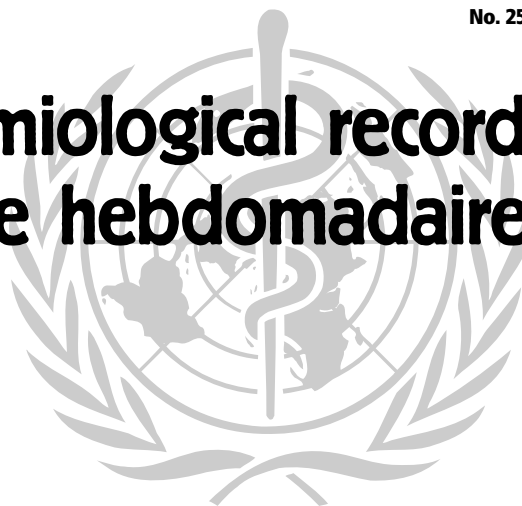


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

18 JUNE 2004, 79th YEAR / 18 JUIN 2004, 79^e ANNÉE

No. 25, 2004, 79, 229–236

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

Contents

- 229 Outbreak News:
– Ebola haemorrhagic fever, south Sudan – update
- 229 Progress towards global eradication of poliomyelitis, 2003 and January–April 2004
- 234 Dracunculiasis eradication
- 235 Influenza
- 236 International Health Regulations

Sommaire

- 229 Le point sur les épidémies:
– Fièvre hémorragique à virus Ebola, sud du Soudan – mise à jour
- 229 Progrès vers l'éradication mondiale de la poliomyélite, 2003 et janvier-avril 2004
- 234 Eradication de la dracunculose
- 235 Grippe
- 236 Voyages internationaux et santé 2004 – Nouveau site web en français
- 236 Règlement sanitaire international

★ OUTBREAK NEWS

Ebola haemorrhagic fever, south Sudan – update¹

As at 10 June 2004, the health authorities of Yambio County have reported a total of 30 cases, including 7 deaths, of Ebola haemorrhagic fever (case-fatality rate, 23%) in Yambio, Western Equatoria, south Sudan.

Overall, 157 contacts are currently being followed up.

Intensive social mobilization activities are being carried out. A workshop involving 94 teachers from the area was organized to disseminate messages about the disease and necessary prevention measures. Trained staff have been placed in the hospital to provide information and counselling to patients and their relatives. Health education materials have been developed and will be distributed in schools and other community centres.

Leaflets on Ebola prevention will be distributed in Yambio market and to communities and churches over the next few days. ■

¹ See No. 24, 2004, p. 221.

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Fièvre hémorragique à virus Ebola, sud du Soudan – mise à jour¹

Au 10 juin 2004, les autorités sanitaires de Yambio avaient notifié au total 30 cas, dont 7 mortels (taux de létalité de 23%) dans ce comté de la région Western Equatoria, dans le sud du Soudan.

Au total, 157 cas sont actuellement suivis.

Des actions énergiques de mobilisation sociale sont en cours. Un atelier réunissant 94 enseignants de la région a été organisé afin de diffuser des messages sur la maladie et les mesures de prévention nécessaires. Du personnel qualifié a été placé à l'hôpital pour donner des informations et des conseils aux patients et à leur famille. Du matériel d'éducation sanitaire a été préparé et sera distribué dans les écoles et autres centres communautaires.

Dans les prochains jours, des brochures sur la prévention seront distribuées sur le marché de Yambio, dans les collectivités et les églises. ■

¹ Voir N° 24, 2004, p. 221.

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

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

5.500 6.2004
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

Progress towards global eradication of poliomyelitis, 2003 and January–April 2004

In 1988, the World Health Assembly resolved to eradicate poliomyelitis globally.¹ Since then, implementation of the eradication strategies has reduced the number of coun-

¹ *Global eradication of poliomyelitis by the year 2000. Resolution of the 41st World Health Assembly*, Geneva, World Health Organization, 1988 (Resolution WHA41.28).

Progrès vers l'éradication mondiale de la poliomyélite, 2003 et janvier-avril 2004

Depuis la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé en 1988 d'éradiquer la poliomyélite dans le monde¹, la mise en œuvre des stratégies d'éradication a permis de ramener le nombre de pays où

¹ *Eradication mondiale de la poliomyélite d'ici l'an 2000*, résolution de la 41^e Assemblée mondiale de la Santé, Genève, Organisation mondiale de la Santé 1988 (résolution WHA41.28).

tries endemic for polio from >125 in 1988 to 6 in 2003.² However, in 2003, an unprecedented 10 countries reported importations of wild poliovirus (WPV), including 8 in west and central Africa³, one in southern Africa (Botswana) and one in the Middle East (Lebanon). This report describes progress made in global polio eradication from 2003 and January–April 2004 and outlines the remaining challenges and need for decisive action to interrupt WPV transmission by the end of 2004 or early 2005.

Routine vaccination

Worldwide, routine vaccination coverage among infants with 3 doses of oral poliovirus vaccine (OPV3) was estimated at 75% in 2002, compared with 75% in 2001 and 82% in 2000. Coverage varied among WHO regions, from 56% in the African Region to 93% in the European Region, with a range in country-level estimates from 25% to 99%. In polio-endemic countries, estimated OPV3 coverage in 2002 was: Afghanistan, 48%; Egypt, 97%; India, 70%; Niger, 25%; Nigeria, 25%; Pakistan, 63%.⁴

Supplementary immunization activities (SIAs)

In 2003, intensified SIAs reached 415 million children aged <5 years during 157 SIA rounds conducted in 55 countries. Polio-endemic countries conducted an increased number of national immunization days (NIDs)⁵ and subnational immunization days (SNIDs)⁶ during 2003: Afghanistan, 3 NIDs and 3 SNIDs; Egypt, 4 NIDs and 3 SNIDs; India, 4 NIDs and 2 SNIDs; Niger, 3 NIDs and 2 SNIDs; Pakistan, 4 NIDs and 4 SNIDs. In Nigeria, up to 5 rounds of SIAs were conducted in most states; however, SIAs were suspended in some northern states, especially Kano, after March 2003 because of unfounded rumours concerning OPV safety. Synchronized NIDs were conducted in late 2003 in 8 west and central African countries affected by WPV importations, targeting 25 million children aged <5 years.

Acute flaccid paralysis (AFP) surveillance

AFP surveillance is established in all currently and previously polio-endemic countries. It is monitored by two key performance indicators: the rate of AFP cases not attributable to WPV ("non-polio AFP rate"; target: ≥ 1 case per 100 000 persons aged <15 years) and the proportion of AFP cases with adequate stool specimens (target: $\geq 80\%$).

Globally, the non-polio AFP rate was 1.9 in 2003 (range by WHO region: 1.2–2.6). The annualized non-polio AFP rate for 2004 is 1.5 (range by WHO region: 0.8–2.7). The proportion of AFP cases with adequate stool specimens increased from 84% in 2002 to 86% in 2003, and 87% in 2004 (January–April) (Table 1). All endemic countries achieved or main-

la poliomyélite est endémique de 125 en 1988 à 6 en 2003.² Toutefois, en 2003, 10 pays ont signalé des importations de poliovirus sauvage, dont 8 en Afrique de l'Ouest et du Centre³, un en Afrique australe (Botswana) et un au Moyen-Orient (Liban), ce qui ne s'était jamais vu. Le présent rapport décrit les progrès accomplis en ce qui concerne l'éradication de la poliomyélite dans le monde entre 2003 et janvier-avril 2004 et expose les problèmes qui restent encore à résoudre en insistant sur les mesures décisives à prendre pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage d'ici la fin de 2004 ou le début de 2005.

Vaccination systématique

On estime que la couverture des nourrissons par trois doses de vaccin antipoliomyélique buccal (VPO3) a été dans le monde de 75% en 2002, soit le même taux qu'en 2001, contre 82% en 2000. Cette couverture varie selon les régions de l'OMS, pouvant aller de 56% dans la Région africaine à 93% dans la Région européenne, avec une fourchette d'estimation au niveau des pays allant de 25 à 99%. Dans les pays d'endémie, la couverture estimative par le VPO3 en 2002 était la suivante: Afghanistan 48%; Egypte 97%; Inde 70%; Niger 25%; Nigéria 25% et Pakistan 63%.⁴

Activités de vaccination supplémentaire

En 2003, des activités de vaccination supplémentaire intensifiées ont permis d'atteindre 415 millions d'enfants de moins de cinq ans au cours de 157 tournées organisées dans 55 pays. Les pays d'endémie ont organisé en 2003 un nombre plus important de journées nationales de vaccination (JNV)⁵ et de journées locales de vaccination (JLV)⁶: Afghanistan, 3 JNV et 3 JLV; Egypte, 4 JNV et 3 JLV; Inde, 4 JNV et 2 JLV; Niger, 3 JNV et 2 JLV; Pakistan, 4 JNV et 4 JLV. Au Nigéria, jusqu'à cinq séries d'activités de vaccination supplémentaire ont été menées dans la plupart des Etats; elles ont toutefois été suspendues dans certains Etats septentrionaux, notamment l'Etat de Kano, après mars 2003, en raison de rumeurs infondées concernant l'innocuité du VPO. Des JNV synchronisées ont été organisées fin 2003 dans 8 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre touchés par des importations de poliovirus sauvage, avec pour cible 25 millions d'enfants âgés de moins de cinq ans.

Surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA)

Une surveillance de la PFA a été mise en place dans tous les pays d'endémie et les anciens pays d'endémie poliomyélique. La surveillance de la PFA se fait au moyen de deux indicateurs clé: le taux de cas de PFA non attribuable au poliovirus sauvage («taux de PFA non poliomyélique»); cible ≥ 1 cas pour 100 000 personnes âgées de moins de quinze ans) et la proportion de cas de PFA pour lesquels des échantillons coprologiques adéquats ont été recueillis (cible: $\geq 80\%$).

Au niveau mondial, le taux de PFA non poliomyélique était de 1,9 en 2003 (fourchette par Région OMS: 1,2–2,6). Le taux de PFA non poliomyélique annualisé pour 2004 est de 1,5 (fourchette par Région OMS: 0,8–2,7). La proportion de cas de PFA pour lesquels des échantillons coprologiques adéquats ont été recueillis est passée de 84% en 2002 à 86% en 2003, et 87% en 2004 (janvier-avril) (Tableau 1). Tous

² *Global Polio Eradication Initiative Progress 2002*. Geneva, World Health Organization, 2003.

³ See No. 22, 2004, pp. 206–210.

⁴ *WHO–UNICEF estimates of routine immunization coverage*. Geneva, World Health Organization, 2003.

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

⁶ Campaigns similar to NIDs but confined to part of the country.

² *Global Polio Eradication Initiative Progress 2002*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

³ Voir N° 22, 2004, pp. 206–210.

⁴ *WHO–UNICEF estimates of routine immunization coverage*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

⁵ Campagnes de masse au niveau national ou local conduites sur une brève période (quelques jours à quelques semaines) au cours desquelles deux doses de VPO sont administrées à tous les enfants (généralement âgés de moins de cinq ans), quels que soient leurs antécédents vaccinaux, avec un intervalle de 4 à 6 semaines entre les doses.

⁶ Campagnes comparables aux JNV mais limitées à une partie du pays.

Table 1 **Acute flaccid paralysis surveillance and reported polio cases, WHO regions and endemic countries, 2003 and January–April 2004^a**
 Tableau 1 **Surveillance de la paralysie flasque aiguë, régions de l'OMS et pays d'endémie, 2003 et janvier–avril 2004^a**

Region/country ^b Region/pays ^b	No. reported AFP cases Nombre de cas de PFA notifiés		Non-polio AFP rate ^c Taux de PFA non poliomyélitique ^c		% AFP with adequate specimens ^d % de cas de PFA avec échantillons conformes ^d		Virus-confirmed cases Cas virologiquement confirmés			
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	Total	2003	2004	January-April Janvier-avril
African – Afrique	8184	2745	2.60	2.70	88%	91%	446	162	34	162
Nigeria – Nigéria	3318	1425	6.00	7.90	91%	91%	355	133	32	133
Niger	175	80	2.40	3.60	79%	88%	40	12	1	12
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	5294	1798	2.41	2.26	90%	90%	113	15	24	15
Pakistan	2270	742	3.04	2.80	90%	90%	103	12	23	12
Afghanistan	599	212	3.93	3.93	88%	91%	8	2	0	2
Egypt – Egypte	608	268	2.45	2.68	93%	94%	1	1	0	1
South-East Asian – Asie du Sud-Est	111 305	3360	1.85	1.06	83%	85%	225	8	77	8
India – Inde	8524	2543	1.97	1.10	81%	84%	225	8	77	8
Americas – Amériques	2229	488	1.33	0.84	80%	0%	0	0	0	0
European – Europe	1639	491	1.23	1.01	82%	81%	0	0	0	0
Western Pacific – Pacifique occidental	6397	1313	1.38	0.85	88%	85%	0	0	0	0
GLOBAL – MONDE	35 048	10 195	1.91	1.47	86%	87%	784	185	135	185

^a 2004 data are as at 18 May 2004. – Données pour 2004 en date du 18 mai 2004.

^b Data presented only from countries with indigenous polio during 2003. Values do not add to regional and global totals. – Données pour les seuls pays ayant eu des cas autochtones en 2003. Ces valeurs ne s'ajoutent pas aux totaux régionaux ou mondiaux.

^c Per 100 000 children aged <15 years; annualized for 2004. – Pour 100 000 enfants de moins de 15 ans; annualisé en 2004.

^d Two stool specimens collected at an interval of at least 24 hours within 14 days of paralysis onset and adequately shipped to the laboratory. – Deux échantillons coprologiques prélevés à au moins 24 heures d'intervalle, dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie et expédiés dans de bonnes conditions au laboratoire.

tained surveillance-quality standards; however, analyses at subnational level indicate that gaps in surveillance remain.

A global network of 145 national, regional and global specialized laboratories supports surveillance activities by testing stool samples for the presence or absence of poliovirus, determining whether the viruses are vaccine-related or wild and conducting genomic sequencing. Approximately 70 000 stool samples were processed during 2003 in these WHO-accredited laboratories.

Wild poliovirus (WPV) incidence

The number of polio cases decreased from 1918 in 2002 to 784 in 2003, and to 185 by April 2004.⁷ In 2002, 1600 cases (83% of all global cases) were detected in India, of whom 59% were children from Muslim communities, which represent approximately 20% of India's total population. In response to the 2002 epidemic, India intensified SIAs in 2003 and enhanced social mobilization activities to increase acceptance of OPV in all socioeconomic groups. The proportion of Muslim children receiving ≥ 3 doses of OPV, as assessed by surveillance data,⁸ increased from 61%

⁷ Data as at 18 May 2004.

⁸ National polio eradication programs analyse the OPV vaccination status (routine and supplementary doses) of children aged <5 years, with non-polio AFP as a proxy for OPV coverage among the general population.

les pays d'endémie ont atteint ou maintenu une surveillance de la qualité requise; cependant, les analyses effectuées au niveau local montrent que des défaillances subsistent.

Les activités de surveillance s'appuient sur un réseau mondial de 145 laboratoires nationaux, régionaux et mondiaux spécialisés chargés d'analyser les échantillons coprologiques pour déceler la présence ou l'absence de poliovirus, déterminer si les virus découlent de la souche vaccinale ou sont sauvages et procéder au séquençage du génome. Quelque 70 000 échantillons coprologiques ont été analysés en 2003 dans ces laboratoires accrédités par l'OMS.

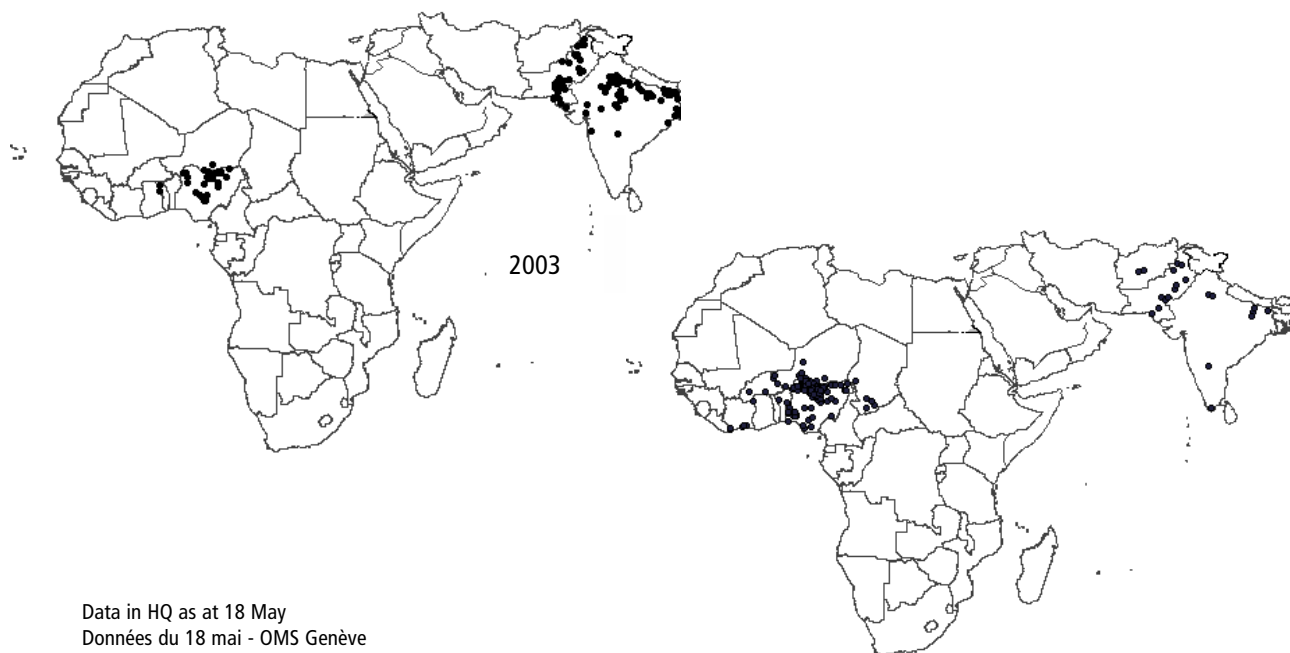
Incidence du poliovirus sauvage

Le nombre de cas de poliomyélite est tombé de 1918 en 2002 à 784 en 2003 et à 185 en avril 2004.⁷ En 2002, 1600 cas (83% du nombre mondial de cas) ont été dépistés en Inde, dont 59% chez des enfants de la communauté musulmane, qui représente environ 20% de la population totale de l'Inde. A la suite de l'épidémie de 2002, l'Inde a intensifié les activités de vaccination supplémentaire en 2003 et renforcé les activités de mobilisation sociale pour mieux faire accepter le VPO dans tous les groupes socio-économiques. La proportion d'enfants musulmans recevant au moins 3 doses de VPO, calculée à partir des données de la surveillance⁸, est passée de

⁷ Données du 18 mai 2004.

⁸ Les programmes nationaux d'éradication de la poliomyélite analysent l'état vaccinal (vaccination systématique par le VPO et doses supplémentaires) des enfants âgés de moins de cinq ans, le taux de PFA non poliomyélitique étant utilisé comme indicateur de la couverture du VPO dans la population générale.

Map 1 **Wild poliovirus, 2003 and January–April 2004**
 Carte 1 **Poliovirus sauvage, 2003 et janvier-avril 2004**



in 2002 to 85% in 2003. The number of polio cases in India has decreased from 1600 in 2002 to 225 in 2003, with 8 cases in 2004 compared with 77 for the same period in 2003.

In Pakistan, the number of reported cases increased from 90 in 2002 to 103 in 2003. However, transmission during the peak season in the second half of 2003 was lower than in any previous year. Pakistan has reported 12 cases in 2004, compared with 23 for the same period in 2003. Afghanistan, which shares a cross-border reservoir of ongoing transmission with Pakistan, reported 10 cases in 2002, 8 in 2003 and 2 in 2004.

In Egypt, SIAs were intensified and the proportion of children receiving ≥ 3 doses of OPV increased from 74% in 2002 to 89% in 2003; 1 polio case was reported in 2003, compared with 7 in 2002. The proportion of environmental samples positive for WPV declined from 57% in 2001 to 4% in 2003.

In Nigeria, the number of reported cases increased significantly from 202 in 2002 to 355 in 2003, and 133 in up to April 2004 compared with 32 for the same period in 2003. In 2003, Nigeria became the country reporting the largest number of WPV cases globally.⁹ Poor SIA quality overall, and suspension of SIAs in some northern states, resulted in intense WPV transmission in these areas. Inadequate SIA coverage led to reinfection of previously polio-free areas within Nigeria as well as exportation of WPV to 8 previously polio-free countries across west and central Africa.

61% en 2002 à 85% en 2003. Le nombre de cas de poliomyélite en Inde a été ramené de 1600 en 2002 à 225 en 2003, et 8 en 2004 contre 77 pour la même période en 2003.

Au Pakistan, le nombre de cas notifiés est passé de 90 en 2002 à 103 en 2003. Toutefois, pendant le pic de transmission, au deuxième semestre 2003, la transmission a été inférieure à toutes les années précédentes. Le Pakistan a signalé 12 cas en 2004, contre 23 pour la même période en 2003. L'Afghanistan, qui a en commun avec le Pakistan un réservoir transfrontière de transmission, a signalé 10 cas en 2002, 8 en 2003 et 2 en 2004.

En Egypte, les activités de vaccination supplémentaire ont été intensifiées et la proportion d'enfants recevant au moins trois doses de VPO est passée de 74% en 2002 à 89% en 2003; un cas de poliomyélite a été signalé en 2003 contre 7 en 2002. La proportion d'échantillons environnementaux positifs pour le poliovirus sauvage est tombée de 57% en 2001 à 4% en 2003.

Au Nigéria, le nombre de cas notifiés a sensiblement augmenté, passant de 202 en 2002 à 355 en 2003; jusqu'en avril 2004, 133 cas ont été notifiés contre 32 pour la même période en 2003. En 2003, le Nigéria a été le pays qui a notifié le plus grand nombre de cas de poliovirus sauvage dans le monde.⁹ La mauvaise qualité générale des activités de vaccination supplémentaire, et la suspension de celles-ci dans certains Etats du Nord, se sont traduites par une transmission intense du poliovirus sauvage dans ces régions. La couverture insuffisante par les activités de vaccination supplémentaire a conduit à une réinfection de zones précédemment indemnes de poliomyélite à l'intérieur du Nigéria, ainsi qu'à une exportation de poliovirus sauvage vers 8 pays précédemment indemnes de l'Afrique de l'Ouest et du Centre.

⁹ See No. 17, 2004, pp. 162–167.

⁹ Voir N° 17, 2004, pp. 162-167.

Niger shares an area of ongoing cross-border transmission with Nigeria. The number of cases increased from 3 in 2002 to 40 in 2003. In 2004, 12 cases have been reported, compared with 1 for the same period in 2003. Surveillance data indicate that fewer than 20% of target-age children have received ≥ 3 doses of OPV, indicating poor-quality SIAs.

In 2003, 51 cases of polio were reported from 8 previously polio-free countries in west and central Africa (Benin, Burkina Faso, Cameroon, Central African Republic, Chad, Côte d'Ivoire, Ghana and Togo).³ In 2004, 17 cases have been reported from 6 of these countries.

Editorial note. Substantial progress towards polio eradication was made in 2003, particularly in the polio-endemic countries of Asia and northern Africa. Only 6 countries in the world were endemic for polio in 2003, the lowest number ever, compared with 7 in 2002. Somalia is no longer considered endemic after more than one year without WPV detection. Egypt, India and Pakistan recorded the lowest-ever levels of transmission during the second half of 2003, the peak season for poliovirus transmission; levels for January–April 2004 are also at record lows.

The eradication initiative was confronted with a number of unprecedented challenges during January 2003–April 2004. In Nigeria, several states have postponed or cancelled SIAs since mid-2003 because of rumours about the safety of OPV. Intense transmission in Nigeria jeopardizes the goal of interrupting WPV transmission globally by the end of 2004. For the first time ever, the number of countries reporting WPV importations (10 countries) was greater than the number of countries with endemic transmission (6 countries). Additional control activities in countries with WPV importations resulted in unbudgeted costs of US\$ 25 million in 2003.

An emergency meeting on polio eradication was convened in January 2004 in Geneva to review the challenges and to develop consensus on increased efforts towards interrupting WPV transmission. Health ministers from affected countries developed a comprehensive plan to intensify activities in a “final push” towards interrupting transmission by the end of 2004. On behalf of their nations, ministers and partners spearheading polio eradication signed the Geneva Declaration to express renewed national and international commitment to the eradication goal.

In order to interrupt WPV transmission as quickly as possible, polio-endemic countries must intensify polio immunization campaigns throughout 2004, and surveillance standards must be achieved or maintained to ensure rapid detection of any importation, allowing for timely response. On 17 May 2004, at the World Health Assembly, representatives of Afghanistan, Egypt, India and Pakistan announced accelerated plans to respond to every new case with immediate and widespread response campaigns. Emergency response campaigns in west and central African countries affected by importations will need to continue throughout 2004 and 2005. At their May 2004 meeting, African Union health ministers decided that 22 west and central African countries should launch emergency, synchronized SIAs targeting 74 million children to protect against further

Le Niger a en commun avec le Nigéria une zone transfrontière où la transmission se poursuit. Le nombre de cas est passé de 3 en 2002 à 40 en 2003. En 2004, 12 cas ont été signalés contre un seul pour la même période en 2003. Les données de la surveillance indiquent que moins de 20% des enfants du groupe d'âge cible ont reçu au moins trois doses de VPO, ce qui témoigne de la mauvaise qualité des activités de vaccination supplémentaire.

En 2003, 51 cas de poliomyélite ont été signalés par 8 pays précédemment indemnes de l'Afrique de l'Ouest et du Centre (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, République centrafricaine, Tchad et Togo).³ En 2004, 17 cas ont été signalés par 6 de ces pays.

Note de la rédaction. Des progrès importants vers l'éradication de la poliomyélite ont été accomplis en 2003, en particulier dans les pays d'endémie d'Asie et d'Afrique septentrionale. En 2003, la poliomyélite n'est plus endémique que dans 6 pays, soit le plus petit nombre jamais atteint, contre 7 en 2002. La Somalie n'était plus considérée comme un pays d'endémie après plus d'une année d'absence de dépistage du poliovirus sauvage. L'Égypte, l'Inde et le Pakistan ont enregistré les niveaux de transmission les plus bas au cours du second semestre 2003, pic de la transmission du poliovirus; les niveaux pour janvier à avril 2004 n'ont jamais été aussi bas.

L'initiative en faveur de l'éradication a été confrontée à un nombre de problèmes sans précédent entre janvier 2003 et avril 2004. Au Nigéria, plusieurs Etats ont reporté ou annulé leurs activités de vaccination supplémentaire depuis le milieu de 2003 en raison de rumeurs concernant l'innocuité du VPO. La transmission intense au Nigéria compromet l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage dans le monde d'ici fin 2004. Pour la première fois, le nombre de pays signalant des importations de poliovirus sauvage (10 pays) a été supérieur au nombre de pays où la transmission est endémique (6 pays). Les activités de lutte supplémentaires dans les pays qui enregistrent des importations de poliovirus sauvage ont entraîné un dépassement de budget de US \$25 millions en 2003.

Une réunion d'urgence sur l'éradication de la poliomyélite a donc été convoquée à Genève en janvier 2004 pour examiner les problèmes et se mettre d'accord sur l'accroissement des efforts à consentir pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage. Les ministres de la santé des pays touchés ont élaboré un plan complet visant à intensifier les activités dans un dernier effort pour interrompre la transmission d'ici la fin de 2004. Au nom de leurs pays respectifs, les ministres et les principaux partenaires de l'éradication ont signé la Déclaration de Genève, dans laquelle ils renouvellent l'engagement national et international en faveur de l'éradication.

Afin d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage aussi rapidement que possible, les pays d'endémie doivent intensifier les campagnes de vaccination antipoliomyélitique tout au long de 2004 et les normes de surveillance doivent être atteintes ou maintenues afin d'assurer le dépistage rapide de toute importation, pour permettre une riposte rapide. Le 17 mai 2004, à l'Assemblée mondiale de la Santé, les représentants de l'Afghanistan, de l'Égypte, de l'Inde et du Pakistan ont annoncé des plans accélérés visant à organiser des ripostes immédiates et élargies dès l'apparition d'un nouveau cas. Les campagnes d'urgence menées dans les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre touchés par des importations devront être poursuivies en 2004 et 2005. A leur réunion de mai 2004, les Ministres de la Santé de l'Union africaine ont décidé que 22 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre devaient lancer d'urgence des activités de vaccination supplémentaire synchronisées visant 74 millions d'enfants, afin d'éviter une

spread of WPV in the region. These activities will cost an additional US\$ 100 million in 2004–2005. Outreach to the international donor community to rapidly provide additional funding is underway; US\$ 25 million is needed by August 2004.

The world is very close to becoming polio-free. Significant progress has been made in most remaining polio-endemic areas, increasingly restricting WPV transmission geographically. Given the enormous investments already made in polio eradication at national, regional and global levels, it is urgent that governments and health workers in all countries where poliovirus is detected, and international polio partners, join forces towards reaching the global polio eradication goal as soon as possible. ■

Dracunculiasis eradication

Geneva Declaration on Guinea-worm eradication, Geneva, 2004.

A ministerial round-table meeting on eradication of dracunculiasis or guinea-worm disease took place on 19 May 2004 in conjunction with the 57th World Health Assembly. Ministers of Health or their representatives from 12 countries that were endemic for the disease in 2003 (Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ethiopia, Ghana, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Sudan, Togo and Uganda) participated in the round-table meeting. The meeting was chaired by the Deputy Executive Director of UNICEF and the Regional Directors of AFRO and attended by the former United States President Jimmy Carter, the Regional Director of EMRO, the chairman of the International Commission for Certification of Dracunculiasis Eradication, and donor agencies. The ministers reaffirmed their commitment to achieve eradication of the disease by 2009 and adopted the following Declaration:

We, the Ministers of Health of Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ethiopia, Ghana, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Sudan, Togo and Uganda, the 12 countries still endemic for dracunculiasis, meeting on 19 May 2004 during the Fifty-seventh World Health Assembly in Geneva, Switzerland,

Recalling World Health Assembly resolutions WHA39.21, WHA42.29, WHA44.5 and WHA50.35;

Noting the tremendous progress made since the inception of the dracunculiasis eradication programme in reducing the number of cases from 3.5 million to below 33 000;

Noting that 168 countries and territories are already certified free of dracunculiasis transmission;

Acknowledging that, in the areas where the disease is still present, it is a barrier to development, as it adversely affects the workforce and prevents children from attending school;

Recognizing that further efforts and resources are required to achieve eradication as soon as possible;

Recognizing the important investment made so far by governments, international organizations, nongovernmental organizations, the private sector and individuals;

propagation du poliovirus sauvage dans la région. Ces activités coûteront US\$ 100 millions supplémentaires en 2004-2005. Afin de pouvoir mobiliser rapidement les fonds supplémentaires requis, on sollicite actuellement la communauté internationale des donateurs; il faudra réunir US\$ 25 millions d'ici août 2004.

Nous sommes sur le point de nous libérer de la poliomyélite. Des progrès importants ont été faits dans les zones d'endémie qui subsistent, permettant de circonscrire toujours davantage géographiquement la transmission du poliovirus sauvage. Compte tenu des investissements énormes déjà consentis pour l'éradication de la poliomyélite aux niveaux national, régional et mondial, il est urgent que les pouvoirs publics et les agents de santé de tous les pays où le poliovirus est dépisté, ainsi que les partenaires internationaux, unissent leurs forces afin d'atteindre le but de l'éradication de la poliomyélite le plus rapidement possible. ■

Eradication de la dracunculose

Déclaration de Genève sur l'éradication de la dracunculose – Genève 2004

Une table ronde ministérielle sur l'éradication de la dracunculose (ou maladie du ver de Guinée) a eu lieu le 19 mai 2004 pendant la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé. Les ministres de la santé de 12 pays d'endémie en 2003 (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Ghana, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, Soudan et Togo) ou leurs représentants ont pris part à la réunion qui a été présidée par le Directeur général adjoint du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et le Directeur régional pour l'Afrique de l'OMS. Ont également assisté à la réunion l'ancien Président des Etats-Unis Jimmy Carter, le Directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, le Président de la Commission internationale pour la Certification de l'Eradication de la Dracunculose, ainsi que des organismes donateurs. Les ministres ont réaffirmé leur engagement à éradiquer la maladie d'ici 2009 et adopté la déclaration suivante:

Nous, Ministres de la Santé du Bénin, du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire, de l'Ethiopie, du Ghana, du Mali, de la Mauritanie, du Niger, du Nigeria, de l'Ouganda, du Soudan et du Togo, les 12 pays où la dracunculose est encore endémique, réunis le 19 mai 2004 à l'occasion de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé à Genève, Suisse,

Rappelant les résolutions WHA39.21, WHA42.29, WHA44.5 et WHA50.35 de l'Assemblée mondiale de la Santé;

Constatant les progrès considérables réalisés depuis le début du programme d'éradication de la dracunculose, qui ont permis de ramener le nombre de cas de 3,5 millions à moins de 33 000;

Notant que 168 pays et territoires ont déjà été certifiés exempts de transmission de la dracunculose;

Conscients que, dans les zones où la maladie est encore présente, elle représente un obstacle au développement, car elle affecte la main d'œuvre et empêche les enfants d'aller à l'école;

Reconnaissant que des efforts et des ressources additionnels sont nécessaires pour parvenir à l'éradication dès que possible;

Reconnaissant par ailleurs l'investissement important consenti jusqu'ici par les gouvernements, les organisations internationales, les organisations non gouvernementales, le secteur privé et les particuliers;

Hereby commit ourselves to lead political, technical and financial efforts towards the eradication of dracunculiasis in our countries by ensuring:

1. greater involvement of political leaders, including heads of states and government;
2. maintenance of adequate budgetary provisions for national dracunculiasis eradication programmes, especially in the last phase of eradication;
3. intensified surveillance in areas where dracunculiasis transmission has been interrupted in countries that otherwise are highly endemic for the disease (particularly Burkina Faso, Ghana, Mali, Nigeria, Sudan and Togo);
4. provision of safe drinking-water to populations at risk of dracunculiasis transmission (particularly Mali, Mauritania and Niger);
5. increased commitment of national personnel at all levels of the health systems to implementation of eradication activities, in particular the supervision of village volunteers;
6. targeted advocacy campaigns to involve villagers, eminent persons and influential local leaders in prevention activities;
7. national and international pressure to insure safe passage and working conditions in areas of conflict or civil unrest, such as Côte d'Ivoire, Ethiopia, Mali, Niger, Sudan and Uganda;
8. rapid mobilization of resources to implement eradication activities in newly accessible areas immediately following the cessation of hostilities and preparedness for best management and implementation of Guinea-worm eradication activities in the post-war era in Sudan.

We, representing the Governments of Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ethiopia, Ghana, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Sudan, Togo and Uganda, WHO, UNICEF and The Carter Center, commit ourselves to intensifying implementation of eradication activities to free the world of dracunculiasis by the end of 2009.

Adopted in Geneva, Switzerland, 19 May 2004.

Editorial note. Dracunculiasis eradication is at a critical juncture. Although remarkable progress has been made during the past 15 years, there are still 12 endemic countries reporting about 33 000 cases in 2003, down from about one million cases reported in 1989.

A final push is needed by all partners to maintain this investment and free the globe from this disease. Financial resources and political will are required to intensify efforts by all endemic countries and partners to eradicate the disease by 2009. The 2009 target date was established primarily for Sudan.¹ All other endemic countries should complete eradication before then. ■

¹ See also WHA57.9 Resolution, 22 May 2004

Nous engageons à diriger les efforts politiques, techniques et financiers en vue de l'éradication de la dracunculose dans nos pays par:

1. une participation accrue des responsables politiques, y compris des chefs d'Etat et de gouvernement;
2. le maintien de prévisions budgétaires appropriées pour les programmes nationaux d'éradication de la dracunculose, en particulier dans la dernière phase de l'éradication;
3. une surveillance intensifiée dans les zones où la transmission de la dracunculose a été interrompue dans les pays par ailleurs à forte endémicité (particulièrement au Burkina Faso, au Ghana, au Mali, au Nigeria, au Soudan et au Togo);
4. la fourniture d'eau potable aux populations exposées à la transmission de la dracunculose (plus particulièrement au Mali, en Mauritanie et au Niger);
5. un engagement accru, à tous les niveaux, du personnel national des systèmes de santé en faveur de la mise en œuvre des activités d'éradication, en particulier pour la supervision des agents de santé de village;
6. des campagnes ciblées de sensibilisation visant à obtenir la participation des villageois, de personnalités et des chefs locaux influents aux activités de prévention;
7. une pression nationale et internationale afin d'assurer la liberté de passage et des conditions de travail sûres dans les zones de conflit ou de troubles civils, telles que la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, le Mali, le Niger, l'Ouganda et le Soudan;
8. une mobilisation rapide de ressources pour mettre en œuvre des activités d'éradication dans des zones nouvellement accessibles immédiatement après la cessation des hostilités et la préparation en vue d'une meilleure gestion des activités d'éradication de la dracunculose dans la période de l'après-guerre au Soudan.

Nous, représentants des Gouvernements du Bénin, du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire, de l'Éthiopie, du Ghana, du Mali, de la Mauritanie, du Niger, du Nigeria, du Soudan, du Togo et de l'Ouganda, ainsi que de l'OMS, de l'UNICEF et du Carter Center, nous engageons à intensifier les activités d'éradication pour libérer le monde de la dracunculose d'ici fin 2009.

Adoptée à Genève, Suisse, le 19 mai 2004.

Note de la rédaction. Les efforts en vue de l'éradication de la dracunculose sont arrivés à un tournant. Si des progrès remarquables ont été enregistrés ces 15 dernières années, on comptait encore 12 pays d'endémie en 2003 signalant quelques 33 000 cas, alors que le nombre de cas était de l'ordre du million en 1989.

Un dernier effort s'impose de la part de tous les partenaires pour poursuivre les investissements nécessaires et libérer la planète de la maladie. Il faut, de la part de tous les pays d'endémie et des partenaires, des ressources financières et la volonté politique d'intensifier les efforts afin d'éradiquer la dracunculose d'ici 2009. La date cible de 2009 a été fixée avant tout pour le Soudan;¹ tous les autres pays d'endémie devraient éradiquer la maladie avant cette date. ■

¹ Voir aussi la résolution WHA57.9 du 22 mai 2004.

Influenza

Influenza activity remained low in most parts of the world. An outbreak due to influenza A(H1N1) virus was reported in the United Kingdom.

Argentina. Influenza activity remained localized. The number of influenza A viruses identified increased slightly in weeks 22–23.

Grippe

L'activité grippale est restée faible pratiquement partout dans le monde. Une flambée causée par le virus grippal A(H1N1) a été signalée au Royaume-Uni.

Argentine.¹ L'activité grippale est restée localisée. Le nombre de virus grippaux de type A a légèrement augmenté pendant les semaines 22–23.

Hong Kong Special Administrative Region of China. Influenza A(H3N2) activity continued to decrease in weeks 22–23, when activity was reported as moderate.

United Kingdom. An influenza A(H1N1) outbreak was reported in May, in a primary school in southern England. The first case occurred during the first week of May, and a few cases were reported during the last week. Overall, 125/216 (58%) of children aged between 4 and 8 years were affected. It is unusual for an outbreak of A(H1N1) to occur so late in the northern hemisphere influenza season. Generally, influenza activity is currently at baseline level in the United Kingdom.

Other reports. During weeks 22–23, low influenza activity was reported in New Caledonia,¹ South Africa,¹ Thailand,² the United States¹ and Uruguay.¹ To date, there have been very few confirmed cases of influenza in Australia³ and New Zealand.

¹ See No. 24, 2004, pp. 227–228.

² See No. 8, 2004, p. 83.

³ See No. 4, 2004, p. 40.

Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine. L'activité grippale de type A(H3N2) a continué à baisser au cours des semaines 22–23, alors que l'activité grippale était signalée comme étant modérée

Royaume Uni. Une flambée causée par le virus grippal A(H1N1) a été signalée en mai, dans une école primaire du sud de l'Angleterre. Le premier cas est survenu pendant la première semaine de mai et quelques autres ont été signalés au cours de la dernière semaine. En moyenne, 125/213 (58%) des enfants ayant entre 4 et 8 ans ont été touchés. Il est peu fréquent pour une flambée de survenir aussi tard dans la saison grippale de l'hémisphère nord. Généralement, au Royaume-Uni, l'activité grippale se maintient à un niveau de base.

Autres rapports. Au cours des semaines 22–23, on a signalé une faible activité grippale en Afrique du Sud,¹ aux États-Unis,¹ au Japon,¹ en Nouvelle-Calédonie,¹ en Thaïlande² et en Uruguay.¹ A ce jour, peu de cas de grippe ont été confirmés en Australie³ et en Nouvelle-Zélande.

¹ Voir N° 24, 2004, p. 228.

² Voir N° 8, 2004, p. 83.

³ Voir N° 4, 2004, p. 40.

Voyages internationaux et santé 2004 – Nouveau site web en français

Merci de bien vouloir noter que la version électronique de *Voyages internationaux et santé 2004* est désormais disponible en français à l'adresse suivante: www.who.int/ith/

Ce site web donne des renseignements sur l'ensemble des risques pour la santé que l'on peut rencontrer dans certains endroits et qui peuvent être associés à différents types de voyages – voyages d'affaires ou d'agrément, missions humanitaires, randonnées ou expéditions. L'information est destinée à aider le corps médical à prendre pleinement conscience des risques potentiels et à fournir des conseils judicieux, qu'il s'agisse des vaccinations recommandées, de la protection contre les insectes et autres vecteurs de maladies, ou de la sécurité dans divers environnements.

Le lecteur trouvera par exemple des informations sur les moyens simples permettant d'atténuer les effets du décalage horaire, les facteurs qui influent sur l'efficacité des moustiquaires et des conseils sur le traitement des diarrhées. L'accent est mis sur la responsabilité qui incombe au voyageur de se renseigner, d'être conscient des risques et de prendre les précautions nécessaires avant, pendant et après le voyage. Dans la mesure du possible, l'information sur des risques sanitaires spécifiques, notamment ceux liés aux maladies infectieuses, est présentée sous une forme facilement accessible aux voyageurs intéressés et aux profanes. La valeur pratique de ces informations est encore renforcée par de nombreuses cartes, des tableaux, des listes et des mises en garde claires.

Afin de tenir compte des besoins des voyageurs contemporains, ce site comporte un chapitre sur les aspects sanitaires des voyages aériens, en particulier ceux des vols long-courriers, et des informations plus détaillées sur les risques pour la santé liés à l'environnement, comme ceux associés aux aliments ou aux eaux de baignade. L'information sur les maladies infectieuses présentant un risque potentiel pour les voyageurs a par ailleurs été considérablement étoffée. On trouvera, pour plus de 30 maladies, l'agent causal, le mode de transmission, les caractéristiques cliniques, la répartition géographique, les risques pour les voyageurs, et les mesures préventives.

Le site comprend également la liste traditionnelle par pays des vaccinations exigées, ainsi que des informations utiles sur la situation du paludisme, pour chaque pays ou territoire dans le monde.

Une section «Quoi de neuf en 2004?» oriente directement vers les changements récents.

L'édition 2004 n'est disponible qu'en ligne, afin de permettre des mises à jour régulières, avec en particulier un lien direct vers les pages relatives aux flambées épidémiques récentes.

L'édition 2005, qui sera imprimée au cours du premier trimestre 2005, reprendra toutes les mises à jour du site web. ■

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 11 to 17 June 2004 / Notifications de maladies reçues du 11 au 17 juin 2004

Cholera / Choléra	Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès
Africa / Afrique		Asia / Asie		Europe	
Liberia / Libéria	3-30.V	Hong Kong Special Administrative Region of China / Hong Kong, Région administrative de la Chine	9.VI	Belgium / Belgique	3.VI
.....	39 0	1 (i)	1 (i)
Niger	17-30.V				
.....	156 3				
Americas / Amériques					
United States of America / États-Unis d'Amérique	16.V				
.....	1 (i)				

i = imported case – cas importé