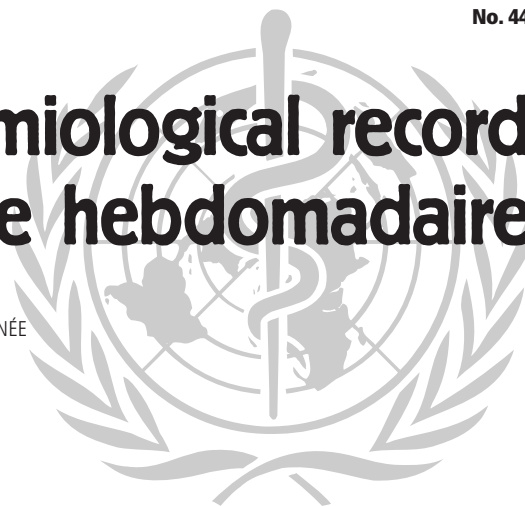


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

29 OCTOBER 2004, 79th YEAR / 29 OCTOBRE 2004, 79^e ANNÉE

No. 44, 2004, 79, 393–400

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

Contents

- 393 Outbreak news:
– Avian influenza, Thailand
- 393 Laboratory surveillance for wild and vaccine-derived polioviruses, January 2003–June 2004
- 399 New WHO 5 Keys Strategy for safer food
- 399 Influenza
- 400 Corrigendum
- 400 International Health Regulations

Sommaire

- 393 Le point sur les épidémies:
– Grippe aviaire, Thaïlande
- 393 Surveillance au laboratoire des poliovirus sauvages et dérivés d'une souche vaccinale, Janvier 2003 – juin 2004
- 399 Nouvelle Stratégie OMS des 5 clefs pour la sécurité sanitaire des aliments
- 399 Grippe
- 400 Rectificatif
- 400 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

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

5.500 10.2004
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Avian influenza, Thailand¹

On 25 October 2004, the Ministry of Public Health in Thailand confirmed an additional fatal case of human infection with H5N1 avian influenza. The patient was a 14-year-old girl from Sukhothai Province. She developed symptoms on 8 October and died on 19 October. Chickens at her household died suddenly in late September.

The girl's death brings the total in Thailand to 17 cases, of which 12 have been fatal. ■

¹ See No. 42, 2004, pp. 377–378.

Laboratory surveillance for wild and vaccine-derived polioviruses, January 2003–June 2004

WHO established a global network of virology laboratories in 1988 to support the Global Polio Eradication Initiative. The network is a key component of a surveillance system that investigates cases of acute flaccid paralysis (AFP) for excretion of polioviruses. Sensitive surveillance is indicated by the ability to detect at least 1 AFP case per 100 000 persons aged under 15 years, by the collection and laboratory analysis of adequate stool samples¹ from each case and by the assurance of high-quality laboratory performance. To halt the last remaining transmission chains, laboratory information is key to identifying remaining foci of wild polioviruses to target supplementary immunization activities (SIAs). This report updates previous communications² and summarizes the laboratory network's performance and the detection of wild and

¹ At least 2 stool samples collected 1–2 days apart and within 14 days of paralysis onset.

² See No. 39, 2003, pp. 341–346.

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Grippe aviaire, Thaïlande¹

Le 25 octobre 2004, le Ministère thaïlandais de la Santé publique a confirmé un nouveau cas humain mortel d'infection par le virus H5N1 de la grippe aviaire. La patiente était une jeune fille de 14 ans de la province de Sukhothai. Les symptômes sont apparus le 8 octobre et elle est décédée le 19. Des poulets appartenant à sa famille étaient morts soudainement fin septembre.

Avec le décès de cette jeune fille, le nombre total des cas en Thaïlande s'élève à 17, dont 12 mortels. ■

¹ Voir N° 42, 2004, pp. 377–378.

Surveillance au laboratoire des poliovirus sauvages et dérivés d'une souche vaccinale, Janvier 2003 – juin 2004

En 1988, l'OMS a mis sur pied un réseau mondial de laboratoires de virologie pour appuyer l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio. Ce réseau constitue un composant clé d'un système de surveillance qui étudie l'excrétion de poliovirus dans des cas de paralysie flasque aiguë (PFA). Une surveillance sensible implique une capacité à dépister au moins 1 cas de PFA pour 100 000 personnes de moins de 15 ans, une collecte et une analyse en laboratoire d'échantillons de selles adéquats¹ provenant de chacun des cas et la garantie de performances analytiques de haut niveau. Dans la perspective de bloquer les dernières chaînes de transmission restantes, les informations fournies par les laboratoires apportent des éléments clés dans l'identification des foyers résiduels de poliovirus sauvage en vue d'orienter les activités de vaccination supplémentaires. Le présent rapport fournit une mise à jour des communications antérieures²

¹ Collecte de deux échantillons au moins de selles à 1 à 2 jours d'intervalle et dans les 14 jours suivant la manifestation de la paralysie.

² Voir N° 39, 2003, pp. 341–346.

vaccine-derived polioviruses (VDPVs) during the period January 2003 to June 2004.

Laboratory network performance

The polio laboratory network operates in all 6 WHO regions and comprises 123 facilities that operate at national level, 15 that provide regional reference services and 7 global specialized laboratories. High-quality performance is assured through a WHO-administered laboratory accreditation programme that involves comprehensive annual review of several criteria that contribute to timely and accurate laboratory results. In 2003, 96% of network laboratories were fully accredited by WHO; 3 laboratories were provisionally accredited because they passed annual proficiency tests but had a deficiency in some other aspect of performance; 3 other laboratories were not accredited because they failed the annual proficiency test. Samples from the latter laboratories are referred and tested in parallel in accredited laboratories to ensure that reliable virology results are available for programme use.

The laboratory network tested 104 946 samples from AFP cases between January 2003 and June 2004. More than 90% of samples had virus isolation results available within 28 days of receipt of samples in laboratories (programme target >80% within 28 days). For 79% of AFP cases with poliovirus isolates, the results of intratypic differentiation (ITD) tests confirmed the wild or vaccine-like nature of isolates within 60 days of paralysis onset (programme target >80% within 60 days) (Table 1).

et résume les résultats du réseau de laboratoire et du dépistage des poliovirus sauvages et dérivés d'une souche vaccinale (PVDV) sur la période allant de janvier 2003 à juin 2004.

Résultats du réseau de laboratoires

Le réseau de laboratoire opère dans les 6 régions de l'OMS et regroupe 123 installations qui fonctionnent au niveau régional, 15 laboratoires qui fournissent des services de référence régionaux et 7 laboratoires spécialisés mondiaux. La haute qualité des résultats est garantie par un programme d'accréditation des laboratoires administrés par l'OMS, qui comprend un examen annuel complet de plusieurs paramètres contribuant à la rapidité et à l'exactitude des résultats de laboratoire. En 2003, 96% des laboratoires du réseau étaient totalement accrédités par l'OMS, 3 bénéficiaient d'une accréditation provisoire (ils avaient passé avec succès les essais d'aptitude, mais certains aspects de leurs performances étaient encore insuffisants) et 3 autres n'ont pas obtenu l'accréditation en raison de leur échec à l'essai d'aptitude annuel. Des échantillons provenant de ces derniers laboratoires sont envoyés et analysés en parallèle dans des laboratoires accrédités pour garantir que le programme dispose de résultats virologiques fiables.

Les laboratoires du réseau ont analysé 104 946 échantillons provenant de cas de PFA entre janvier 2003 et juin 2004. Pour plus de 90% des échantillons, les résultats d'isolement viral ont été disponibles dans les 28 jours suivant la réception des prélèvements au laboratoire (objectif du programme plus de 79% dans les 28 jours). Pour 80% des cas de PFA donnant lieu à l'isolement d'un poliovirus, les résultats de la différenciation intratypique (DIT) ont confirmé la nature sauvage ou le type vaccinal des isolements dans les 60 jours suivant le début de la paralysie (objectif du programme plus de 80% dans les 60 jours) (Tableau 1).

Table 1 Number of specimens and poliovirus (PV) isolates, percentage of specimens with non-polio enterovirus (NPEV) isolated and timing of results, by WHO region and year, January 2003–June 2004

Tableau 1 Nombre d'échantillons et d'isolements de poliovirus (PV), pourcentage d'échantillons dans lesquels on a isolé un entérovirus non poliomyélitique et délais de délivrance des résultats, par région de l'OMS et par an, janvier 2003-juin 2004

WHO region – Région de l'OMS	January–December 2003 – Janvier-décembre 2003						January–June 2004 – Janvier-juin 2004						
	No. of specimens – Nbre d'échantillons	No. of PV isolates – Nbre d'isolements de PV	Wild – PV sauvage	Sabin – PV type Sabin	% specimens with NPEV isolated – % d'échantillons dans lesquels on a isolé un entérovirus non poliomyélitique	% results within 28 days – % résultats dans les 28 jours	% ITD ^a results within 60 days – % DIT ^a dans les 60 jours	No. of specimens – Nbre d'échantillons	No. of PV isolates – Nbre d'isolements de PV	Wild – PV sauvage	Sabin – PV type Sabin	% specimens with NPEV isolated – % d'échantillons dans lesquels on a isolé un entérovirus non poliomyélitique	% results within 28 days – % résultats dans les 28 jours
African – Afrique	17 008	840	549	12	98	61	9 850	999	346	13	94	59	
Americas – Amériques	1 878	0	31	15	76	100	959	0	23	11	94	100	
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	10 325	204	539	16	96	93	5 394	48	246	16	99	98	
European – Europe	3 078	0	153	4	91	86	3 252	0	34	3	99	94	
South-East Asia – Asie du Sud-est	21 816	418	1207	19	99	89	13 032	58	794	21	99	91	
Western Pacific – Pacifique occidental	12 409	0	452	9	94	64	5 945	0	181	8	94	73	
Global – Total	66 514	1462	2931	14	91	78	38 432	1105	1624	14	97	81	

^a Intratypic differentiation results within 60 days of paralysis onset. – Résultats de la différenciation intratypique dans les 60 jours suivant le début de la paralysie.

Detection of wild poliovirus serotypes

Wild polioviruses were confirmed in 19 countries between January 2003 and June 2004 (Table 2). Poliovirus serotypes 1 and 3 were detected in Afghanistan, India, Niger, Nigeria, Pakistan and Sudan. Only viruses of serotype 1 were detected in another 13 countries (Benin, Botswana, Burkina Faso, Cameroon, Central African Republic, Chad, Côte d'Ivoire, Egypt, Ghana, Guinea, Lebanon, Mali and Togo). Indigenous wild poliovirus serotype 2 circulation appears to have been eliminated and was last detected in western Uttar Pradesh, India, in October 1999.³

Détection des sérotypes de poliovirus sauvage

La présence de poliovirus sauvages a été confirmée dans 19 pays entre janvier 2003 et juin 2004 (Tableau 2). Des poliovirus de sérotypes 1 et 3 ont été détectés en Afghanistan, en Inde, au Niger, au Nigeria, au Pakistan et au Soudan. Dans 13 autres pays (Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, République centrafricaine, Tchad, Côte d'Ivoire, Égypte, Ghana, Guinée, Liban, Mali et Togo), on a détecté uniquement des virus de sérotype 1. La circulation des poliovirus autochtones de sérotype 2 semble avoir été supprimée et a été décelée pour la dernière fois dans l'ouest de l'Uttar Pradesh (Inde), en octobre 1999.³

Table 2 Number of detected wild poliovirus (WPV) isolates from persons with acute flaccid paralysis (AFP), by WHO region/country, January 2003–June 2004

Tableau 2 Nombre d'isolements de poliovirus sauvage dépistés chez des personnes atteintes de paralysie flasque aiguë (PFA), par région de l'OMS et par pays, janvier 2003 – juin 2004

WHO region/country – Région de l'OMS/pays	January–December 2003 – Janvier – décembre 2003			January–June 2004 – Janvier – juin 2004				
	No. of WPV isolates – Nbre d'isolements de poliovirus sauvage	Serotype ^a – Sérotype ^a			No. of WPV isolates – Nbre d'isolements de poliovirus sauvage	Serotype ^a – Sérotype ^a		
		P1	P2	P3		P1	P2	P3
African – Afrique								
Benin ^b – Bénin ^b	4	4	0	0	11	11	0	0
Botswana ^b	0	0	0	0	2	2	0	0
Burkina Faso ^b	19	19	0	0	11	11	0	0
Cameroon ^b – Cameroun ^b	4	4	0	0	0	0	0	0
Central African Republic ^b – République centrafricaine ^b	2	2	0	0	4	4	0	0
Chad ^b – Tchad ^b	46	46	0	0	22	22	0	0
Côte d'Ivoire ^b	2	2	0	0	18	18	0	0
Ghana ^b	14	14	0	0	0	0	0	0
Guinea ^b – Guinée ^b	0	0	0	0	2	2	0	0
Mali ^b	0	0	0	0	3	3	0	0
Nigeria – Nigéria	674	351	0	323	888	742	0	146
Niger	73	57	0	16	38	27	0	11
Togo ^b	2	2	0	0	0	0	0	0
Americas – Amériques	0	0	0	0	0	0	0	0
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale								
Afghanistan	15	9	0	6	6	4	0	2
Egypt – Égypte	1	1	0	0	2	2	0	0
Lebanon ^c – Liban ^c	1	1	0	0	0	0	0	0
Pakistan	187	130	0	57	36	27	0	9
Sudan ^b – Soudan ^b	0	0	0	0	4	2	0	2
European – Europe	0	0	0	0	0	0	0	0
South-East Asia – Asie du Sud-Est								
India – Inde	418	377	0	41	58	56	0	2
Western Pacific – Pacifique occidental	0	0	0	0	0	0	0	0
Global – Total	1462	1019	0	443	1105	933	0	172

^a P1 = poliovirus type 1; P2 = poliovirus type 2; P3 = poliovirus type 3. – P1 = poliovirus sauvage de type 1; P2 = poliovirus sauvage de type 2; P3 = poliovirus sauvage de type 3.

^b Poliovirus serotype 1 viruses linked to wild viruses that originated in Nigeria. – Poliovirus de sérotype 1 virus liés à des virus sauvages originaires du Nigeria.

^c Poliovirus serotype 1 virus linked to wild viruses that originated in northern India. – Poliovirus de sérotype 1 virus liés à des virus sauvages originaires du nord de l'Inde.

Detection of wild poliovirus genotypes

The polio laboratory network routinely performs genetic characterization of (a) all wild polioviruses and (b) all isolates that give inconclusive results on ITD tests. Analysis

Détection des génotypes de poliovirus sauvage

Les laboratoires du réseau de lutte contre la polio effectuent couramment la caractérisation génétique de (a) tous les poliovirus sauvages et de (b) tous les isolements pour lesquels les résultats de

³ See No. 13, 2003, pp. 95–97.

³ Voir N° 13, 2003, pp. 95-97.

of sequence data from wild polioviruses allows identification of circulating virus genotypes as well as the genetic links among viruses from diverse locations. Six wild poliovirus genotypes were detected between January 2003 and June 2004, including 3 type 1 genotypes (NEAF, WEAFF-B and SOAS) and 3 type 3 genotypes (WEAFF-B, SOAS and EAAF). The NEAF genotype was found in Egypt. The SOAS genotypes were found in Afghanistan, India and Pakistan. The type 1 WEAFF-B genotype was found in 11 countries in west and central Africa as well as in Botswana and Sudan. The type 3 WEAFF-B genotype was found only in Niger and Nigeria. The type 3 EAAF genotype was detected in Sudan in 2004.

Indigenous wild polioviruses were detected in Afghanistan, Egypt, India, Niger, Nigeria and Pakistan in 2003 and 2004. Type 3 virus indigenous to central Africa/Horn of Africa, which was thought to have been eliminated 3 years earlier, was detected in Sudan in 2004. Type 1 virus detected in Lebanon in 2003 represented an importation from northern India. Type 1 viruses in countries of west and central Africa and in Botswana and Sudan were linked to indigenous viruses that originated in Nigeria and southern Niger.

Detection of vaccine-derived polioviruses (VDPVs)

The laboratory network is at the forefront of detection of VDPVs, defined as viruses showing less than 99% VP1 sequence identity to Sabin virus of the same serotype. No VDPV outbreaks were detected in 2003, although VDPVs have been shown to circulate in Egypt, Hispaniola, Madagascar and the Philippines in the past.⁴ Type 1 VDPVs were detected in 2 AFP cases and 2 contacts in Guizhou province, China, in 2004 and are the subject of current investigation. Type 2 VDPVs were isolated from single AFP cases in Kazakhstan, Peru and Thailand in 2003 (Table 3).

VDPVs from non-AFP sources have also been reported following the integration of reporting of polioviruses from all sources into the network's activities. In 2003, a type 1 VDPV was isolated from a healthy child in Mongolia, and a type 2 VDPV was also isolated from a healthy child in Latvia. A type 3 VDPV was isolated from a single sewage sample collected in Estonia in 2003. Several type 2 VDPVs were isolated intermittently between October 2003 and June 2004 from sewage waters collected in Slovakia, and are the subject of current investigation. A type 2 VDPV was isolated from a single sewage sample collected in Israel in April 2004.

Editorial note. The global polio laboratory network continues to confirm the polio-free status of the WHO Region of the Americas, European Region and Western Pacific Region. The network's timely confirmation of wild poliovirus transmission in remaining polio-endemic countries has been essential to plan and target responsive SIAs. Its characterization of wild virus isolates through analysis of VP1 sequences allows tracing of transmission pathways and investigation of linkages among isolates. Sequence data have indicated that wild polioviruses detected in the majority of countries in the WHO African Region in 2003

la DIT ne sont pas concluants. L'analyse des séquences des poliovirus sauvages permet l'identification des génotypes viraux circulants et des liens génétiques entre les virus provenant de divers endroits. Six génotypes de poliovirus sauvage ont été détectés entre janvier 2003 et juin 2004, y compris 3 génotypes de type 1 (NEAF, WEAFF-B et SOAS) et 3 génotypes de type 3 (WEAFF-B, SOAS et EAAF). On a trouvé le génotype NEAF en Égypte et les génotypes SOAS en Afghanistan, en Inde et au Pakistan. On a détecté le génotype WEAFF-B de type 1 dans 11 pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale, ainsi qu'au Botswana et au Soudan. On a trouvé le génotype WEAFF-B de type 3 uniquement au Niger et au Nigéria. Le génotype EAAF de type 3 a été détecté au Soudan en 2004.

On a dépisté des poliovirus sauvages autochtones en Afghanistan, en Égypte, en Inde, au Niger, au Nigéria et au Pakistan en 2003 et 2004. Le virus autochtone de type 3 apparu en Afrique centrale/Corne de l'Afrique il y a de cela 3 ans a été détecté au Soudan en 2004. Le virus de type 1 détecté au Liban en 2003 était importé du Nord de l'Inde. Les virus de type 1 trouvés dans des pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale, ainsi qu'au Botswana et au Soudan, étaient liés à des virus autochtones issus du Nigéria et du sud du Niger.

Détection des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV)

Les laboratoires du réseau se trouvent aux avant-postes pour la détection des PVDV, définis comme des virus présentant moins de 99% d'identité de séquence avec le virus Sabin appartenant au même sérotype. Aucune flambée de PVDV n'a été détectée en 2003, bien que la circulation de PVDV ait été mise en évidence en Égypte, sur l'Île d'Hispaniola, à Madagascar et aux Philippines dans le passé⁴. On a détecté des PVDV de type 1 pour 2 cas de PFA et 2 contacts dans la province de Ghizhou (Chine), en 2004, qui font actuellement l'objet d'une enquête. On a isolé des PVDV de type 2 à partir de cas isolés de PFA survenus au Kazakhstan, au Pérou et en Thaïlande en 2003 (Tableau 3).

On a également signalé des PVDV provenant d'autres sources que le dépistage des cas de PFA après l'intégration du signalement des poliovirus de toutes origines dans les activités du réseau. En 2003, on a isolé un PVDV de type 1 chez un enfant en bonne santé vivant en Mongolie et un PVDV de type 2 chez un enfant letton sain. On a isolé un PVDV de type 3 à partir d'un échantillon isolé d'eaux usées, collecté en Estonie en 2003. On a isolé de manière intermittente, entre octobre 2003 et juin 2004, plusieurs PVDV de type 2 à partir d'eaux usées collectées en Slovaquie et ces cas sont actuellement en cours d'investigation. On a isolé un PVDV de type 2 à partir d'un échantillon d'eaux usées isolé, collecté en Israël en avril 2004.

Note de la rédaction. Le réseau mondial des laboratoires de la poliomyélite continue de confirmer que les Régions de l'OMS pour les Amériques, l'Europe et le Pacifique occidental sont exemptes de polio. La confirmation en temps voulu de la transmission du poliovirus sauvage dans les pays d'endémie poliomyélique résiduelle a joué un rôle essentiel dans la planification et le ciblage d'activités de vaccination supplémentaires adaptées à la situation. La caractérisation par le réseau des isollements de virus sauvage par analyse des séquences du VP1 permet de déterminer les voies de transmission et d'étudier les liens entre les isollements. Les données de séquençage ont indiqué que les poliovirus sauvages dépistés dans

⁴ See No. 41, 2001, pp. 319–320.

⁴ Voir N° 41, 2001, pp. 319–320.

Table 3 **Number of vaccine virus isolates^a from persons with acute flaccid paralysis, by WHO region, January 2003–June 2004**
 Tableau 3 **Nombre d'isolements du virus vaccinal^a chez des personnes atteintes de paralysie flasque aiguë, par région de l'OMS, janvier 2003 – juin 2004**

WHO region – Région de l'OMS	Sabin-like ^c – Type Sabin ^c	VDPV ^b – PVDV ^b			Total
		cVDPV ^d isolates – Isolements de PVDV ^c ^d	iVDPV ^e isolates – Isolements de PVDV ⁱ ^e	Other VDPV ^f – Autres PVDV ^f	
African – Afrique	895	0	0	0	0
Americas – Amériques	54	0	1 (Peru – Pérou)	0	1
Eastern Mediterranean Méditerranée orientale	785	0	0	0	0
European – Europe	187	0	0	1 (Kazakhstan)	1
South-East Asia Asie du Sud-Est	2001	0	2 (Thailand – Thaïlande)	0	2
Western Pacific Pacifique occidentale	633	1 (China – Chine)	0	0	1
Global – Total	4555	1	3	1	5

^a Poliovirus isolates with 1 or 2 intratypic differentiation (ITD) results indicating vaccine virus (excludes VDPV isolates from environmental samples). – Isolements de poliovirus avec un ou deux résultats de différenciation intratypique (DIT) indiquant un virus vaccinal (ne comprend pas les PVDV des isolements provenant d'échantillons prélevés dans l'environnement).

^b Vaccine-derived poliovirus (VDPV): a poliovirus with >1% sequence difference compared with Sabin vaccine virus. – Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (PVDV): poliovirus avec > 1% de différence par rapport au virus vaccinal Sabin.

^c Either concordant Sabin-like results in ITD tests or <1% sequence difference compared with Sabin vaccine virus. – Concordance avec le type Sabin lors de la DIT ou < 1% de différence par rapport au virus vaccinal Sabin.

^d Circulating VDPV. – Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale.

^e VDPV associated with an immunodeficient person. – PVDV associé à une immunodéficience.

^f VDPV not associated with an outbreak or immunodeficiency. – PVDV non associé à une flambée ou à une immunodéficience.

and 2004 have not represented resurgence of indigenous viruses in these locations but have been due to virus importations from a major wild poliovirus reservoir in northern Nigeria.

The laboratory network has achieved a high quality of performance and accuracy and has met the programme standard of providing virology results for >80% of AFP cases within 60 days of paralysis onset. Failure to meet the standard for timely reports can adversely impact the ability of the eradication initiative to plan and implement responsive SIAs. However, laboratory activities are not the only contributors to reporting times; the network routinely monitors and analyses the time taken for all stages of AFP case investigation, including timing of sample collection, referral, shipment and testing. Such analyses reveal that logistic arrangements for shipping of samples and isolates remain the single biggest challenge to providing timely results. Shipping usually takes between 5 and 7 days but can be substantially longer in some locations. The network will be increasing the range of technologies available in 3 key laboratories located in Côte d'Ivoire, Nigeria (Ibadan), Senegal, which together serve 14 countries in Africa. This will ensure that virus isolation and ITD tests can be done within these 3 laboratories and should reduce the need and time for shipment of isolates.

Several laboratories in remaining endemic regions have experienced significant workload increases as a result of enhanced surveillance efforts to identify the last remaining wild poliovirus transmission chains. These enhanced efforts have led to a 30% overall increase in the network's

la majorité des pays de la Région OMS pour l'Afrique en 2003 et 2004 ne constituaient pas des résurgences de virus autochtones à ces endroits, mais provenaient de l'importation de virus à partir d'un réservoir majeur de poliovirus sauvage, situé au nord du Niger.

Le réseau de laboratoires est parvenu à un niveau élevé de performance et d'exactitude et a rempli l'objectif du programme consistant à fournir des résultats virologiques pour plus de 80% des cas de PFA dans les 60 jours suivant le début de la paralysie. Si les laboratoires ne parviennent pas à respecter la norme de délai pour les signalements, cela peut nuire à la capacité de l'Initiative d'éradication à planifier et à mettre en œuvre des activités de vaccination supplémentaires adaptées à la situation. Cependant, les délais de signalement ne sont pas imputables uniquement aux activités de laboratoire. Le réseau suit et analyse régulièrement le temps pris par l'ensemble des étapes de l'investigation des cas de PFA, y compris le temps nécessaire à la collecte de l'échantillon, à l'envoi, à l'expédition et à l'analyse. Cet examen fait apparaître que les dispositions logistiques pour l'expédition des échantillons et des isolements demeurent le plus grand obstacle à l'obtention des résultats en temps voulu. L'expédition prend habituellement entre 5 et 7 jours, mais peut exiger un temps considérablement plus long à certains endroits. Le réseau élargira la palette de technologies disponibles dans les 3 principaux laboratoires situés en Côte d'Ivoire, au Nigéria (Ibadan) et au Sénégal, qui desservent ensemble 14 pays africains. On pourra ainsi garantir la faisabilité de l'isolement du virus et de la DIT dans ces 3 laboratoires et réduire les besoins en matière de transport des isolements et le temps nécessaire aux expéditions.

Plusieurs laboratoires situés dans des régions d'endémie résiduelle ont subi une importante augmentation de leur charge de travail sous l'effet du renforcement des efforts de surveillance pour identifier les dernières chaînes de transmission du poliovirus sauvage. L'intensification de ces efforts s'est traduite par une augmentation

workload (29 232 AFP samples analysed between January and June 2003 compared with 38 432 samples for the same period in 2004) and to workload increases of 23% and 40% in the WHO African Region and South-East Asia Region, respectively. Increased workload is a challenge because of the need to mobilize additional resources to meet increased demands for cell culture supplies, equipment and trained personnel.

The laboratory network also contributes to the development of policies for eventual cessation of use of oral polio vaccine (OPV). Especially important has been the generation of data to estimate the frequency of VDPV occurrence and the monitoring of VDPVs' ability to cause paralysis and/or to circulate. Cumulative data from the laboratory network since 1999 suggest that a small proportion (approximately 0.5%) of all Sabin-related isolates are eventually classified as VDPVs. Programmatic responses to reported VDPVs revealed immunodeficient conditions in AFP cases from Peru and Thailand that had VDPV isolates in 2003. These cases did not excrete VDPVs for prolonged periods, as no VDPVs were isolated from their follow-up stool samples. Current investigations in Slovakia may provide further information about the significance and implications of VDPV isolation in sewage collected in this country. Follow-up investigations in Slovakia have not revealed gaps in immunization coverage nor the occurrence of paralysed persons in the source communities from which VDPVs have originated, but efforts are continuing to identify the source of the viruses. It may be that one or more non-paralysed immunodeficient persons are unknowingly infected and have become long-term persistent shedders of VDPVs.

The continued support of national governments and partner agencies⁵ is essential to ensure continued high-quality laboratory support to the Global Polio Eradication Initiative.

Laboratory activities must be maintained beyond the interruption of wild poliovirus transmission. Poliovirus surveillance must continue for at least 3 years following OPV cessation, implying that laboratory support may be needed until 2012. At the same time, WHO has already initiated discussions with national governments and partner agencies about the future of network laboratories. Greater government ownership of laboratories is being actively pursued to transition staff and infrastructure to support other high-priority public health priorities and to maximize the benefits of the considerable investments that have been made in developing high-quality laboratory services. ■

⁵ The following partner agencies contribute to the running costs of polio network laboratories: Rotary International; United Nations Children's Fund; United States Agency for International Development; United Nations Foundation; Lederle-Wyeth American Association for World Health; Canadian International Development Agency; Japan International Cooperation Agency; Australian Agency for International Development; national governments, especially the governments of Bhutan, Finland, Italy, Netherlands, Sri Lanka and Thailand; and the United States Centers for Disease Control and Prevention.

globale de 30% de la charge de travail du réseau (29 232 échantillons de PFA analysés entre janvier et juin 2003, à comparer aux 38 432 échantillons analysés sur la même période en 2004) et par un accroissement de 23% et de 40% respectivement de la charge de travail des Régions OMS pour l'Afrique et l'Asie du Sud-Est. L'alourdissement de la charge de travail représente un défi en raison de la nécessité de mobiliser des ressources supplémentaires pour répondre aux besoins croissants en moyens pour la culture cellulaire, en équipement et en personnel formé.

Le réseau de laboratoires contribue également au développement de politiques en faveur d'un arrêt final de l'utilisation du vaccin anti-poliomyélique oral (VPO). L'apport de données permettant d'estimer la fréquence des cas de PVDV et la surveillance de la capacité des PVDV à provoquer des paralysies et/ou à circuler ont joué un rôle particulièrement important. Le cumul des données fournies par le réseau de laboratoires depuis 1999 laisse à penser qu'une faible proportion (environ 0,5%) de l'ensemble des isolats liés au type Sabin a été finalement classée comme PVDV. Les réponses programmatiques aux signalements de PVDV ont révélé des conditions d'immunodéficience dans les cas de PFA péruviens et thaïlandais ayant donné lieu à l'isolement de PVDV en 2003. Ces cas n'ont pas excrété de PVDV sur des durées prolongées et aucun PVDV n'a été isolé à partir de leurs échantillons de selles prélevés dans le cadre du suivi. Les investigations en cours en Slovaquie sont susceptibles de fournir des informations supplémentaires sur l'importance et les implications de l'isolement de PVDV dans les eaux usées collectées dans ce pays. Les enquêtes de suivi menées en Slovaquie n'ont révélé ni lacunes dans la couverture vaccinale, ni apparition de paralysie chez les personnes appartenant aux communautés dont provenaient les PVDV, mais les efforts se poursuivent pour identifier la source des virus. Il se peut qu'une ou plusieurs personnes immunodéficientes non paralysées soient contaminées sans qu'elles le sachent et soient devenues des excréteurs persistants à long terme de PVDV.

Il est indispensable de pouvoir continuer à compter sur le soutien des gouvernements nationaux et des partenaires⁵ pour assurer à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio un appui permanent de qualité élevée dans le domaine des services de laboratoire.

Les activités des laboratoires devront être poursuivies au-delà de l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage. La surveillance du poliovirus doit continuer pendant au moins 3 ans après l'arrêt du vaccin antipoliomyélique oral, ce qui implique que le soutien analytique puisse être nécessaire jusqu'en 2012. Dans le même temps, l'OMS a déjà entamé des discussions avec les gouvernements nationaux et les partenaires au sujet de l'avenir des laboratoires du réseau. Elle s'efforce activement d'obtenir une plus forte participation financière des pouvoirs publics dans ces laboratoires pour que le personnel et les infrastructures de transition apportent leur appui à d'autres actions de santé publique hautement prioritaires et pour qu'un bénéfice maximal puisse être tiré des investissements considérables consentis pour développer des services de laboratoire de grande qualité. ■

⁵ Les partenaires suivants contribuent aux dépenses courantes du réseau de laboratoires polio: Rotary International, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Agence des Etats-Unis pour le développement international, Fondation des Nations Unies, Lederle-Wyeth American Association for World Health, Agence canadienne de développement international, Agence japonaise pour la coopération internationale, Australian Agency for International Development, gouvernements nationaux, en particulier ceux du Bhoutan, de la Finlande, de l'Italie, des Pays-Bas, du Sri-Lanka et de la Thaïlande, ainsi que les United States Centers for Disease Control and Prevention.

New WHO 5 Keys Strategy for safer food

Each year, unsafe food makes at least 2 billion people ill worldwide, or about one third of the global population. Yet 5 simple prevention techniques could significantly reduce this burden of disease.

On the occasion of the Second Global Forum of Food Safety Regulators,¹ WHO launched its 5 Keys Strategy – a series of 5 simple actions which people can undertake at home or at work while preparing and consuming food.² These are: keep hands and cooking surfaces clean; separate raw and cooked food; cook food thoroughly; keep food stored at safe temperatures; and use safe water and raw ingredients.

WHO has produced a basic training manual to ensure that Member States can use and disseminate effectively the information contained in the 5 Keys Strategy. It is meant for food safety professionals, teachers and interested organizations to use in training selected target groups (including food handlers and schoolchildren, for example). Field testing of *Bring food safety home – How to use the WHO 5 keys to safer food* is now starting around the world. Countries where field testing will occur include Argentina, Bolivia, Guyana, Haiti, Honduras and Nicaragua in the Americas; and Bangladesh, Bhutan, India, Indonesia, Maldives, Nepal and Timor-Leste in South-East Asia.

Even though the actions are applicable everywhere, WHO recognizes that the way food is prepared and the type of food which is eaten varies enormously across and within countries. The 5 Keys Strategy, consequently, does not set out prescriptions, and the implementing manual is a reflection of globally validated best practice, emphasizing 5 main messages which Member States are encouraged to apply to local conditions.

WHO regional offices are working to produce more specific versions of the 5 Keys Strategy and the manual. The five main messages are being translated into over 25 languages. While the global manual looks at the core messages, for example the WHO Regional Office for South-East Asia, based in New Delhi (India), has produced a version which emphasizes the best way to adapt these messages to the local situation, where many people cannot afford the detergents and soaps generally recommended in preventing the spread of foodborne diseases. ■

¹ See No. 42, 2004.

² <http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/5keys/en/>

Nouvelle Stratégie OMS des 5 clefs pour la sécurité sanitaire des aliments

Chaque année, les aliments impropres à la consommation provoquent des maladies chez au moins 2 milliards de personnes, soit un tiers environ de la population mondiale. Pourtant, 5 techniques simples de prévention pourraient réduire considérablement cette charge de morbidité.

A l'occasion du deuxième Forum mondial des responsables de la sécurité sanitaire des aliments,¹ l'OMS a lancé la Stratégie des 5 clefs, 5 mesures simples que tout un chacun peut appliquer chez soi ou au travail lorsqu'il prépare ou consomme de la nourriture.² Il s'agit de la propreté des mains et des surfaces en contact avec les aliments, de séparer les aliments crus des aliments cuits, de bien faire cuire les aliments, de les maintenir à bonne température et d'utiliser de l'eau et des produits sûrs.

L'OMS a produit un manuel de base à l'intention des États Membres pour qu'ils puissent diffuser efficacement l'information contenue dans la Stratégie des 5 clefs. Il est destiné aux professionnels de la sécurité sanitaire des aliments, aux enseignants et aux organisations concernées pour la formation de groupes ciblés (préposés à la manutention des aliments, écoliers par exemple). Les essais sur le terrain de *Bring food safety home – How to use the WHO 5 keys to safer food* commencent dans plusieurs pays: Argentine, Bolivie, Guyana, Haïti, Honduras et Nicaragua pour les Amériques; Bangladesh, Bhoutan, Inde, Indonésie, Maldives, Népal et Timor Leste pour l'Asie du Sud-Est.

Bien que les mesures préconisées soient applicables partout, l'OMS reconnaît que les modes de préparation et l'alimentation varient énormément d'un pays à l'autre, voire à l'intérieur d'un même pays. La Stratégie des 5 clefs ne donne par conséquent pas d'instructions à suivre obligatoirement et l'on retrouve dans le manuel d'application les meilleures pratiques qui ont été validées dans le monde. L'accent est mis sur les 5 messages principaux que l'OMS conseille aux États Membres d'adapter aux conditions locales.

Les bureaux régionaux de l'OMS ont entrepris de produire des versions plus spécifiques de la Stratégie et du manuel. Les 5 principaux messages sont traduits en 25 langues. Tandis que le manuel mondial approfondit les messages fondamentaux, le Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est par exemple, situé à New Delhi (Inde), a produit une version cherchant à adapter au mieux ces messages à la situation locale: de nombreuses personnes n'ont en effet pas les moyens dans cette région de se procurer les détergents et les savons recommandés pour éviter la propagation des maladies d'origine alimentaire. ■

¹ Voir N° 42, 2004.

² http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/en/5keys_fr.pdf

Influenza

Influenza activity remained low in most parts of the world in week 42.

Canada.¹ One outbreak was reported during week 42. Influenza activity remained generally low.

¹ See No. 41, 2004, p. 376.

Grippe

L'activité grippale est restée faible pratiquement partout dans le monde au cours de la semaine 42.

Canada.¹ On a signalé une flambée au cours de la semaine 42 et en général, l'activité grippale est restée faible.

¹ Voir N° 41, 2004, p. 376.

Hong Kong Special Administrative Region of China.¹ Influenza activity continued to decline during week 42, when low levels of activity were reported.

Other reports. During week 42, low influenza activity was reported from Argentina,¹ France, the United Kingdom and the United States. ■

Hong Kong Région administrative spéciale de la Chine.¹ L'activité grippale a continué à baisser pendant la semaine 42, lorsque de faibles niveaux d'activité ont été signalés.

Autres rapports. Au cours de la semaine 42, une faible activité grippale a été signalée par l'Argentine,¹ les États-Unis, la France et le Royaume-Uni. ■

CORRIGENDUM, TO No. 40, 2004 / RECTIFICATIF AU N° 40, 2004

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

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

Table 1, p. 366.

Tableau 1, p. 366.

Table 1 **Global distribution of influenza vaccine, by WHO region, 2000–2003**
Tableau 1 **Distribution mondiale du vaccin antigrippal par Région OMS, 2000–2003**

WHO region – Région OMS	Total doses distributed (in thousands) – Total de doses distribuées (en milliers)			
	2000	2001	2002	2003
European – Europe	93 004	99 094	103 824	102 891
Western Europe – Europe occidentale	65 130	67 864	72 812	76 523
Central and eastern Europe – Europe centrale et orientale	27 874	31 230	31 012	26 368
Americas – Amériques	104 593	114 389	122 348	123 578

Footnote 1, p. 367.

IVS Task Force member companies: Aventis Pasteur, Aventis Pasteur MSD, **Baxter**, Berna Biotech Ltd, **Chemo-Sero-Therapeutic Research (Kaketsuken)**, Chiron/Powderject, CSL Limited, **Denka Seiken**, GlaxoSmithKline Biologicals, **ID Biomedical (previously called Shire Biologicals)**, **Kanonji Institute (Biken)**, **Kitasato Institute**, Medimmune, Inc., Solvay Pharmaceuticals BV and Wyeth Vaccines.

Note de pied 1, p. 367.

Les laboratoires membres de la FIIM sont les suivants: Aventis Pasteur, Aventis Pasteur MSD, **Baxter**, Berna Biotech Ltd, **Chemo-Sero-Therapeutic Research (Kaketsuken)**, Chiron/Powderject, CSL Limited, **Denka Seiken**, GlaxoSmithKline Biologicals, **ID Biomedical (précédemment appelé Shire Biologicals)**, **Kanonji Institute (Biken)**, **Kitasato Institute**, Medimmune, Inc., Solvay Pharmaceuticals BV and Wyeth Vaccines.

How to obtain the WER through the Internet

- (1) WHO WWW SERVER: Use WWW navigation software to connect to the WER pages at the following address: **http://www.who.int/wer/**
- (2) E-MAIL LIST: An automatic service is available for receiving notification of the contents of the WER and short epidemiological bulletins. To subscribe, send an e-mail message to **majordomo@who.ch**. The subject field may be left blank and the body of the message should contain only the line **subscribe wer-reh**. Subscribers will be sent a copy of the table of contents of the WER automatically each week, together with other items of interest.

Comment accéder au REH sur Internet

- 1) Par le serveur Web de l'OMS: A l'aide de votre logiciel de navigation WWW, connectez-vous à la page d'accueil du REH à l'adresse suivante: **http://www.who.int/wer/**
- 2) Par courrier électronique: Un service automatique de distribution du sommaire du REH et de brefs bulletins épidémiologiques est disponible par courrier électronique. Pour s'abonner à ce service, il suffit d'envoyer un message à l'adresse suivante: **majordomo@who.ch**. Le champ «Objet» peut être laissé vide et, dans le corps du message, il suffit de taper **subscribe wer-reh**. Les abonnés recevront chaque semaine une copie du sommaire du REH, ainsi que d'autres informations susceptibles de les intéresser.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 22 to 28 October 2004 / Notifications de maladies reçues du 22 au 28 octobre 2004

Cholera / Choléra

	Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès
Africa / Afrique				Americas / Amériques	
Benin / Bénin	27.IX-10.X	Democratic Republic of the Congo / République démocratique du Congo	30.VIII-17.X	United States / États-Unis	10.II-7.IV
.....	46	593	2(i)
Chad / Tchad	27.IX-10.X	Niger	13.IX-10.X	(i) imported case – cas importé	
.....	464	245		
	36		6		