.

Les quatre objectifs définis dans le plan stratégique visent avant tout à interrompre rapidement la transmission du poliovirus sauvage dans les six pays d'endémie restants. L'élimination de tous les réservoirs restants de poliovirus est désormais une urgence internationale de santé publique, car l'arrêt des campagnes de vaccination de masse dans la plupart des pays indemnes de poliomyélite rend le monde de plus en plus vulnérable à l'importation de poliovirus sauvage à partir de zones d'endémie vers des zones indemnes.

L'objectif numéro un du plan stratégique actualisé décrit les activités de vaccination et de surveillance nécessaires pour interrompre la transmission dans les pays d'endémie restants. Une attention particulière est accordée à l'«intensification» en 2003 des activités de vaccination supplémentaire au Nigéria, en Inde et au Pakistan. Avec la réduction de la transmission en Inde et au Pakistan fin 2003, les risques pour l'éradication mondiale sont de plus en plus concentrés au Nigéria. La suspension de campagnes cruciales de vaccination par le VPO dans les principales zones d'endémie du nord du Nigéria en 2003, en particulier l'Etat de Kano, a entraîné une nette augmentation du nombre de cas signalés au Nigéria, avec la réinfection de zones étendues au Nigéria même et dans au moins six pays voisins. L'actuelle période favorable pour éradiquer la poliomyélite, très limitée, ne pourra être exploitée que si les responsables des zones d'endémie font en sorte que chaque enfant soit vacciné au cours d'activités de vaccination supplémentaire intensifiées en 2004.

Les objectifs 2 et 3 du plan décrivent les activités visant à certifier l'éradication de la poliomyélite dans le monde et à se préparer pour l'arrêt de la vaccination par le VPO. Avec la validation du processus et des critères de certification dans trois Régions OMS, l'objectif numéro 2 consiste à améliorer la qualité de la surveillance (surtout dans les 19 pays qui n'ont pas encore atteint le niveau requis pour la certification), à renverser la tendance en ce qui concerne la baisse de sensibilité de la surveillance dans les régions certifiées et à

tive 3 outlines the implications of the 2003 decision to stop OPV as soon as possible after eradication. Although trivalent OPV will continue to be the vaccine of choice for routine immunization until 2008, the plan outlines the work required to develop specific products to facilitate the safe cessation of OPV. These products include a 3rd edition of the *Global Action Plan for the laboratory containment of wild polioviruses* (specifying the long-term requirements for wild poliovirus, vaccine-derived polioviruses and Sabin strains), monovalent OPV stockpiles, IPV produced from Sabin strains and appropriate IPV-containing combination vaccines. The plan also discusses the development of mechanisms to ensure that countries desiring or needing these products have access to them by 2008.

The plan's fourth and final objective addresses the work required to integrate and/or transition the substantial human resources, physical infrastructure and institutional arrangements established for polio eradication into other disease control, surveillance and response programmes. Objective 4 also details the programme of work to "mainstream" those polio eradication activities that must be continued indefinitely (i.e. surveillance, vaccine stockpiles and laboratory containment) into existing national, WHO and UNICEF structures and mechanisms for managing other serious pathogens that are subject to high biosafety levels.

The greatest risks to achieving the annual milestones of this plan are ongoing wild poliovirus transmission in any of the 6 remaining endemic countries and an increased frequency of polio outbreaks due to circulating vaccine-derived polioviruses. Implementing the full range of activities outlined in the plan requires continued technical support from a strong polio eradication partnership, financing for the shortfall of US\$ 130 million to interrupt wild poliovirus transmission (2004–2005) and identification of funding for the US\$ 380 million budget to achieve global certification and to mainstream the Global Polio Eradication Initiative (2006–2008).

Copies of the Global Polio Eradication Initiative Strategic Plan 2004–2008 are available from WHO via polioepi@who.int or can be downloaded directly from www.polioeradication.org. ■

WHO/WPRO/SEARO meeting on DengueNet implementation in South-East Asia and the Western Pacific, Kuala Lumpur, 11–13 December 2003

Dengue/DHF – Global public health problem

Epidemic dengue fever and dengue haemorrhagic fever (DHF) have emerged as a global public health problem in recent decades, with the development of hyperendemicity in urban and peri-urban centres of many tropical and subtropical countries. Asia-Pacific countries have more

achever la phase II du confinement en laboratoire des poliovirus sauvages. L'objectif numéro 3 décrit les effets de la décision prise en 2003 de cesser la vaccination par le VPO dès que possible après l'éradication. Si le VPO trivalent reste le vaccin de choix pour la vaccination systématique jusqu'en 2008, le plan décrit cependant les mesures à prendre pour mettre au point des produits spécifiques pour faciliter l'arrêt du VPO en toute sécurité. Il s'agit notamment de la publication de la troisième édition du *Plan d'action mondial pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire* (en précisant les besoins à long terme en poliovirus sauvages, poliovirus dérivés de souches vaccinales et souches Sabin), des stocks de VPO monovalent, du VPI produit à partir de souches Sabin et de vaccins associés contenant du VPI. Le plan évoque également la mise en place de mécanismes destinés à faire en sorte que les pays souhaitant pouvoir disposer de ces produits ou en ayant besoin y aient accès d'ici 2008.

Le quatrième et dernier objectif du plan porte sur les travaux nécessaires pour intégrer et/ou faire évoluer les ressources humaines, les infrastructures matérielles et les arrangements institutionnels considérables mis en place pour l'éradication de la poliomyélite dans d'autres programmes de lutte contre la maladie, de surveillance ou d'action. L'objectif 4 précise également le programme de travail visant à intégrer les activités d'éradication de la poliomyélite qui doivent être poursuivies indéfiniment (par exemple surveillance, stockage de vaccin et confinement en laboratoire) dans les structures et mécanismes existants dans les pays, à l'OMS et à l'UNICEF pour gérer d'autres agents pathogènes graves devant faire l'objet d'un niveau de sécurité biologique élevé.

Les risques les plus importants pour la réalisation des étapes annuelles de ce plan sont la poursuite de la transmission du poliovirus sauvage dans l'un quelconque des six pays d'endémie restants et une fréquence accrue des épidémies de poliomyélite dues aux poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales. La mise en oeuvre de toute la gamme des activités décrites dans le plan exige un soutien technique continu de la part d'un partenariat solide en faveur de l'éradication de la poliomyélite, le financement du déficit de US\$ 130 millions pour l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage (2004–2005) et la recherche du financement de US\$ 380 millions, nécessaire pour parvenir à la certification mondiale et à l'intégration des acquis de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (2006–2008).

Le plan stratégique de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2004–2008 peut être consulté à l'adresse OMS polioepi@who.int ou téléchargé directement du site www.polioeradication.org. ■

Réunion OMS/WPRO/SEARO sur la mise en place du réseau DengueNet dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, Kuala Lumpur, 11-13 décembre 2003

La dengue et la dengue hémorragique – problème mondial de santé publique

Les épidémies de dengue et de dengue hémorragique sont apparues comme un problème de santé publique ces dernières décennies, avec l'apparition d'une hyperendémicité dans les centres urbains et péri-urbains de nombreux pays tropicaux et subtropicaux. Les pays d'Asie et du Pacifique enregistrent plus de

than 70% of the disease burden; in several of them, DHF has become a leading cause of hospitalization and death among children. Latin America and the Caribbean appear to be following the same DHF epidemic trend, with the disease affecting all ages and case-fatality rates as high as 10–15% in areas with limited health service infrastructure. The African and Eastern Mediterranean regions are much less affected. Air travel is also facilitating the rapid global movement of dengue viruses and increasing the risk of DHF epidemics through the introduction of new serotypes. Globally, 2.5 billion people live in areas where dengue viruses can be transmitted: an estimated 50 million dengue infections occur each year, with 500 000 cases of DHF and at least 22 000 deaths, mainly among children. Although dengue is a notifiable disease in many endemic countries, only a small proportion of cases are reported to WHO.

Rationale for DengueNet¹

DengueNet, WHO's global surveillance system for dengue fever and DHF, has been created as a web-based central data management system to collect and analyse standardized epidemiological and virological data in a timely manner and to present epidemiological trends as soon as new data are entered. Strengthening epidemiological and virological surveillance of dengue and DHF, including implementation of DengueNet, for early detection, planning and response is one of the four main priorities of WHO's global prevention and control strategy, adopted in resolution WHA55.17 in May 2002. DengueNet, when fully implemented, will facilitate WHO's global outbreak and response activities and support the GOARN.²

Epidemiological and laboratory-based surveillance is required to monitor and guide dengue/DHF prevention and control programmes whether these are based on vector control or possible future vaccination with a safe, effective and affordable vaccine. Recent and encouraging research developments have made it likely that a dengue vaccine will become available. As a consequence, the public health community needs to define the burden of dengue for society, so that adequate cost-benefit analyses can be presented to government leaders before they decide to use the vaccine. Standardized global dengue surveillance data, one of the principal results expected from the establishment of DengueNet, have become critical.

Phased implementation of DengueNet

First meeting in San Juan, Puerto Rico, July 2002

The first DengueNet meeting was held jointly with WHO/PAHO and the WHO collaborating centre for dengue/DHF at the Centers for Disease Control and Prevention (CDC Dengue branch; San Juan, Puerto Rico). Its objective was to describe and demonstrate DengueNet to prospective users and to launch a pilot, building on the existing reporting systems and network of dengue laboratories in the Americas. Epidemiologists and virologists from eight countries in the Americas, three countries in Asia and five WHO collaborating centres provided recommendations for the administrative and technical procedures involved in making DengueNet operational.

¹ See No. 36, 2002, pp. 300–304.

² Global Outbreak Alert and Response Network.

70% de la charge de morbidité; dans plusieurs d'entre eux, la dengue hémorragique est devenue la principale cause d'hospitalisation et de décès parmi les enfants. En Amérique latine et dans les Caraïbes la même tendance épidémique semble se dessiner, la maladie touchant tous les groupes d'âge et le taux de létalité atteignant 10 à 15% dans les zones où l'infrastructure des services de santé est peu développée. Les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale sont beaucoup moins touchées. Les voyages aériens favorisent également le déplacement rapide des virus dans le monde et augmentent le risque d'épidémie avec l'apparition de nouveaux sérotypes. Au niveau mondial, 2,5 milliards de personnes vivent dans des zones où il peut y avoir transmission des virus de la dengue: on estime que 50 millions d'infections surviennent chaque année, dont 500 000 cas de dengue hémorragique et au moins 22 000 décès, principalement parmi les enfants. Bien que la déclaration de la dengue soit obligatoire dans de nombreux pays d'endémie, seule une petite proportion des cas sont signalés à l'OMS.

Justification du réseau DengueNet¹

Le DengueNet, système mondial de surveillance OMS pour la dengue et la dengue hémorragique, a été créé en tant que système central de gestion des données sur le web afin de recueillir et d'analyser des données épidémiologiques et virologiques normalisées de façon rapide et de présenter les tendances épidémiologiques dès que de nouvelles données sont saisies. Le renforcement de la surveillance épidémiologique et virologique de la dengue et de la dengue hémorragique, y compris avec la mise en place du DengueNet, pour la détection précoce, la planification et l'action, est l'une des quatre priorités de la stratégie mondiale OMS de lutte contre la dengue et la dengue hémorragique, adoptée dans la résolution WHA55.17 en mai 2002. Une fois le DengueNet complètement mis en place, les activités d'action en cas d'épidémie mondiale et le soutien au GOARN² s'en trouveront facilités.

Une surveillance épidémiologique et de laboratoire s'impose pour suivre et orienter les programmes de lutte contre la dengue et la dengue hémorragique à condition que ce soit basé sur la lutte antivectorielle ou une future vaccination avec un vaccin sûr, efficace et bon marché. De récents et encourageants progrès de la recherche permettent de penser qu'on trouvera un vaccin contre la dengue. Par conséquent, la communauté de la santé publique doit définir la charge que représente la maladie pour la société, de sorte que des analyses coûts/avantages adéquates puissent être présentées aux responsables gouvernementaux avant que ceux-ci ne décident de l'emploi du vaccin. Des données normalisées de surveillance de la dengue, qui sont l'un des principaux résultats escomptés de la création du DengueNet, sont donc devenues indispensables.

Mise en place progressive du DengueNet

Première réunion, San Juan (Porto Rico), juillet 2002

La première réunion sur le DengueNet a été organisée conjointement par l'OMS/OPS et par le centre collaborateur OMS pour la dengue et la dengue hémorragique des *Centers for Disease Control and Prevention* (Département dengue de CDC, San Juan, Puerto Rico). Elle avait pour objectif de décrire le DengueNet et d'en faire la démonstration aux utilisateurs potentiels et de lancer un réseau pilote en s'appuyant sur les systèmes de notification existants et sur le réseau des laboratoires de la dengue dans les Amériques. Des épidémiologistes et des virologistes de huit pays des Amériques, trois pays d'Asie et cinq centres collaborateurs de l'OMS ont fait des recommandations concernant les procédures techniques et administratives à mettre en place pour rendre le DengueNet opérationnel.

¹ Voir N° 36, 2002, pp. 300-304.

² Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie.

Second meeting in Kuala Lumpur, Malaysia, December 2003³

After pilot use of DengueNet by four Member States and one network representing 20 island countries in the Americas, and after changes to the supporting computer hardware, software, and routines, a second meeting was convened jointly with WHO/WPRO/SEARO and the WHO collaborating centre for dengue/DHF at the University of Malaya in Kuala Lumpur, 11–13 December 2003. The objective was to expand the pilot to South-East Asia and the Western Pacific, building on the lessons learned from the pilot conducted in the Americas. About 70 participants included national epidemiologists, laboratory specialists, and clinicians from 19 Asia-Pacific countries, three countries in the Americas, six WHO collaborating centres, and WHO HQ, regional and country staff.⁴

The plenary presentations and discussions focused on: 1) the challenges and need for standardized global epidemiological and laboratory surveillance of dengue and DHF; 2) the activities of the Pediatric Dengue Vaccine Initiative (PDVI); 3) the national surveillance and reporting systems in the participating countries in South-East Asia and the Western Pacific; 4) the activities of the participating WHO collaborating centres; 5) the WHO global strategy and regional programmes; 6) WHO's global outbreak and response activities and GOARN; 7) the DengueNet pilot and lessons learned; 8) presentation of DengueNet and a "hands on" session with the "new" prototype web site in Global Atlas.

Two working groups were convened. The first reviewed and defined the epidemiological data and reporting requirements for DengueNet, modifications needed to the present format, identification of countries for expanding the DengueNet pilot to Asia-Pacific regions, and roles and responsibilities of national and international partners. A subgroup also reviewed and defined the objectives of DengueNet. The second working group reviewed the existing laboratory capacity in South-East Asian and Western Pacific countries in relation to DengueNet, identifying the current needs (and gaps) for laboratory standards, quality control, and dengue serological diagnosis and virus isolation, as well as for reporting and information exchange. The group made recommendations that focused on strengthening regional dengue laboratory diagnosis capacity, so that laboratories participating in DengueNet are able to report data of the highest quality possible within their working environment.

³ This meeting was organized by the WHO Department of Communicable Disease Surveillance and Response, Global Alert and Response, jointly with the WHO Regional Offices for South-East Asia and the Western Pacific, and the WHO Collaborating Centre for dengue/DHF at the University of Malaya in Kuala Lumpur, Malaysia, with technical and financial support from the US Centers for Disease Prevention and Control.

⁴ Participants included:

- South-East Asian and Western Pacific regions: national programmes from Bangladesh, Cambodia, China, Fiji, French Polynesia, India, Indonesia, Lao People's Democratic Republic, Maldives, Malaysia, Myanmar, Nepal, Philippines, Sri Lanka, Singapore, Thailand, Viet Nam; the bi-regional Mekong Basin Disease Surveillance Network; WHO collaborating centres and research institutes in Australia, India, Japan, Malaysia, Thailand.
- Americas: DengueNet pilot country Brazil; WHO collaborating centres in Cuba and USA; interim director of the Dengue Pediatric Vaccine Initiative (PDVI).
- WHO: HQ; regional offices (PAHO, SEARO, WPRO); country offices (India, Malaysia).

Deuxième réunion, Kuala Lumpur (Malaisie), décembre 2003³

Après une mise en service d'un réseau DengueNet pilote par quatre Etats Membres et la mise en place d'un réseau représentant 20 pays insulaires des Amériques, et après que des changements aient été apportés au matériel informatique, aux logiciels et aux routines, une deuxième réunion a été convoquée conjointement par l'OMS/WPRO/SEARO et le centre collaborateur OMS pour la dengue et la dengue hémorragique à l'Université de Malaya, à Kuala Lumpur, du 11 au 13 décembre 2003. Le but était d'élargir le réseau pilote à l'Asie du Sud-Est et au Pacifique occidental, en tirant les enseignements de l'expérience acquise grâce au réseau pilote dans les Amériques. Parmi les 70 participants environ, figuraient des épidémiologistes, des spécialistes de laboratoire et des cliniciens de 19 pays d'Asie et du Pacifique, trois pays des Amériques, six centres collaborateurs de l'OMS ainsi que des membres du personnel du Siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays de l'OMS.⁴

Les présentations et discussions en plénière ont principalement porté sur: 1) les problèmes soulevés par la normalisation de la surveillance épidémiologique et en laboratoire de la dengue et de la dengue hémorragique dans le monde et sa nécessité; 2) les activités de l'Initiative pour un vaccin pédiatrique contre la dengue; 3) les systèmes nationaux de surveillance et de notification des pays participants d'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental; 4) les activités des centres collaborateurs OMS participants; 5) la stratégie mondiale et les programmes régionaux de l'OMS; 6) les activités OMS d'action en cas d'épidémie mondiale et le GOARN; 7) le réseau pilote DengueNet et les enseignements tirés de l'expérience; 8) la présentation du DengueNet et une séance de travaux pratiques sur le nouveau prototype de site web de l'Atlas mondial.

Deux groupes de travail ont été réunis. Le premier a examiné et défini les besoins en matière de données épidémiologiques et de notification pour le DengueNet, les modifications nécessaires au format actuel, les pays à retenir pour l'élargissement du réseau pilote DengueNet aux Régions de l'Asie et du Pacifique, et les rôles et responsabilités des partenaires nationaux et internationaux. Un sous-groupe a également examiné et défini les objectifs du DengueNet. Le deuxième groupe de travail a examiné les moyens de laboratoire existant dans les pays d'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental en ce qui concerne le DengueNet, en répertoriant les besoins actuels (et les lacunes) en matière de normes de laboratoire, de contrôle de qualité, de diagnostic sérologique de la dengue et d'isolement du virus, ainsi qu'en ce qui concerne la notification et l'échange d'informations. Le groupe a formulé des recommandations axées sur le renforcement des capacités régionales de diagnostic de la dengue en laboratoire, de sorte que les laboratoires participant au réseau DengueNet soient en mesure de notifier des données de la meilleure qualité possible compte tenu de l'environnement professionnel.

³ Cette réunion était organisée conjointement par le Département OMS Maladies transmissibles: surveillance et action, Alerte et action au niveau mondial, les bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, et le Centre collaborateur OMS pour la dengue et la dengue hémorragique de l'Université de Malaya, à Kuala Lumpur (Malaisie), avec le soutien technique et financier des *Centers for Disease Control and Prevention* des Etats-Unis d'Amérique.

⁴ Parmi les participants figuraient:

- Pour les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental: programmes nationaux des pays et territoires suivants: Bangladesh, Cambodge, Chine, Fidji, Inde, Indonésie, Maldives, Malaisie, Myanmar, Népal, Philippines, Polynésie française, République démocratique populaire lao, Singapour, Sri Lanka, Thaïlande, Viet Nam; réseau birégional de surveillance de la maladie dans le Bassin du Mékong; centres collaborateurs OMS et instituts de recherche en Australie, en Inde, au Japon, en Malaisie et en Thaïlande.
- Pour les Amériques: pays pilote pour le DengueNet: Brésil; centres collaborateurs OMS à Cuba et aux Etats-Unis d'Amérique; directeur par intérim de de l'Initiative pour un vaccin pédiatrique contre la dengue.
- Pour l'OMS: Siège, bureaux régionaux (OPS, SEARO, WPRO): bureaux de pays (Inde, Malaisie).

Meeting outcomes

Objectives of DengueNet

The participants agreed that the overall objective of DengueNet is to improve capacity for effective national and international planning for the prevention and control of dengue and that the specific objectives for implementing this global surveillance system are:

- to provide early warning of potential outbreaks of dengue disease or of the introduction of dengue viruses into epidemiologically silent areas, for the purpose of implementing timely control measures and notifying decision-makers in institutions whose occupations or livelihood may be affected;
- to strengthen and standardize epidemiological surveillance of DF and DHF;
- to promote the use of standardized clinical case definitions and reporting criteria for dengue illnesses, permitting comparisons between countries and over time;
- to strengthen the network of collaborating centres and national laboratories for serotype determination and strain characterization;
- to promote improvement in the quality of laboratory data reported at national and international levels;
- to provide a standardized database for epidemiological research and analysis;
- to provide data useful for estimating the burden of disease (including the social and economic burden) on a national, regional, or global scale;
- to support the improvement in national and international alert and response capacity for dengue/DHF outbreaks; and
- to promote the free and timely exchange of epidemiological information between affected countries, their neighbours, and other stakeholders in order to facilitate and promote dengue control activities within the region.

Recommendations of the laboratory working group

To strengthen the regional dengue laboratory diagnosis capacity, the participants of this group made the following recommendations for national laboratories, WHO collaborating centres, WHO, and government health authorities.

Quality control

- Quality control/proficiency testing should be undertaken by the national laboratory/WHO collaborating centre for other laboratories in the country concerned.
- A reference centre should be established at the WHO Collaborating Centre for Tropical Viral Diseases, Nagasaki, Japan, to undertake coordination of quality assurance/control for other WHO collaborating centres and designated national laboratories in the two Regions.
- The Nagasaki reference centre should coordinate, organize, and distribute a WHO panel of reference sera for validation of tests/kits/rapid tests by WHO, national laboratories, and WHO collaborating centres.

Reference services

- Countries that do not have facilities for virus isolation should send appropriate samples to a WHO collaborating centre of their choice after consultation with that centre.

Résultats de la réunion

Objectifs du DengueNet

Les participants ont convenu que l'objectif général du DengueNet était d'améliorer les capacités de planification nationale et internationale dans la lutte contre la dengue et que les objectifs spécifiques de la mise en place de ce système de surveillance mondiale étaient:

- de donner l'alerte de manière précoce sur de possibles épidémies de dengue ou l'apparition de virus de la dengue dans des zones jusque là épidémiologiquement silencieuses, en vue de rapidement mettre en place des mesures de lutte et de prévenir les responsables des institutions dont les activités ou les moyens de subsistance pourraient être touchés;
- de renforcer et de normaliser la surveillance épidémiologique de la dengue et de la dengue hémorragique;
- de promouvoir l'utilisation de définitions normalisées des cas cliniques et des critères de notification pour les différentes formes de dengue, pour permettre les comparaisons entre pays et dans le temps;
- de renforcer le réseau des centres collaborateurs et laboratoires nationaux pour la détermination des sérotypes et la caractérisation des souches;
- de promouvoir l'amélioration de la qualité des données de laboratoire notifiées aux niveaux national et international;
- d'offrir une base de données normalisées pour la recherche épidémiologique et l'analyse;
- de fournir des données utiles pour estimer la charge de morbidité (y compris la charge sociale et économique) aux niveaux national, régional ou mondial;
- de soutenir l'amélioration des capacités nationales et internationales d'alerte et action en cas d'épidémie de dengue ou de dengue hémorragique; et
- de promouvoir l'échange libre et rapide d'informations épidémiologiques entre les pays touchés, leurs voisins et les autres parties prenantes, ceci afin de faciliter et promouvoir les activités de lutte contre la dengue dans la région.

Recommandations du groupe de travail sur les laboratoires

Afin de renforcer les capacités régionales de diagnostic de la dengue en laboratoire, les participants ont formulé les recommandations suivantes aux laboratoires nationaux, aux centres collaborateurs de l'OMS, à l'OMS et aux autorités sanitaires nationales.

Contrôle de la qualité

- Des contrôles de qualité/contrôles de bonne exécution devraient être entrepris par les laboratoires nationaux/centres collaborateurs de l'OMS pour le compte d'autres laboratoires du pays concerné.
- Un centre de référence devrait être créé au centre collaborateur OMS pour les maladies tropicales virales de Nagasaki, au Japon, afin de coordonner le contrôle/l'assurance de la qualité pour d'autres centres collaborateurs OMS et laboratoires nationaux désignés dans les deux régions.
- Le centre de référence de Nagasaki devrait coordonner, organiser et distribuer une batterie OMS de sérums de référence pour la validation des tests/nécessaires/tests rapides par l'OMS, les laboratoires nationaux et les centres collaborateurs de l'OMS.

Services de référence

- Les pays qui n'ont pas les moyens nécessaires pour isoler le virus devraient adresser des échantillons appropriés au centre collaborateur OMS de leur choix après consultation de ce centre.

- WHO should recommend capacity-building for virus isolation to the ministries of health of countries that lack facilities.
- In collaboration with WHO country and regional offices, WHO collaborating centres should provide reference reagents to national laboratories – standard inactivated antigens, monoclonal antibodies, standard sera, cell lines for virus isolation, and prototype dengue virus strains.

Laboratory training

- WHO should organize regional training courses on laboratory diagnosis of dengue and other flaviviruses.
- WHO should develop a laboratory manual for dengue diagnosis.
- WHO HQ should establish a global technical advisory group, including representatives from collaborating centres, to meet annually to advance laboratory training, capacity building, reagents, quality issues, and DengueNet.

Reporting and information exchange

With regard to collection of laboratory data and information transfer, the group identified a strong need for government health authorities to develop a reporting system to collect, centralize, and disseminate these data, identify key laboratories to participate in this system, and designate a focal point for DengueNet.

The group recommended that WHO support national health ministries to assess current laboratory status in Asia-Pacific countries and to plan mechanisms to strengthen laboratories for DengueNet. A draft DengueNet laboratory assessment tool is available for review and use.

The group expressed appreciation of the efforts made to develop DengueNet and recommended that WHO work with partners to develop strategies for raising crucial resources.

Recommendations of the epidemiology working group

The group reviewed currently available data and reporting practices in the Asia-Pacific countries in relation to DengueNet. The discussion was organized around the principal epidemiological variables of time, place and personal characteristics, plus information about the virus. The group made recommendations on the modifications to be made to the present format of the DengueNet prototype in Global Atlas, on strengthening epidemiological surveillance, and on a framework for implementation of the DengueNet in Asia-Pacific regions with emphasis on the quality of available data and the active participation of national programmes.

Data collection

Epidemiological data

- To accommodate currently available case classification reporting practices, countries should provide three categories – DF cases, DHF/DSS (dengue shock syndrome) cases, total dengue cases (DF/DHF/DSS). These data should be provided monthly, at state/department level by large countries and at island level by island nations.

- L'OMS devrait recommander le renforcement des capacités d'isolement virologique aux Ministères de la Santé des pays où celles-ci font défaut.
- En collaboration avec les bureaux régionaux et les bureaux de pays de l'OMS, les centres collaborateurs OMS devraient fournir des réactifs de référence aux laboratoires nationaux – étalons d'antigènes inactivés, anticorps monoclonaux, sérums étalons, lignées cellulaires pour l'isolement du virus et souches prototypes de virus de la dengue.

Formation aux techniques de laboratoire

- L'OMS devrait organiser des cours de formation régionaux sur le diagnostic en laboratoire de la dengue et autres flavivirus.
- L'OMS devrait élaborer un manuel de laboratoire pour le diagnostic de la dengue.
- Le Siège de l'OMS devrait créer un groupe consultatif technique mondial comprenant des représentants des centres collaborateurs et qui se réunirait chaque année pour promouvoir la formation aux techniques de laboratoire, le renforcement des capacités, les réactifs, les questions de qualité et le DengueNet.

Notification et échange d'information

En ce qui concerne la collecte de données de laboratoire et le transfert de l'information, le groupe a jugé qu'il fallait absolument que les autorités sanitaires nationales mettent en place un système de notification chargé de recueillir, de centraliser et de diffuser ces données, recensent les laboratoires qui participeront à ce système et désignent un point focal pour le DengueNet.

Le groupe a recommandé à l'OMS d'aider les ministères de la santé des différents pays à évaluer la situation actuelle des laboratoires dans les pays de l'Asie et du Pacifique et à planifier des mécanismes visant à renforcer les laboratoires en vue de la mise en place du réseau DengueNet. Un projet d'outil d'évaluation des laboratoires pour le DengueNet est disponible pour examen et peut être utilisé.

Le groupe s'est dit satisfait des efforts déployés pour la mise en place du DengueNet et a recommandé que l'OMS collabore avec ses partenaires afin d'élaborer des stratégies et pour mobiliser des ressources vitales.

Recommandations du groupe de travail épidémiologie

Le groupe a examiné les données actuellement disponibles et les pratiques en matière de notification dans les pays d'Asie et du Pacifique concernant le DengueNet. Le débat a porté sur les principales variables épidémiologiques (temps, lieu et caractéristiques personnelles), et sur les informations concernant le virus. Le groupe a fait des recommandations sur les modifications à apporter au format actuel du prototype de DengueNet dans l'Atlas mondial, sur le renforcement de la surveillance épidémiologique et sur le cadre de mise en œuvre du DengueNet dans les régions de l'Asie et du Pacifique, l'accent étant mis sur la qualité des données disponibles et sur la participation active des programmes nationaux.

Collecte de données

Données épidémiologiques

- Pour tenir compte des pratiques actuellement disponibles en matière de classification des cas aux fins de notification, le DengueNet doit établir trois catégories – cas de dengue, cas de dengue hémorragique/dengue avec syndrome de choc, nombre total de cas de dengue. Ces données devraient être fournies chaque mois, au niveau de l'Etat/du département pour les grands pays et au niveau insulaire pour les pays insulaires.

- Countries should provide data, monthly when available, on “dengue deaths” (probable or confirmed).
- Countries should provide annual epidemiological data by sex and age groups.

Rate calculations

- Both incidence and mortality rates should be expressed per 100 000 mid-year population; countries should provide updates to DengueNet in the event of significant change.
- The system should not show incidence and mortality rates for countries that report data only from sentinel sites.

Virus serotype data – all available

- Data should be entered (when provided by the laboratory) as the cumulative number of isolations of each serotype in the country from 1 January.

General recommendations

For countries

Countries should promote implementation of the WHO-recommended surveillance standards for dengue. (Participants were provided with copies of these standards.)

For DengueNet

A country information page should be provided on the DengueNet web site for all country-specific information, definitions, and methods used (e.g. sentinel site information, reporting by time of onset or notification, case classification other than according to the WHO definition, etc.).

WHO-recommended surveillance standards should be made available on the DengueNet web site.

Roles and responsibilities of the partners in this network

Countries will collect, validate, and provide epidemiological and laboratory data. They will designate the participating centres and focal points, and WHO country offices will facilitate the process. WHO collaborating centres will provide laboratory support, proficiency panels, and training to national laboratories. WHO regional offices will implement the country support activities, and WHO HQ will maintain and moderate the DengueNet web site. WHO regional offices and HQ will seek financial support for dengue surveillance activities.

Country participation

A major outcome of the meeting was that representatives of all participating countries showed interest in collaborating with DengueNet and agreed to present the meeting's recommendations to their health ministries. Country participation will require a letter of request from WHO to the ministry of health; ministry authorization for participation and designation of a national DengueNet focal point; and, for some countries, an external budget.

The DengueNet pilot will be expanded to countries in American, South-East Asian, and Western Pacific regions in 2004 after modifications to the system have been made in Global Atlas. The lessons learned from the pilot will be used to develop a consensus framework for DengueNet implementation for standardized global surveillance of dengue and DHF. ■

- Les pays devraient fournir des données, si possible chaque mois, sur les «décès attribuables à la dengue» (probables ou confirmés).
- Les pays devraient fournir des données épidémiologiques annuelles par sexe et par groupe d'âge.

Calcul des taux

- Les taux d'incidence et de mortalité devraient être exprimés pour 100 000 habitants par rapport à l'effectif de la population en milieu d'année; les pays devraient mettre à jour le DengueNet en cas de changement important.
- Le système ne devrait pas faire apparaître l'incidence et le taux de mortalité pour les pays qui ne notifient des données que pour des sites sentinelles.

Données relatives aux sérotypes viraux – toutes les données disponibles

- Les données devraient être entrées (lorsqu'elles sont fournies par le laboratoire) sous forme de nombre cumulé d'isolements de chaque sérotype à partir du 1^{er} janvier.

Recommandations générales

Pour les pays

Les pays devraient promouvoir l'application des normes de surveillance recommandées par l'OMS pour la dengue. (Les participants ont reçu des copies de ces normes.)

Pour le DengueNet

Une page d'information de pays devrait être proposée sur le site web du DengueNet pour toute information supplémentaire sur le pays, les définitions et les méthodes utilisées (par exemple information provenant de sites sentinelles, notification selon la date d'apparition ou de signalement, classification des cas autre que conformément à la définition de l'OMS).

Les normes de surveillance recommandées par l'OMS doivent être disponibles sur le site DengueNet.

Rôles et responsabilités des partenaires dans le réseau

Les pays recueilleront, valideront et fourniront des données épidémiologiques et de laboratoire. Ils désigneront les centres et points focaux participants et les bureaux de l'OMS situés dans les pays faciliteront le processus. Les centres collaborateurs OMS fourniront le soutien en moyens de laboratoire et des séries d'échantillons pour le contrôle de bonne exécution et dispenseront une formation aux laboratoires nationaux. Les bureaux régionaux de l'OMS mettront en oeuvre les activités de soutien aux pays et le Siège de l'OMS tiendra à jour et animera le site Web du DengueNet. Tant les bureaux régionaux que le Siège de l'OMS rechercheront un soutien financier pour les activités de surveillance de la dengue.

Participation des pays

Il est ressorti de la réunion que les représentants de tous les pays participants étaient intéressés par une collaboration avec le DengueNet et acceptaient de présenter les recommandations de la réunion à leur ministère de la santé. Pour que les pays puissent participer au réseau, une lettre devrait être adressée par l'OMS au ministère de la santé, celui-ci devra autoriser la participation et désigner un point focal national pour le DengueNet; par ailleurs, certains pays auront besoin d'un financement extérieur.

En 2004, le DengueNet pilote sera élargi aux pays participants des Régions des Amériques, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental après que des modifications auront été apportées dans l'Atlas mondial. L'expérience du projet pilote servira à élaborer un cadre consensuel pour la mise en oeuvre du DengueNet en vue d'une surveillance mondiale normalisée de la dengue et de la dengue hémorragique. ■

Influenza

Austria.¹ Influenza A(H3N2) activity continued to increase in weeks 3 and 4, with localised activity reported.

Belarus.² Influenza activity continued to decline in week 3, with the influenza-like illness (ILI) consultation rate below the epidemic threshold. Sporadic cases of influenza A(H3N2), A(H1) and B were detected.

Belgium.¹ Influenza A(H3N2) activity declined further in weeks 3 and 4.

Canada.¹ During weeks 3 and 4, many regions reported localized activity; exceptions were Quebec and Ontario, where influenza activity was reported as widespread. In week 4, the overall ILI consultation rate was 18 cases per 1000 consultations, which is below the expected level for the time of year. Of the 591 influenza viruses antigenically characterized so far, 557 (94%) were A/Fujian/411/2002-like and 25 (4%) were A/Panama/2007/99-like.

Croatia.¹ Influenza A(H3N2) activity remained widespread in weeks 3 and 4.

Finland.³ Influenza activity continued to decline, becoming sporadic in week 4.

Germany.¹ Localized influenza A(H3N2) activity continued in weeks 3 and 4.

Hungary.¹ Influenza activity remained low in weeks 3 and 4, although there was an increase in the number of A(H3N2) viruses detected.

Italy.¹ Influenza activity increased significantly in weeks 3 and 4, with regional A(H3N2) activity being reported.

Japan.¹ Influenza A(H3N2) activity increased significantly in week 3, when regional activity was reported.

Latvia.¹ Influenza A(H3N2) activity increased significantly in weeks 3 and 4 and was reported as regional. Overall ILI consultation rate was above the epidemic threshold for the time of year.

Norway.¹ Influenza activity decreased in weeks 3 and 4, with the ILI consultation rate just above the epidemic threshold. Regional activity was reported.

Poland.¹ The first sign of increase of influenza activity was observed in week 3; sporadic cases of influenza A were detected.

Republic of Korea.³ Influenza B activity continued in weeks 3 and 4.

Romania.¹ Influenza activity remained regional with a decrease in the incidence of ILI and acute respiratory infections.

Russian Federation.¹ Widespread influenza activity continued in weeks 3 and 4, with ILI morbidity exceeding the epidemic threshold by 9.5–113.7% in week 4 in 17 of 33 reporting regions.

Slovakia.⁴ An increase in influenza A(H3N2) activity was observed in week 4, with localized influenza activity reported from 5 of 8 regions. ILI morbidity increased by 49% in week 4 compared with previous weeks.

¹ See No. 4, 2004, pp. 39–40.

² See No. 14, 2003, p. 120.

³ See No. 3, 2004, pp. 22–24.

⁴ See No. 49, 2003, p. 424.

Grippe

Autriche.¹ La hausse de l'activité grippale due à des virus A(H3N2) s'est poursuivie au cours des semaines 3 et 4 et l'on signale une activité localisée.

Belarus.² L'activité grippale a continué de baisser pendant la semaine 3, avec un taux de consultations pour syndromes grippaux en dessous du seuil épidémique. Des cas sporadiques de grippe A(H3N2), A(H1) et B ont été dépistés.

Belgique.¹ L'activité grippale due à des virus A(H3N2) a continué de décliner au cours des semaines 3 et 4.

Canada.¹ Au cours des semaines 3 et 4, de nombreuses régions ont signalé une activité localisée à l'exception du Québec et de l'Ontario où elle reste généralisée. Le taux de consultations pour syndromes grippaux était de 18 cas pour 1000 consultations et donc inférieur à ce que l'on peut attendre à cette période de l'année. Sur les 591 virus grippaux antigéniquement caractérisés à ce jour, 557 (94%) étaient des virus analogues à A/Fujian/411/2002 et 25 (4%) à A/Panama/2007/99.

Croatie.¹ L'activité grippale due à des virus A(H3N2) est restée généralisée au cours des semaines 3 et 4.

Finlande.³ L'activité grippale a continué de décliner pour devenir sporadique au cours de la semaine 4.

Allemagne.¹ Une activité grippale localisée due à des virus A(H3N2) a persisté au cours des semaines 3 et 4.

Hongrie.¹ L'activité grippale est restée faible au cours des semaines 3 et 4, bien qu'on ait observé une augmentation du nombre des virus A(H3N2) dépistés.

Italie.¹ L'activité grippale a connu une hausse marquée au cours des semaines 3 et 4 et l'on signale une activité régionale due à des virus A(H3N2).

Japon.¹ Il y a eu au cours de la semaine 3 une hausse marquée de l'activité grippale due à des virus A(H3N2), signalée comme étant régionale.

Lettonie.¹ Il y a eu au cours des semaines 3 et 4 une hausse marquée de l'activité grippale due à des virus A(H3N2), signalée comme étant régionale. Le taux de consultations pour syndromes grippaux s'est situé au-dessus de seuil épidémique à cette période de l'année.

Norvège.¹ L'activité grippale a décliné au cours des semaines 3 et 4, avec un taux de consultations pour syndromes grippaux juste au-dessus de seuil épidémique. L'activité est signalée comme étant régionale.

Pologne.¹ Au cours de la semaine 3, ce pays a observé les premiers signes d'une augmentation de l'activité grippale, avec le dépistage de cas sporadiques de grippe A.

République de Corée.³ L'activité grippale due à des virus B a persisté au cours des semaines 3 et 4.

Roumanie.¹ L'activité grippale est restée régionale, avec une diminution du taux de consultations pour syndromes grippaux et des infections respiratoires aiguës.

Fédération de Russie.¹ L'activité grippale généralisée a persisté au cours des semaines 3 et 4, avec une morbidité due aux syndromes grippaux et dépassant le seuil épidémique de 9,5 à 113,7% au cours de la semaine 4 dans 17 des 33 régions déclarantes.

Slovaquie.⁴ On a observé une hausse de l'activité grippale due à des virus A(H3N2) au cours de la semaine 4, avec 5 régions sur 8 signalant une activité localisée. La morbidité due aux syndromes grippaux a augmenté de 49% par rapport aux semaines précédentes.

¹ Voir N° 4, 2004, pp. 39–40.

² Voir N° 14, 2003, p. 120.

³ Voir N° 3, 2004, pp. 22–24.

⁴ Voir N° 49, 2003, p. 424.

Slovenia.¹ Influenza activity increased significantly in week 3 and was reported as widespread.

Sweden.¹ Influenza activity continued to decline in weeks 3 and 4, with localized activity reported.

Switzerland.¹ Influenza activity continued to decline in weeks 3 and 4; regional activity was reported. In 2 regions, the ILI consultation rate fell below the epidemic threshold.

Ukraine.¹ Influenza A(H3N2) activity continued to be widespread in weeks 3 and 4.

United States.¹ The overall ILI consultation rate, the number of states reporting widespread influenza activity, and the percentage of specimens testing positive for influenza continued to decrease in weeks 3 and 4. Pneumonia and influenza mortality, on the other hand, appeared to have peaked, but still remained above the epidemic threshold. In week 4, widespread influenza activity was reported in one state and regional activity in 20 states.

Other reports. Low influenza activity was reported in Brazil,⁵ Chile,⁶ Denmark,¹ France,¹ Guyana,¹ Greece,¹ Hong Kong Special Administrative Region of China,¹ Iceland,⁶ Madagascar,¹ Malaysia,⁷ Morocco¹ and the United Kingdom.¹ No influenza activity was reported by Argentina,¹ Portugal,¹ Serbia and Montenegro⁶ or Spain.¹ ■

⁵ See No. 35, 2003, p. 310.

⁶ See No. 1/2, 2004, p. 12.

⁷ See No. 34, 2003, p. 304.

Slovénie.¹ Il y a eu au cours de la semaine 3 une hausse marquée de l'activité grippale, signalée comme étant généralisée.

Suède.¹ L'activité grippale, signalée comme étant localisée, a continué de décliner au cours des semaines 3 et 4.

Suisse.¹ L'activité grippale, signalée comme étant régionale, a continué de décliner au cours des semaines 3 et 4. Dans deux régions, le taux de consultations pour syndromes grippaux est passé en dessous du seuil épidémique.

Ukraine.¹ L'activité grippale due à des virus A(H3N2) est restée généralisée au cours des semaines 3 et 4.

Etats-Unis.¹ Le taux de consultations pour syndromes grippaux (6,2%) a continué de baisser au cours des semaines 3 et 4, de même que le pourcentage d'échantillons positifs et le nombre d'états signalant une activité grippale généralisée. Parallèlement, la mortalité due à la pneumonie et à la grippe semble être passée par un pic mais reste toujours au-dessus du seuil épidémique. Au cours de la semaine 4, on a signalé une activité grippale généralisée dans 1 état et une activité régionale dans 20 états.

Autres rapport. Le Brésil,⁵ le Chili,⁶ le Danemark,¹ la France,¹ la Guyane,¹ la Grèce,¹ Hong Kong (région administrative spéciale de Chine),¹ l'Islande,⁶ Madagascar,¹ la Malaisie,⁷ le Maroc¹ et le Royaume-Uni¹ ont signalé une faible activité grippale. L'Argentine,¹ le Portugal,¹ la Serbie-et-Monténégro⁶ ou l'Espagne¹ n'ont signalé aucune activité grippale. ■

⁵ Voir N° 35, 2003, p. 310.

⁶ Voir N° 1/2, 2004, p. 12.

⁷ Voir N° 34, 2003, p. 304.

CORRIGENDUM TO No 3, 2004

Global Advisory Committee on Vaccine Safety, 3–4 December 2003

Please read as follows (changes shown in *bold italics*).

Paragraph 3 (Influenza vaccines and neurological complications), line 7, p. 16 – “Besides *GBS*, which was found to be causally linked with...”

RECTIFICATIF AU No 3, 2004,

Comité consultatif mondial de la sécurité vaccinale, 3-4 décembre 2003

Prière de lire comme suit (changements indiqués en *gras italique*).

Paragraphe 10 (Sécurité de la vaccination antivariolique), ligne 2, p. 20 – «Le Comité a *reçu* un compte rendu actualisé à ce sujet, ...»

Paragraphe 10 (Sécurité de la vaccination antivariolique), ligne 8, p. 20 – «*La myopéricardite et la myocardiopathie dilatée ont été rapportées de façon répétée chez les personnes vaccinées contre la variole*, la fréquence...»

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

| | D | EX |
|----------------|---|----|
| Alanya | | x |
| Bandirma | | x |
| Botas | | x |
| Gemlik | | x |
| Tekirda | | x |

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 30 January to 5 February 2004 / Notifications de maladies reçues du 30 janvier au 5 février 2004

| Cholera / Choléra | Cases / Deaths Cas / Décès | Liberia / Libéria | Cases / Deaths Cas / Décès | Zambia / Zambie | Cases / Deaths Cas / Décès |
|---|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| Africa / Afrique | | | | | |
| Democratic Republic of the Congo / République démocratique du Congo | 12-25.I 81 1 | Liberia / Libéria | 15-28.XII.2003 834 0 | Zambia / Zambie | 1-28.I 1013 21 |
| | | Uganda / Ouganda | 17.XI-28.XII.2003 246 2 | | |