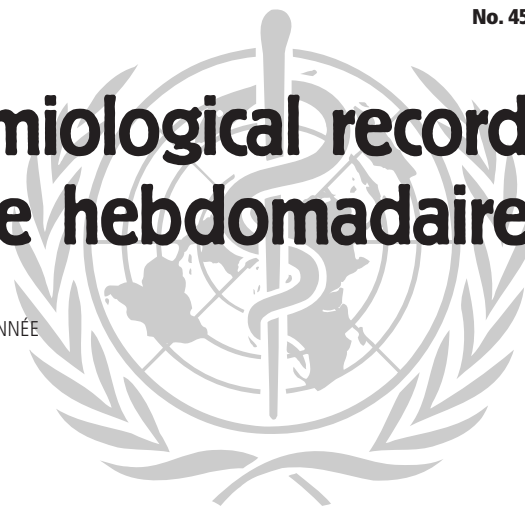


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

5 NOVEMBER 2004, 79th YEAR / 5 NOVEMBRE 2004, 79^e ANNÉE

No. 45, 2004, 79, 401–408

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

Contents

- 401 Outbreak news:
– Cholera, Senegal
- 401 Conclusions and recommendations of the Ad Hoc Advisory Committee on Poliomyelitis Eradication, Geneva, 21–22 September 2004
- 408 Influenza
- 408 WHO web sites on infectious diseases
- 408 International Health Regulations
- Sommaire**
- 401 Le point sur les épidémies:
– Choléra, Sénégal
- 401 Conclusions et recommandations du Comité consultatif spécial sur l'éradication de la poliomyélite, Genève, 21–22 septembre 2004
- 408 Grippe
- 408 Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses
- 408 Règlement sanitaire international

★ OUTBREAK NEWS

Cholera, Senegal

Between 5 and 28 October 2004, the Ministry of Health reported to WHO a total of 128 cases and 2 deaths (case-fatality rate, 1.6%) in Dakar. *Vibrio cholerae* 01 El Tor was confirmed by the national reference laboratory in Senegal.

The number of cases increased sharply since the beginning of the outbreak and a cholera epidemic was declared on 22 October by the Ministry of Health.

A national outbreak management committee was established to monitor and carry out comprehensive control measures in response to the outbreak. Physicians and health workers in the affected districts of the city have been alerted and given technical guidance; health education materials on good hygiene have been distributed; social mobilization activities targeted particularly at children and women have been carried out; and unsanitary areas have been decontaminated. ■

Conclusions and recommendations of the Ad Hoc Advisory Committee on Poliomyelitis Eradication, Geneva, 21–22 September 2004

The Ad Hoc Advisory Committee on Poliomyelitis Eradication (AACPE) was convened in Geneva, Switzerland, on 21–22 September 2004,¹ to provide WHO and the Global Polio Eradication Initiative with expert advice on:

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Choléra, Sénégal

Entre le 5 et 28 octobre 2004, l'OMS a reçu du Ministère de la Santé des rapports faisant état d'un total de 128 cas, dont 2 mortels (taux de létalité: 1,6%) à Dakar. Le laboratoire national de référence du Sénégal a confirmé la souche *Vibrio cholerae* 01 El Tor.

Le nombre des cas a fortement augmenté depuis le début de la flambée et, depuis le 22 octobre, le Ministère de la Santé parle officiellement d'épidémie de choléra.

Un comité national a été formé pour suivre l'évolution de la situation et mettre en place des mesures globales de lutte. Les médecins et les agents de santé travaillant dans les quartiers touchés de la capitale ont été alertés et ont reçu des directives techniques. Du matériel éducatif sur les bonnes pratiques d'hygiène a été distribué tandis que des actions de mobilisation sociale ciblant plus particulièrement les femmes et les enfants ont été menées. Les zones insalubres ont été décontaminées. ■

Conclusions et recommandations du Comité consultatif spécial sur l'éradication de la poliomyélite, Genève, 21–22 septembre 2004

Le Comité consultatif spécial sur l'éradication de la poliomyélite a été convoqué à Genève, les 21 et 22 septembre 2004,¹ pour fournir à l'OMS et à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite un avis d'expert sur:

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 334.–

5.500 11.2004

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

¹ For the full report, with names and affiliations of all members of the Ad Hoc Advisory Committee, see <http://www.polioeradication.org/meetings.asp>

¹ Pour un rapport complet, donnant les noms et les affiliations de tous les membres du Comité consultatif spécial sur l'éradication de la poliomyélite, merci de bien vouloir consulter le site web suivant: <http://www.polioeradication.org/meetings.asp> (en anglais seulement)

- programme priorities and policies for interrupting wild poliovirus transmission worldwide;
- the strategies, policies and products required for the coordinated cessation of oral poliovirus (OPV) immunization following interruption of wild poliovirus transmission.

1. Interrupting wild poliovirus transmission

1.1 Global programme priorities

By the end of 2003, the number of countries with endemic circulation of indigenous wild polioviruses had been reduced to 6. In January 2004, during an emergency consultation with health ministers of these endemic countries, an intensified eradication plan was established, the key elements of which were: high-level political oversight, increased frequency of mass immunization campaigns, and emphasis on the quality of supplementary immunization activities (SIAs) in all transmission areas.

The AACPE noted that as of 21 September 2004, the intensified effort in Asia was on track. After a marked increase in campaign frequency and quality, the geographical extent and intensity of polio transmission in Afghanistan, India and Pakistan have been considerably reduced, with just 89 cases reported compared with 196 at the same time in 2003. In Egypt, persistent low-level transmission continues in different areas of the country. Sub-Saharan Africa, however, is experiencing epidemic polio (627 cases); the number of cases in Niger and Nigeria has increased to 563 (vs 155 for the same period in 2003), with virus spread to 12 previously polio-free countries in 2003 and 2004. Finally, surveillance indicators and the detection of an "orphan" poliovirus lineage in Sudan demonstrate continuing gaps in surveillance in this key geographical area.

It is clear that the quality of SIAs and surveillance activities must reach very high levels, particularly in the highest risk areas where transmission is continuing. It appears that in particular areas of the world, such as western Uttar Pradesh (India) and parts of Egypt, where the population density is extremely high and the transmission of wild poliovirus is very efficient, the quality of work that needs to be achieved to stop transmission is much higher than in some other areas. In these areas of persistent transmission, the youngest children must be reached consistently during immunization rounds to deliver adequate vaccine for protection and to interrupt transmission.

Recommendations

1. The AACPE urges the Global Polio Eradication Initiative to sustain the sense of urgency developed in 2004. Recognizing that specific country strategies are established by existing country- or region-specific technical advisory groups (TAGs), the AACPE endorses the following global programme priorities for the remainder of 2004 and the first half of 2005.
 - Stop transmission in Asia, through enhancing the quality of regular national/subnational immuniza-

- les priorités et les politiques programmatiques destinées à interrompre la transmission du poliovirus sauvage dans le monde entier, et
- les stratégies, les politiques et les produits nécessaires à l'arrêt coordonné de la vaccination par le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO), après l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage.

1. Interruption de la transmission du poliovirus sauvage

1.1 Priorités programmatiques mondiales

Fin 2003, le nombre de pays où se manifestait une circulation endémique de poliovirus sauvages autochtones a été réduit à 6. En janvier 2004, dans le cadre d'une consultation d'urgence avec les ministres de la santé des pays d'endémie, on a mis en place un plan d'éradication intensive comportant les points clés suivants: surveillance politique à un niveau élevé, augmentation de la fréquence des campagnes de vaccination de masse et importance accordée à la qualité des activités de vaccination supplémentaire (AVS) dans l'ensemble des zones de transmission.

Le Comité a noté qu'à la date du 21 septembre 2004, l'intensification des efforts en Asie était en bonne voie. Après un renforcement marqué de la fréquence et de la qualité des campagnes de vaccination, la transmission de la polio en Afghanistan, en Inde et au Pakistan est généralement localisée, avec 89 cas seulement, à comparer aux 196 cas enregistrés sur la même période en 2003. En Égypte, une transmission persistante se maintient à un faible niveau dans différentes zones du pays. Cependant, l'Afrique subsaharienne subit une épidémie de polio (627 cas) et le nombre de cas au Niger et au Nigéria est passé à 563 (contre 155 pour la même période en 2003), avec une propagation du virus à 12 pays auparavant exempts de polio en 2003 et 2004. Enfin, les indicateurs de surveillance et la détection d'une lignée «orpheline» de poliovirus au Soudan apportent la preuve de l'existence actuelle de lacunes dans la surveillance de cette zone géographique clé.

Il est clair que les activités de vaccination supplémentaire et de surveillance doivent atteindre un niveau de qualité très élevé, en particulier dans les zones à haut risque où le virus se transmet. Il apparaît que dans des zones du monde spécifiques, telles que l'Uttar Pradesh (Inde) et certaines parties de l'Égypte, où la densité de population est extrêmement forte et la transmission du poliovirus sauvage très efficace, le travail à effectuer pour arrêter la transmission du virus doit répondre à des critères de qualité beaucoup plus exigeants que dans certaines autres régions. Dans ces zones de transmission persistante, il faut atteindre systématiquement les plus jeunes enfants au cours des tournées de vaccination pour leur administrer un vaccin approprié, permettant de les protéger et d'interrompre la transmission.

Recommendations

1. Le Comité consultatif spécial exhorte l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite à entretenir le sens de l'urgence développé en 2004. Reconnaissant que les stratégies nationales spécifiques sont mises en place par des groupes techniques consultatifs existants, propres au pays ou à la région (TAG), le Comité approuve les priorités programmatiques mondiales suivantes pour le restant de l'année 2004 et la première moitié de l'année 2005:
 - L'arrêt de la transmission en Asie, par une amélioration de la qualité des tournées de vaccination nationales/subnationales

tion rounds and mop-up campaigns (approximately every 6 weeks) with a particular focus on remaining areas of transmission, reaching the youngest children, and ensuring district-specific focus and accountability.

- Synchronize national immunization days (NIDs) in 23 countries in west, central and the Horn of Africa in the last quarter of 2004, followed by an additional 4–6 full SIA rounds in 2005 (potential activities for the second half of 2005 should be reviewed in mid-year).
- Revise the supplementary immunization strategy in Egypt (informed by planned operational research), including conducting 6-weekly, full NIDs until mid-2005.
- Enhance quality of surveillance in west and central Africa, and in Horn of Africa countries.

These activities may benefit from selective use of new strategies to enhance the impact of SIAs (see below).

2. To assist the development of programme priorities, given the implications of transmission of imported wild polioviruses, the following nomenclature should be used for countries and areas detecting wild poliovirus (infected countries/areas):

- endemic countries/areas – continuing circulation of indigenous wild polioviruses (currently Afghanistan, Egypt, India, Niger, Nigeria and Pakistan);
- countries/areas with re-established transmission – circulation of imported virus for >6 months (currently Burkina Faso, Chad, Côte d'Ivoire and Sudan);
- countries/areas with importations – imported virus but circulation for ≤6 months.

3. Given the importance of the TAGs formed to review individual country polio eradication programmes in endemic countries and provide recommendations on strategies and actions, a TAG for Niger should be formed as soon as possible. Additionally, TAGs should be established for selected countries with re-established transmission, in particular for Chad.

1.2 Enhancing the impact of SIAs

Afghanistan, Egypt, India and Pakistan have now implemented intensified efforts, relying on high-level political oversight, increased frequency of mass immunization campaigns, and concentration on the quality of the activity to effectively reach target children. As noted above, the impact of these efforts has been noticeable, but as yet there remain gaps in quality in some critical endemic areas, resulting in continuing transmission of wild poliovirus.

In order to interrupt the continuing transmission, the quality of SIAs in infected countries, particularly in the

régulières et des campagnes de ratissage (toutes les 6 semaines environ), l'accent étant mis particulièrement sur les zones de transmission résiduelle, sur la vaccination des plus jeunes enfants, ainsi que sur la définition des priorités et la justification des actions à l'échelle du district.

- Les journées nationales de vaccination (JNV) synchronisées, organisées dans 23 pays africains (Afrique occidentale, Afrique centrale et Corne de l'Afrique) au cours du dernier trimestre 2004, qui seront suivies de 4 à 6 autres tournées complètes d'activités de vaccination supplémentaire en 2005 (il convient de réexaminer vers mi-2005 les activités susceptibles d'être menées à bien pendant la seconde moitié de l'année).
- La révision de la stratégie de vaccination supplémentaire en Égypte (bénéficiant de l'éclairage apporté par la recherche opérationnelle planifiée), y compris l'organisation de JNV complètes, à raison de 6 par semaine, jusqu'à la première moitié de l'année 2005.
- L'amélioration de la qualité de la surveillance dans les pays d'Afrique centrale et occidentale et de la corne de l'Afrique.

Ces activités peuvent bénéficier de l'utilisation sélective des nouvelles stratégies destinées à renforcer l'impact des AVS (voir ci-après).

2. Pour faciliter la formulation des priorités programmatiques, compte tenu des implications de la transmission de poliovirus sauvages importés, il convient d'utiliser la terminologie suivante pour les pays et les zones dans lesquels on détecte des poliovirus sauvages (pays/ zones contaminés):

- Pays/zones d'endémie – circulation en cours de poliovirus sauvages autochtones (actuellement l'Afghanistan, l'Égypte, l'Inde, la Niger, le Nigéria et le Pakistan),
- Pays/zones subissant un rétablissement de la transmission – circulation de virus importés pendant plus de 6 mois (actuellement le Burkina Faso, le Tchad, la Côte d'Ivoire et le Soudan),
- Pays/zones d'importation – présence de virus importés, mais avec une durée de circulation inférieure ou égale à 6 mois.

3. Compte tenu de l'importance des TAG constitués pour examiner les différents programmes nationaux d'éradication de la poliomyélite dans les pays d'endémie et pour fournir des recommandations au sujet des stratégies et des actions, il convient de mettre sur pied dès que possible un TAG pour le Niger. En outre, la mise en place de TAG est nécessaire dans un certain nombre de pays subissant un rétablissement de la transmission, et notamment au Tchad.

1.2 Renforcement de l'impact des activités de vaccination supplémentaire

L'Afghanistan, l'Égypte, l'Inde et le Pakistan ont maintenant intensifié leur effort, intensification qui repose sur une surveillance politique à un niveau élevé, une fréquence accrue des campagnes de vaccination de masse et une concentration sur la qualité des activités visant à atteindre efficacement les enfants cibles. Comme nous l'avons noté précédemment, l'impact de ces efforts a été manifeste, mais il subsiste encore des insuffisances en matière de qualité dans certaines zones d'endémie critiques, qui se traduisent par la transmission persistante du poliovirus sauvage.

Pour interrompre cette transmission persistante, il faut améliorer la qualité des AVS dans les pays contaminés, en particulier dans les

highest risk areas, must be improved so that every eligible child is reached, using proven strategies as recommended by the TAGs for each of those countries. Additional measures to enhance the impact of SIAs by improving the immune response in vaccinated children may provide added value and maximize the chance of rapidly interrupting transmission. Options that were reviewed by the AACPE for maximizing immunity include: (i) the addition of SIA rounds using monovalent OPV (mOPV); (ii) raising the potency of trivalent OPV; and (iii) the targeted use of inactivated polio vaccine (IPV), in addition to routine OPV and SIAs, in focal areas.

Recommendations

1. All polio-infected countries should continue their efforts to improve the quality of SIAs, particularly in the highest risk areas, so that all eligible children (particularly the youngest) are reached and immunized during each SIA round.
2. In order to potentially enhance the impact of SIAs by improving the immune response in vaccinated children, WHO should immediately:
 - work to accelerate the process of regulatory approval of monovalent type 1 OPV (mOPV1), with the aim of having a product available for potential use in critical endemic areas by early 2005, as an adjunct to the existing eradication activities;
 - develop a clear rationale for the use of mOPV1, modelling the potential incremental benefits in terms of immune profile and susceptibility in the target population, and outline how mOPV could be used in a safe and effective way and in conjunction with other eradication activities, for improving immunity in vaccinated children;
 - ensure consultation between country TAGs and the AACPE to guide the potential use of mOPV in conjunction with other eradication activities.

1.3 Measures to limit the international spread of wild poliovirus

On 16 July 2004, an Ad Hoc Expert Consultative Group on Polio and Public Health convened by the Director-General of WHO recommended measures to prevent or limit the international spread of wild poliovirus. These recommendations were subsequently published in the *Weekly Epidemiological Record*.² The AACPE considers the recommendations of the Ad Hoc Consultative Group on measures to prevent or limit the international spread of wild poliovirus to be a good foundation for use by WHO and countries. However, specific situations in the future will require modification of these measures, depending on particular circumstances.

² See No. 32, 2004, pp. 289-300.

zones à haut risque, de manière à atteindre tout enfant ayant besoin d'être vacciné en recourant à des stratégies éprouvées, comme le recommandent les TAG pour ces pays. Des mesures complémentaires visant à renforcer l'impact des activités de vaccination supplémentaire en améliorant la réponse immunitaire des enfants vaccinés peuvent apporter un supplément de valeur et maximiser les chances d'interrompre rapidement la transmission. Les options visant à renforcer au maximum l'immunité examinées par le Comité consultatif spécial comprennent: (i) l'introduction de tournées d'activités de vaccination supplémentaire avec le VPO monovalent, (ii) le renforcement de l'activité du VPO trivalent et (iii) l'usage ciblé du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI), en plus du VPO et des activités de vaccination supplémentaire habituels, dans des zones localisées.

Recommandations

1. Tous les pays contaminés par la polio doivent poursuivre leurs efforts pour améliorer la qualité des AVS, notamment dans les zones à haut risque, de manière à atteindre tous les enfants devant être immunisés (en particulier les plus jeunes) et à les vacciner pendant chaque tournée d'AVS.
2. Pour améliorer potentiellement l'impact des AVS en renforçant la réponse immunitaire des enfants vaccinés, l'OMS doit immédiatement:
 - œuvrer à l'accélération du processus d'approbation réglementaire du vaccin antipoliomyélitique oral monovalent type 1 (VPOm1), dans le but de disposer d'un produit utilisable dans les zones d'endémie critiques d'ici le début de l'année 2005, en tant que complément des activités d'éradication existantes,
 - mettre au point un argumentaire clair pour l'utilisation du VPOm1, modélisant les bénéfices supplémentaires potentiels en termes de profil immunitaire et de sensibilité de la population cible, et décrire dans les grandes lignes comment le VPOm pourrait être utilisé d'une manière sûre et efficace, en association avec d'autres activités d'éradication, pour renforcer l'immunité des enfants vaccinés,
 - organiser une consultation entre les TAG nationaux et le Comité consultatif spécial sur l'éradication de la poliomyélite en vue de guider l'utilisation potentielle du VPOm en association avec d'autres activités d'éradication.

1.3 Mesures destinées à limiter la propagation internationale du poliovirus sauvage

Le 16 juillet 2004, un Comité consultatif spécial sur la poliomyélite et la santé publique, convoqué par le Directeur général de l'OMS, a recommandé des mesures visant à prévenir ou à limiter la propagation internationale du poliovirus sauvage. Ces recommandations ont ensuite été publiées dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire*.² Le Comité consultatif spécial sur l'éradication de la poliomyélite considère les recommandations du Comité consultatif spécial sur la poliomyélite et la santé publique au sujet des mesures destinées à prévenir ou à limiter la propagation internationale du poliovirus sauvage comme une bonne base pour la mise en œuvre de ces mesures par l'OMS et les pays. Il sera néanmoins nécessaire à l'avenir de modifier ces mesures pour répondre à des situations spécifiques, en fonction de circonstances particulières.

² Voir N°32, 2004, pp. 289-300.

Recommendations

1. The WHO Executive Board should be informed of the existing recommendations on measures for limiting the international spread of wild poliovirus and the proposed mechanism (i.e. consultation with the AACPE) for their future implementation.
2. The current recommended measures should be considered as generic. These measures may guide future actions in response to episodes of international spread, but will need to be revised and adapted according to specific situations. These recommendations could also form the basis of national decisions on measures to limit internal spread of wild poliovirus from endemic to polio-free areas.
3. Specific consultations should be held with the AACPE on the implementation of measures to limit the international spread of wild poliovirus, if such measures are needed in the future.

2 Plans for globally coordinated cessation of the use of OPV

The implicit promise of any eradication programme is to end the intervention once the causative agent for the disease has been eradicated. In the early years of polio eradication, it was anticipated that following global certification, immunization would simply stop. Since then it has become clear that for immunization to stop, certain conditions need to be met to reduce the risks associated with stopping. In particular, given what is now known about vaccine-derived polioviruses (VDPVs),³ the process of stopping the use of OPV globally needs to be carefully planned and coordinated.

In September 2003, a WHO Informal Consultation on identification and management of VDPVs concluded that after eradication of wild poliovirus, continued use of OPV would compromise the goal of a polio-free world. The report called for a comprehensive strategy for safely stopping OPV use as soon as possible after global eradication of wild poliovirus, when population immunity and surveillance sensitivity are expected to be high. The earliest possible time for safe cessation of OPV use would be at or around the time that all 6 WHO regions are declared free of wild poliovirus transmission, i.e. 3 years after detection of the last wild poliovirus worldwide. The process of preparing the world for OPV cessation has therefore been reduced to a very short time period.

The risks of paralytic poliomyelitis occurring in the post-eradication era fall into 2 major categories:

- risks related to the use of OPV;
- risks associated with the unsafe handling of polioviruses.

³ Final report of the WHO Informal Consultation on identification and management of vaccine-derived polioviruses. Geneva, 3–5 September 2003 (in press).

Recommandations

1. Le Conseil exécutif de l'OMS doit être informé des recommandations existantes au sujet des mesures destinées à limiter la propagation internationale du poliovirus sauvage et du mécanisme proposé (c'est-à-dire la consultation avec le Comité consultatif spécial sur l'éradication de la poliomyélite) en vue de leur application future.
2. Les mesures actuellement recommandées doivent être considérées comme génériques. Elles pourront guider les actions futures en réponse à des épisodes de propagation internationale, mais elles devront être révisées et adaptées en fonction de situations spécifiques. Elles pourraient aussi constituer le fondement de décisions nationales au sujet des mesures destinées à limiter la propagation interne du poliovirus sauvage des zones d'endémie à celles exemptes de polio.
3. Il convient d'organiser des consultations spéciales avec le Comité consultatif spécial sur l'éradication de la poliomyélite concernant la mise en œuvre des mesures destinées à limiter la propagation internationale du poliovirus sauvage, au cas où de telles mesures seraient nécessaires à l'avenir.

2. Plans d'arrêt coordonné au niveau mondial de l'utilisation du VPO

Tout programme d'éradication promet implicitement la fin de la vaccination une fois l'agent causal de la maladie éradiqué. Dans les premières années où s'amorçait l'éradication de la polio, on s'attendait à ce qu'une fois l'éradication de la maladie certifiée à l'échelle planétaire, la vaccination puisse simplement s'arrêter. Depuis, il est devenu clair que l'arrêt de la vaccination exige que certaines conditions visant à réduire les risques liés à cet arrêt soient remplies. En particulier, compte tenu de ce qu'on sait actuellement sur les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV),³ le processus d'arrêt de la vaccination par le VPO doit faire l'objet d'une planification et d'une coordination soigneuses.

En septembre 2003, la Consultation informelle de l'OMS sur l'identification et la gestion des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale a conclu qu'une fois le poliovirus sauvage éradiqué, la poursuite de l'utilisation du VPO compromettrait l'objectif d'un monde exempt de polio. Le rapport de la consultation a appelé à l'élaboration d'une stratégie complète pour l'arrêt sans risque de la vaccination par le VPO dès que possible après l'éradication mondiale du poliovirus sauvage, à un moment où l'on pourrait s'attendre à une forte immunité de la population et à une grande sensibilité de la surveillance. La date la plus proche possible pour un arrêt sans risque du VPO se situerait au moment ou autour du moment où l'ensemble des 6 régions de l'OMS seraient déclarées exemptes de transmission du poliovirus sauvage, c'est-à-dire 3 ans après le dépistage du dernier poliovirus sauvage dans le monde. Le processus de préparation du monde à l'arrêt du VPO a donc été ramené à une durée très courte.

Les risques de poliomyélite paralytique intervenant pendant la période postérieure à l'éradication se répartissent en deux catégories principales:

- risques liés à l'utilisation du VPO, et
- risques associés à la manipulation sans précaution de poliovirus.

³ Final report of the WHO Informal Consultation on identification and management of vaccine-derived polioviruses. Genève, 3-5 septembre 2003. Organisation mondiale de la Santé (sous presse).

These risks, and their potential consequences, will change substantially over time. This variability is the result of several factors, including policy decisions at the international level on future immunization, surveillance and laboratory containment; the degree to which such policies are implemented at national and subnational levels; and the development of additional tools for addressing each risk. These progressive changes fall into a series of 3 periods:

- before OPV cessation – the 3 years after detection of the last wild poliovirus and before cessation of OPV use;
- during OPV cessation – the 3 or more years immediately after global cessation of OPV use;
- after OPV cessation – the period starting 3 or more years after cessation of OPV use and detection of the last VDPV (when the risk of undetected circulating VDPV and VDPV associated with an immunodeficient person (iVDPV) is considered to be minimal).

Each period presents different risks and requires a range of different activities at national and international level.

Reducing the risks of poliomyelitis during and after OPV cessation must be achieved through the immediate and simultaneous development and phased implementation of strategies covering 5 major areas of activity:

- containment and control of poliovirus infectious materials, including wild and vaccine polioviruses and VDPVs, in laboratories and vaccine production facilities;
- continued high-quality surveillance for poliomyelitis and poliovirus, and maintenance of systems for outbreak detection and investigation;
- coordinated cessation of OPV use, including recall and destruction, or centralized safe storage, of distributed OPV stocks;
- continued capacity for outbreak response, including establishment and maintenance of polio vaccine stockpiles;
- finalization and implementation of national decisions on long-term polio immunization policy.

Recommendations

1. A comprehensive package of information covering the synchronized and coordinated cessation of OPV use, storage/containment of polioviruses, and establishment/use of a stockpile of vaccine should be submitted to the World Health Assembly in May 2005 as background to proposed resolutions, and for broader communication purposes to achieve a global consensus on cessation of OPV. As a first step, the WHO Executive Board meeting in January 2005 should be informed of the recommendations of the AACPE.
2. In order to prepare for OPV cessation, WHO should ensure that all countries, particularly those in regions currently certified as polio free, complete Phase I containment activities (national laboratory survey and inventory), conduct a quality assessment of the work, and provide complete documentation to Regional Certi-

Ces risques, et leurs conséquences potentielles, évolueront fortement au cours du temps. Cette variabilité résulte de plusieurs facteurs, dont les décisions politiques futures au plan international concernant la vaccination, la surveillance et le confinement en laboratoire, le degré de mise en œuvre de ces politiques aux niveaux national et subnational et la mise au point d'outils supplémentaires pour faire face à chacun des risques. Ces évolutions progressives s'inscriront dans une série de trois périodes:

- Avant l'arrêt du VPO – les 3 années suivant la détection du dernier poliovirus sauvage et précédant l'arrêt de la vaccination par le VPO,
- Pendant l'arrêt du VPO – les 3 années ou plus succédant immédiatement à l'arrêt mondial de la vaccination par le VPO,
- Après l'arrêt du VPO – la période débutant 3 ans ou plus après l'arrêt de la vaccination par le VPO et la détection du dernier PVDV (lorsque le risque de PVDVc ou de PVDVi non détecté sera considéré comme minimal).

Chaque période comporte différents risques et requiert une gamme d'activité diverses aux niveaux national et international.

La réduction du risque de poliomyélite pendant et après l'arrêt du VPO passe par le développement immédiat et simultané et la mise en œuvre par étapes de stratégies couvrant cinq domaines principaux d'activité:

- le confinement et le contrôle des matériaux infectieux contenant des poliovirus, et notamment des poliovirus sauvages et des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale, dans les laboratoires et les installations de fabrication de vaccins,
- la poursuite d'une surveillance de haute qualité au sujet de la poliomyélite et du poliovirus, ainsi que le maintien des systèmes de détection des flambées et d'enquête sur ces phénomènes,
- l'arrêt coordonné de la vaccination par le VPO, y compris le rappel et la destruction, ou le stockage centralisé en lieu sûr, des stocks de VPO distribués,
- le maintien de la capacité de riposte en cas de flambée, c'est-à-dire notamment la constitution et la conservation de stocks de vaccin antipoliomyélique,
- la finalisation et la mise en œuvre des décisions nationales sur la politique à long terme de vaccination contre la polio.

Recommandations

1. Un dossier d'information complet, couvrant l'arrêt synchronisé et coordonné de la vaccination par le VPO, le stockage et le confinement des poliovirus, ainsi que la constitution et l'utilisation d'un stock de vaccins, devra être soumis à l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2005, pour servir de base aux résolutions proposées et à une communication plus large visant à dégager un consensus mondial au sujet de l'arrêt du VPO. Dans une première étape, il conviendra d'informer la réunion du Conseil exécutif de l'OMS, qui se tiendra en janvier 2005, des recommandations du Comité consultatif spécial sur l'éradication de la poliomyélite.
2. Pour préparer l'arrêt de la vaccination par le VPO, il convient que l'OMS s'assure que tous les pays, en particulier ceux des régions actuellement certifiées comme exemptes de polio, mènent à bien les activités de confinement de phase I (enquête et inventaire dans les laboratoires nationaux), réalisent une évaluation de qualité du travail accompli et fournissent une documentation

fication Commissions. The strategy for poliovirus containment after OPV cessation should be outlined in a third edition of the *WHO global action plan for laboratory containment of wild polioviruses*. As recommended by the WHO Biosafety Advisory Group, this strategy should use the containment requirements for wild polioviruses as a basis for developing requirements and strategies for containment of all polioviruses, including Sabin strains. WHO should conduct a wide consultative process, similar to the approach used to develop previous containment policies, in order to finalize the third edition by the end of 2005.

3. The use of OPV following cessation, including the establishment of a vaccine stockpile that is accessible and acceptable to countries, should be guided by the International Health Regulations (IHR) and an international oversight body which advises the Director-General of WHO on releasing live poliovirus vaccines. The AACPE would appreciate a full briefing on the IHR at their next meeting.
4. Further work is required to define the composition, size and operation of the vaccine stockpile for the OPV-cessation period, and to ensure that the stockpile and operating mechanisms are in place before OPV cessation. A final draft of the proposed stockpile framework should be available by mid-2005. Full and assured advance funding for the stockpile should urgently be sought to allow WHO to engage manufacturers in development of the necessary vaccines while sufficient production capacity is still available.
5. The draft national OPV cessation guidelines should be finalized and tested through interaction with national immunization policy-makers in selected countries. The revised version should be shared with the AACPE in November 2004. These broad guidelines should be finalized by mid-2005.
6. The AACPE encourages WHO to continue to identify and address remaining gaps in knowledge (iVDPV prevalence, risks associated with each type of mOPV, relevance of "other" VDPVs, review of historical data on use of IPV in outbreak response) that may contribute to more informed decision-making on the process of stopping OPV use, reducing risks in the post-cessation period and developing capacity to respond to any events during that period.
7. The AACPE is encouraged by the prospect of a potentially effective IPV using Sabin poliovirus strains, and urges acceleration of studies to demonstrate safety and protective efficacy. An update on the status of Sabin-IPV, including the current situation (protective efficacy in monkeys and transgenic mice, production and licensing issues, and documentation of attenuation), the prospects for its development and use, and remaining questions to be answered, should be prepared by WHO by the end of 2004. ■

complète aux Commissions de certification régionales. La stratégie de confinement des poliovirus une fois la vaccination par le VPO interrompue devra être définie dans ses grandes lignes dans une 3^e édition du *WHO Global action plan for laboratory containment of wild polioviruses*. Comme le recommande le Groupe consultatif sur la biosécurité de l'OMS, cette stratégie doit utiliser les exigences de confinement s'appliquant aux poliovirus sauvages comme base pour la mise au point d'exigences et de stratégies pour le confinement de tous les poliovirus, y compris les souches Sabin. Il convient que l'OMS organise un large processus consultatif, similaire à la démarche appliquée pour développer les politiques de confinement antérieures, pour finaliser le 3^e plan d'action mondial d'ici la fin de l'année 2005.

3. L'arrêt de la vaccination par le VPO, et notamment la constitution d'un stock de vaccin accessible et acceptable pour tous les pays, doit être guidé par le Règlement sanitaire international (RSI) et par un organisme de surveillance international, qui conseillera le Directeur général de l'OMS au sujet de l'abandon des vaccins antipoliomyélitiques vivants. Le Comité consultatif spécial sur l'éradication de la poliomyélite apprécierait la tenue d'une séance d'information complète sur le RSI lors de sa prochaine réunion.
4. Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour définir la composition, l'ampleur et le fonctionnement du stock de vaccins destiné à la période précédant l'arrêt du VPO et pour s'assurer que le stock et ses mécanismes de fonctionnement seront en place avant cet arrêt. Un projet final de proposition pour le cadre de gestion de ce stock devra être disponible mi-2005. Il convient de rechercher d'urgence un financement complet et préalablement garanti pour le stock de vaccins, de façon à permettre à l'OMS d'engager les fabricants dans la mise au point des vaccins nécessaires pendant qu'une capacité de production suffisante est encore disponible.
5. Il convient de parachever le projet de directives nationales pour l'arrêt du VPO et de le tester à travers les relations avec les décideurs nationaux en matière de politique vaccinale d'un certain nombre de pays. La version révisée doit être communiquée au Comité consultatif spécial sur l'éradication de la poliomyélite en novembre 2004. Ces directives générales doivent être finalisées d'ici mi-2005.
6. Le Comité consultatif spécial sur l'éradication de la poliomyélite encourage l'OMS à continuer d'identifier et à combler les lacunes restantes dans les connaissances (prévalence des PVDVi, risques associés à chaque type de VPO monovalent, importance des «autres» PVDV, revue des données historiques concernant l'utilisation du VPI dans le cadre d'une riposte à une flambée), cet effort pouvant contribuer à une prise de décisions mieux informée au sujet du processus d'arrêt de la vaccination par le VPO, à une diminution des risques pendant la période postérieure à l'arrêt et à la constitution de capacités permettant de réagir à toute éventualité pendant cette période.
7. Le Comité consultatif spécial sur l'éradication de la poliomyélite est encouragé par la perspective de pouvoir fabriquer un VPI potentiellement efficace à partir de souches de poliovirus de type Sabin et incite à accélérer les études destinées à démontrer l'innocuité et l'efficacité protectrice de ce vaccin. Il convient que l'OMS prépare, d'ici à fin 2004, un point actualisé sur le VPI Sabin couvrant la situation actuelle (efficacité protectrice chez le singe et les souris transgéniques, questions relatives à la production et à l'autorisation, documentation de l'atténuation), les questions restant à éclaircir et les perspectives de développement et d'utilisation. ■

Influenza

Canada.¹ Influenza activity remained generally low. One outbreak was reported in a long-term care facility during week 43. In addition, an outbreak associated with influenza A(H3N2) viruses was reported on a cruise ship travelling from New York to Montreal between 1 and 11 October 2004.

Hong Kong Special Administrative Region of China.¹ Low levels of influenza activity were reported during week 43.

Other reports. During week 43, low influenza activity was reported from Argentina,¹ Australia,² Mexico, Ukraine, the United Kingdom¹ and the United States.¹

¹ See No. 44, pp. 399–400.

² See No. 41, p. 376.

Grippe

Canada.¹ L'activité grippale est restée généralement faible. Une flambée de grippe a été signalée dans un établissement médical pour longs séjours au cours de la semaine 43. D'autre part, une flambée associée à des virus grippaux de type A(H3N2) a été signalé sur un bateau de croisière se rendant de New York à Montréal entre le 1^{er} et 11 octobre 2004.

Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine.¹ De faibles niveaux d'activité grippale ont été signalés au cours de la semaine 43.

Autres rapports. Au cours de la semaine 43, une faible activité grippale a été signalée par l'Argentine, l'Australie,² les États-Unis,¹ le Mexique, le Royaume-Uni¹ et l'Ukraine.

¹ Voir N° 44, pp. 399-400.

² Voir N° 41, p. 376.

WHO web sites on infectious diseases – updated on 30 October 2004* Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses – mis à jour le 30 octobre 2004*

Antimicrobial resistance information bank	http://oms2.b3e.jussieu.fr/arinfobank/	Banque de données sur la pharmacorésistance
Buruli ulcer	http://www.who.int/gtb-buruli	Ulcère de Buruli
Cholera	http://www.who.int/csr/disease/cholera	Choléra
Deliberate use of biological and chemical agents	http://www.who.int/csr/delibepidemics/	Usage délibéré d'agents chimiques et biologiques
*Dengue (DengueNet)	http://who.int/denguenet	Dengue (DengueNet)
Eradication/elimination programmes	http://www.who.int/infectious-disease-news/	Programmes d'éradication/élimination
Filariasis	http://www.filariasis.org	Filariose
Geographical information systems (GIS)	http://www.who.int/csr/mapping/	Systèmes d'information géographique
Global atlas of infectious diseases	http://globalatlas.who.int	Atlas mondial des maladies infectieuses
*Health topics	http://www.who.int/topics	La santé de A à Z
*Influenza network (FluNet)	http://who.int/flunet	Réseau grippe (FluNet)
Integrated management of childhood illnesses	http://www.who.int/chd/	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
International Health Regulations	http://www.who.int/csr/ihr/en/	Règlement sanitaire international
<i>International travel and health</i>	http://www.who.int/ith/	<i>Voyages internationaux et santé</i>
Intestinal parasites	http://www.who.int/wormcontrol/	Parasites intestinaux
*Leishmaniasis	http://www.who.int/leishmaniasis	*Leishmaniose
Leprosy	http://www.who.int/lep/	Lèpre
Malaria	http://www.rbm.who.int	Paludisme
Newsletter (<i>Action against infection</i>)	http://www.who.int/infectious-disease-news/	Bulletin (<i>Agir contre les infections</i>)
Outbreaks	http://www.who.int/csr/don	Flambées d'épidémies
Poliomyelitis	http://www.who.int/gpv/	Poliomyélite
Rabies network (RABNET)	http://www.who.int/rabies	Réseau rage (RABNET)
<i>Report on infectious diseases</i>	http://www.who.int/infectious-disease-report/	<i>Rapport sur les maladies infectieuses</i>
Salmonella surveillance network	http://www.who.int/salmsurv	Réseau de surveillance de la salmonellose
Smallpox	http://www.who.int/csr/disease/smallpox/	Variole
Surveillance and response	http://www.who.int/csr/	Surveillance et action
Tropical disease research	http://www.who.int/tdr/	Recherche sur les maladies tropicales
Tuberculosis	http://www.who.int/gtb/ and/et http://www.stoptb.org	Tuberculose
Vaccines	http://www.who.int/gpv/	Vaccins
<i>Weekly Epidemiological Record</i>	http://www.who.int/wer/	<i>Relevé épidémiologique hebdomadaire</i>
WHO Office in Lyon	http://www.who.int/csr/labepidemiology	Bureau de l'OMS à Lyon
*WHO Pesticide Evaluation Scheme (WHOPES)	http://www.who.int/whopes	Schéma OMS d'évaluation des pesticides (WHOPES)
WHO Mediterranean Centre, Tunis	http://wmc.who.int	Centre méditerranéen de l'OMS, Tunis

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 29 October to 4 November 2004 / Notifications de maladies reçues du 29 octobre au 4 novembre 2004

Cholera / Choléra

Africa / Afrique	Cases / Deaths Cas / Décès	
Burundi	1-25.X	0
.....	130	
Senegal / Sénégal	4-31.X	2
.....	128	
United Republic of Tanzania / République-Unie de Tanzanie	16-22.X	13
.....	278	

Europe	Cases / Deaths Cas / Décès
Germany / Allemagne	1.I-15.X
.....	3(i)
(i) imported case – cas importé	

Yellow fever / Fièvre jaune

Africa / Afrique	Cases / Deaths Cas / Décès
Burkina Faso	5-8.X
.....	1