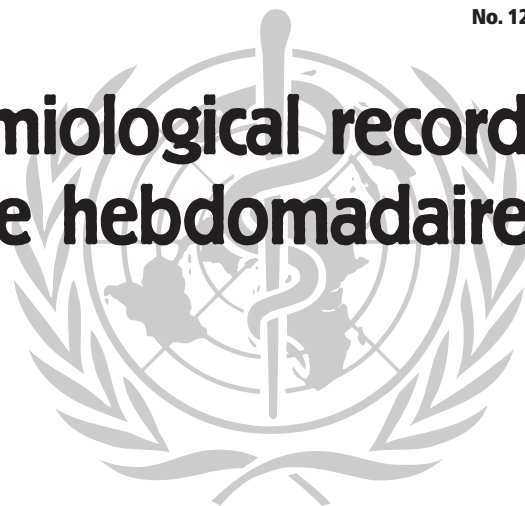


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

25 MARCH 2005, 80th YEAR / 25 MARS 2005, 80^e ANNÉE

No. 12, 2005, 80, 101–112

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

Contents

101 Outbreak news:

- Acute fever and rash syndrome, Nigeria
- Suspected acute haemorrhagic fever syndrome, Angola
- Suspected myocarditis, Sri Lanka

102 Progress towards poliomyelitis eradication in Afghanistan and Pakistan, January 2004 to February 2005

107 Performance of acute flaccid paralysis (AFP) surveillance and incidence of poliomyelitis, 2003–2004

110 Influenza

112 WHO web sites on infectious diseases

112 International Health Regulations

Sommaire

101 Le point sur les épidémies:

- Syndrome fébrile aigu et éruptif, Nigéria
- Fièvre hémorragique aiguë présumée, Angola
- Myocardite présumée, Sri Lanka

102 Progrès vers l'éradication de la poliomyélite en Afghanistan et au Pakistan, janvier 2004 à février 2005

107 Fonctionnement de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) et incidence de la poliomyélite, 2003–2004

110 Grippe

112 Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses

112 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 334.–

5.000 3.2005

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Acute fever and rash syndrome, Nigeria

In March 2005, WHO had received reports of 1118 cases including 76 deaths (case-fatality rate, 6.8%) reported in 12 Local Government Areas of Adamawa State, Nigeria, as of 28 February 2005. The cases have been clinically diagnosed as measles but no laboratory diagnosis has been made to date. Other States, including Gombe, Jigawa, Kaduna, Kano, and Kebbi have all reported outbreaks of measles.

Vaccine is reported to be available in Adamawa State, although other essential supplies for an immunization campaign are lacking. The WHO Regional Office for Africa is investigating the situation.

Suspected acute haemorrhagic fever syndrome, Angola

From January to 15 March 2005, 39 deaths of suspected acute haemorrhagic fever syndrome have been reported to WHO from Uige Province in northern Angola.

A task force has been put in place at the national level and laboratory samples have been collected for analysis. The WHO country office is supporting the Ministry of Health. Active surveillance and retrospective analysis is in place.

The WHO Regional Office for Africa (AFRO) has alerted members of the AFRO rapid response network and staff from the AFRO Inter-country Programme for Southern Africa are planning to bring supplies of protective equipment for the investigation and management of suspected cases.

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Syndrome fébrile aigu et éruptif, Nigéria

En mars 2005, l'OMS a reçu des rapports faisant état de 1118 cas de ce syndrome au 28 février 2005, dont 76 mortels (taux de létalité, 6,8%) notifiés dans 12 *Local Government Areas* de l'Etat d'Adamawa (Nigéria). Ces cas ont été diagnostiqués cliniquement comme étant des cas de rougeole, mais aucun diagnostic de laboratoire n'a encore été posé à ce jour. D'autres Etats, notamment ceux de Gombe, de Jigawa, de Kaduna, de Kano et de Kebbi ont rapporté des flambées de rougeole.

Il a été indiqué que le vaccin était disponible dans l'État d'Adamawa, mais les autres fournitures essentielles nécessaires à une campagne de vaccination font défaut. Le Bureau régional OMS de l'Afrique étudie la situation.

Fièvre hémorragique aiguë présumée, Angola

Entre le 1^{er} janvier et le 15 mars 2005, 39 décès causés par une fièvre hémorragique aiguë présumée ont été notifiés à l'OMS, décès qui sont survenus dans la province d'Uige, au nord de l'Angola.

Un groupe spécial a été mis en place à l'échelon national et des échantillons de laboratoire ont été recueillis pour analyse. Le bureau de l'OMS dans ce pays apporte son appui au Ministère de la Santé. Une surveillance active et une analyse rétrospective sont en place.

Le Bureau régional OMS de l'Afrique (AFRO) a alerté les membres du réseau d'action rapide d'AFRO, et le personnel du Programme inter pays AFRO pour l'Afrique australe prévoit l'acheminement d'équipements de protection pour l'analyse et la prise en charge de cas présumés.

Suspected myocarditis, Sri Lanka

As of 17 March 2005, the Ministry of Health of Sri Lanka had reported that suspected cases of myocarditis of unknown aetiology in Badulla and Monaragala districts and Uva province continue to be detected, although there appears to be a decline in the number of cases recorded in recent weeks.

Further field and laboratory investigations are being performed to identify the etiology. Control measures including enhanced infection control are currently being implemented.

A team from the Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN) and WHO is supporting the Epidemiology Unit of the Ministry of Health by providing additional human resources and technical support. The team consists of WHO staff from the country and Regional Office for South-East Asia, GOARN partners from the European Programme for Interventional Epidemiology Training; Health Protection Agency, London and Kent, Surrey and Sussex Deanery, United Kingdom; Ministry of Public Health, Thailand (Field Epidemiology Training Program, Bureau of Epidemiology); National University Hospital, and National University, Singapore; the National Centre for Immunization Research and Surveillance of Vaccine Preventable Diseases, Australia; and the Centres for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA. ■

Myocardite présumée, Sri Lanka

Au 17 mars 2005, Ministère de la Santé du Sri Lanka a signalé que des cas présumés de myocardite d'étiologie inconnue continuaient à être détectés dans les districts de Badulla et de Monaragala, province d'Uva, bien qu'il semble y avoir un fléchissement du nombre de cas enregistrés ces dernières semaines.

Des études approfondies sont effectuées sur le terrain et au laboratoire afin de préciser l'étiologie de ces cas. Des mesures de lutte renforcées contre l'infection sont actuellement mises en œuvre.

Une équipe du réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) et l'OMS apportent leur appui au Département Epidémiologie du Ministère de la Santé en lui fournissant des ressources humaines supplémentaires et un soutien technique. L'équipe est composée de membres du personnel du Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est et du bureau de l'OMS dans ce pays, et de membres des instances partenaires du GOARN, à savoir le Programme européen d'épidémiologie d'intervention; la Health Protection Agency, Londres et Kent, Surrey et Sussex Deanery (Royaume-Uni); le Ministère de la Santé publique de Thaïlande (Field Epidemiology Training Program, Bureau of Epidemiology); le National University Hospital et la National University de Singapour; le National Centre for Immunization Research and Surveillance of Vaccine Preventable Diseases (Australie); et les Centres for Disease Control and Prevention d'Atlanta (Etats-Unis). ■

Progress towards poliomyelitis eradication in Afghanistan and Pakistan, January 2004 to February 2005

While only 6 countries remained endemic for polio at the end of 2003, the Global Polio Eradication Initiative was affected by a resurgence of polio in 2004 originating from Nigeria, which led to the re-importation of wild poliovirus into a number of polio-free countries of West and Central Africa.¹

In contrast, there was continued progress towards interrupting wild poliovirus transmission during 2004 in Afghanistan,² India³ and Pakistan,² the only remaining polio-endemic countries in Asia. This report summarizes progress towards polio eradication in the epidemiological block of Afghanistan and Pakistan during 2004 and from January to February 2005.

Supplementary immunization activities (SIAs). Routine infant vaccination coverage with oral polio vaccine (OPV) remains low in Afghanistan and in many areas of Pakistan.² To raise population immunity to the level required to interrupt wild poliovirus transmission, both countries continued in 2004 to vaccinate children aged <5 years with additional OPV doses during large-scale house-to-house SIAs, conducted approximately every 6–8 weeks. Closely synchronized between the 2 countries, 8 SIA rounds were implemented in 2004, and 2 rounds have already been

Progrès vers l'éradication de la poliomyélite en Afghanistan et au Pakistan, janvier 2004 à février 2005

Fin 2003, la poliomyélite n'était plus endémique que dans 6 pays, mais l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a été affectée en 2004 par la résurgence de la poliomyélite en provenance du Nigeria, responsable de la réimportation du poliovirus sauvage dans plusieurs pays indemnes d'Afrique occidentale et centrale.¹

Les progrès vers l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage, en revanche, se sont poursuivis en Afghanistan,² en Inde³ et au Pakistan,² seuls pays d'endémie restants en Asie. Le présent rapport fait le point sur les progrès réalisés vers l'éradication de la poliomyélite dans le bloc épidémiologique que constituent l'Afghanistan et le Pakistan en 2004 et en janvier-février 2005.

Activités de vaccination supplémentaire. La vaccination systématique des nourrissons par le vaccin antipoliomyélique buccal (VPO) reste insuffisante en Afghanistan et dans de nombreuses zones du Pakistan.² Afin de conférer à la population le niveau d'immunité requis pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage, en 2004, les deux pays ont continué à administrer aux enfants <5 ans des doses supplémentaires de VPO moyennant des activités de vaccination supplémentaire porte-à-porte de grande envergure, organisées à des intervalles d'environ 6-8 semaines. Huit cycles d'activités de vaccination supplémentaire, étroitement

¹ See No. 28, 2004, pp. 253–254 and No. 5, 2005, pp. 42–46.

² See No. 30, 2004, pp. 273–279.

³ See No. 13, 2004, pp. 121–125.

¹ Voir N° 28, 2004, pp. 253-254 et N° 5, 2005, pp. 42-46.

² Voir N° 30, 2004, pp. 273-279.

³ Voir N° 13, 2004, pp. 121-125.

conducted in 2005 (in mid-January and early March). All SIA rounds were nationwide in scope, except for the 2004 June round in Pakistan, which targeted about 60% of the total national target, and the December 2004 and January 2005 rounds in Afghanistan, which targeted approximately 60% of children aged <5 years in selected provinces only.

In both countries, activities to further improve the quality of SIAs to reach the highest possible coverage of children aged <5 years focused on 2 main areas: advocacy with political, religious and health leaders, and, at the technical level, the continued assessment and fine-tuning of managerial and supervisory processes to improve SIA quality in the field. Advocacy efforts were crucial to maintain and further improve the commitment to and support for polio eradication of health and political leaders at national, provincial and, in particular, district level. National ministry of health teams, with WHO/UNICEF support, further improved SIA quality through continued monitoring of campaign activities and prioritized additional technical support for areas with remaining virus transmission. Extra support was also given for other areas and population groups with performance problems during SIAs, such as in security-compromised areas with difficult access during the SIA or in culturally conservative areas where access to houses for vaccination teams is difficult.

Acute flaccid paralysis (AFP) surveillance. AFP surveillance has remained sensitive and further improved overall in both Afghanistan and Pakistan. Surveillance quality is measured by 2 main indicators: the non-polio AFP rate (number of AFP cases aged <15 years per 100 000 population aged <15 years per year), should be at least 1/100 000, and the completeness and timeliness of stool specimen collection (at least 80% of AFP cases should have 2 adequate⁴ stool specimens collected). Indicators were at “certification quality” or higher in 2004 in both Afghanistan and Pakistan at the national and provincial/regional level, in Pakistan also at district level in 80% of districts. Of 121 districts in Pakistan, 24 failed to collect adequate stool specimens in 80% of reported cases. All were very low population districts.

Afghanistan achieved high non-polio AFP rates of at least 2/100 000, with collection of adequate stool specimens from >80% of AFP cases in all regions in 2004. However, non-polio AFP rates and stool collection, and therefore the overall surveillance sensitivity, are relatively low in the southern and south-eastern region. In these areas, continued security problems negatively affect field AFP surveillance, as also indicated by the recent detection of an “orphan” wild poliovirus (PV3) in the southern region (onset December 2004). Genetic data suggest that this wild PV3 has circulated undetected for more than 1 year.

Pakistan continued to conduct detailed provincial reviews of AFP surveillance quality. AFP reviews during the fourth

synchronisés entre les deux pays, ont été mis en œuvre en 2004, et deux cycles ont déjà été menés à bien en 2005 (à la mi-janvier et début mars). Tous les cycles de vaccination supplémentaire étaient d’ampleur nationale, sauf le cycle de juin 2004 au Pakistan, qui visait environ 60% de la cible nationale totale, et les cycles de décembre 2004 et janvier 2005 en Afghanistan, qui ciblaient 60% environ des enfants <5 ans dans certaines provinces seulement.

Les activités mises en œuvre dans les deux pays pour améliorer encore la qualité des activités de vaccination supplémentaire et étendre au maximum la couverture vaccinale des enfants <5 ans privilégiaient deux domaines principaux : la sensibilisation des dirigeants politiques, religieux et sanitaires, et, au niveau technique, l’évaluation continue et l’ajustement des processus gestionnaires et d’encadrement pour améliorer la qualité des activités de vaccination supplémentaire sur le terrain. Les activités de sensibilisation ont joué un rôle essentiel dans le maintien et l’amélioration de l’engagement et du soutien en faveur de l’éradication de la poliomyélite des dirigeants politiques et sanitaires aux niveaux national et provincial, et en particulier au niveau du district. Les équipes nationales du ministère de la santé, avec le soutien de l’OMS/UNICEF, ont encore amélioré la qualité des activités de vaccination supplémentaire en surveillant en permanence les activités des campagnes et en donnant la priorité aux activités de soutien technique supplémentaires dans les zones où la transmission du virus subsiste. Un soutien supplémentaire a également été apporté à d’autres zones et d’autres groupes, où les activités de vaccination supplémentaire n’ont pas donné des résultats satisfaisants, notamment les zones d’insécurité, difficiles d’accès pendant les activités de vaccination supplémentaire, ou les zones de culture conservatrice, où l’accès aux habitations est difficile pour les équipes de vaccination.

Surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA). La surveillance de la PFA est restée sensible et a généralement été améliorée en Afghanistan et au Pakistan. Deux indicateurs principaux sont utilisés pour mesurer la qualité de la surveillance: le taux de PFA non poliomyélitique (le nombre annuel de cas de PFA <15 ans pour 100 000 enfants <15 ans doit être de 1/100 000 au minimum), et la collecte, en temps voulu, de la totalité des échantillons de selles requis (deux échantillons de selles adéquats⁴ devraient être recueillis auprès de 80% au moins des cas de PFA dans les 14 jours suivant le début de la paralysie). Les indicateurs étaient «de la qualité requise pour la certification» ou supérieurs en 2004, aux niveaux national et provincial/régional, en Afghanistan comme au Pakistan et, au Pakistan, également dans 80% des districts. Sur les 121 districts du Pakistan, 24 n’ont pas recueilli des échantillons de selles adéquats pour 80% des cas signalés. Tous ces districts étaient très faiblement peuplés.

Afghanistan a obtenu des taux de PFA non poliomyélitique d’au moins 2/100 000, avec une collecte d’échantillons adéquats chez >80% des cas de PFA dans toutes les régions en 2004. Toutefois, les taux de PFA non poliomyélitique et la collecte d’échantillons de selles, et par conséquent la sensibilité générale de la surveillance, sont relativement faibles dans les régions du sud et du sud-est. Dans ces zones, des problèmes de sécurité constants affectent la surveillance de la PFA sur le terrain, comme en témoigne aussi la détection récente d’un poliovirus sauvage «orphelin» (PV3) dans le sud (apparu en décembre 2004). Les données génétiques donnent à penser que le PV3 sauvage circule depuis plus d’une année sans avoir été détecté.

Le *Pakistan* a continué à effectuer des examens détaillés de la qualité de la surveillance de la PFA dans les provinces. Les examens faits

⁴ Two specimens collected ≥ 24 hours apart, both within 14 days of paralysis onset, and shipped properly to the laboratory.

⁴ Deux échantillons recueillis à des intervalles ≥ 24 heures, dans les 14 jours suivant le début de la paralysie, et expédiés dans des conditions satisfaisantes au laboratoire.

quarter of 2004 in Balochistan and North-West Frontier Province (NWFP), where no wild poliovirus had been isolated for prolonged periods, showed good surveillance quality overall, with some need for fine-tuning of active surveillance practices, particularly in NWFP. Several measures were taken in Pakistan to increase the overall sensitivity of the surveillance system to detect wild poliovirus. The sampling of direct contacts of AFP cases was expanded to include the contacts of any child with AFP for whom stool specimen collection was inadequate, or in which there were questions about the storage and shipment of specimens of the index case. As a result, 2 virus-negative AFP cases were confirmed as polio during 2004 through isolation of wild poliovirus from direct contacts. Furthermore, surveillance teams were given training updates and new guidelines to reduce the inappropriate exclusion of AFP cases as non-AFP, one of the primary reasons for the observed increase in overall AFP reporting during the second half of 2004. However, 2004 Pakistan poliovirus sequencing data indicate that certain virus lineages continued to circulate at low levels for prolonged periods without being detected, indicating that gaps in field surveillance sensitivity probably persist in some areas, particularly in southern Punjab and Sindh.

Polio incidence. From 2003 to 2004, the number of reported polio cases decreased by almost 50% in both countries: from 8 to 4 (2 PV1 and 2 PV3) in Afghanistan and from 103 to 53 in Pakistan (46 PV1 and 7 PV3). Polio continued to affect the very young, with 60% (32/53) of cases in Pakistan and 2 of 4 cases in Afghanistan in the <24 months age group. Vaccination status of confirmed cases was reported as >3 doses of OPV received for 36 cases (67%) in Pakistan and 3 of 4 cases in Afghanistan.

Afghanistan has not detected wild PV1 for almost 1 year, the longest ever period without wild PV1 since the introduction of AFP surveillance. Two wild PV1 isolates found in early 2004 (Table 1) in the security-affected southern region belonged to the same PV1 lineage cluster found later in the year in northern Sindh and southern Punjab. Wild PV3 isolates found in May 2004 in Jalalabad, Eastern Region, and in late December 2004 near Kandahar, Southern Region, belonged to PV3 lineage clusters found in both countries in 2004; genetic sequence data indicate that the December 2004 wild PV3 lineage circulated undetected for more than a year.

Pakistan (Fig. 1). In 2004, 2 provinces (Balochistan and NWFP) experienced long virus-free intervals, even though AFP surveillance remained sensitive (Table 1) and improved overall. In Balochistan, wild poliovirus was not found for 15 months (from October 2003 to December 2004), when PV1 (genomic sequencing pending) was detected in south-eastern Balochistan, adjacent to a currently endemic district of northern Sindh. In 2004, NWFP did not detect wild poliovirus for more than 4 months, from September to December – historically the peak transmission season. The last wild poliovirus endemic to NWFP was a wild PV1 reported in June 2004. A PV1 found in early August bore a close genetic relationship to a PV1 lineage

pendant le quatrième trimestre 2004 au Baloutchistan et dans la Province de la Frontière du Nord-Ouest, où aucun poliovirus sauvage n'avait été isolé de longue date, ont montré que la surveillance, dans l'ensemble, était de bonne qualité, bien que quelques ajustements des pratiques de surveillance active soient nécessaires, en particulier dans la Province de la Frontière du Nord-Ouest. Plusieurs mesures ont été prises au Pakistan en vue d'accroître la sensibilité générale du système de surveillance pour détecter le poliovirus sauvage. La collecte d'échantillons auprès des contacts directs des cas de PFA a été étendue aux contacts des enfants présentant une PFA pour lesquels les échantillons de selles recueillis n'étaient pas adéquats, ou lorsque les conditions de conservation et d'expédition des échantillons du cas indicateur n'étaient pas satisfaisants. Deux cas de PFA négatifs pour le virus ont ainsi été confirmés comme des cas de poliomyélite en 2004 après l'isolement du poliovirus sauvage chez des contacts directs. La formation des équipes de surveillance a en outre été actualisée et de nouvelles directives leur ont été communiquées pour réduire l'exclusion de cas de PFA considérés à tort comme n'étant pas des cas de PFA, l'une des principales raisons de l'augmentation observée du nombre des cas de PFA déclarés pendant le deuxième semestre de 2004. Les données du séquençage du virus poliomyélique au Pakistan pour 2004 indiquent cependant que certaines lignées virales ont continué de circuler faiblement sur de longues périodes sans être détectées, signe du déficit de sensibilité de la surveillance sur le terrain qui subsiste probablement dans certaines zones, en particulier dans le sud du Punjab et le Sindh.

Incidence de la poliomyélite. De 2003 à 2004, le nombre des cas de poliomyélite déclarés a baissé de près de 50% dans les deux pays: de 8 à 4 (2 PV1 et 2 PV3) en Afghanistan et de 103 à 53 au Pakistan (46 PV1 et 7 PV3). La poliomyélite a continué à toucher les très jeunes enfants, 60% des cas (32/53) au Pakistan et 2 des 4 cas en Afghanistan chez les <24 mois. Selon les déclarations, 36 cas confirmés (67%) au Pakistan et 3 des 4 cas confirmés en Afghanistan avaient reçu >3 doses de VPO.

Afghanistan n'a pas détecté de PV1 sauvage depuis près d'un an, période la plus longue jamais observée sans PV1 sauvage depuis la mise en place de la surveillance de la PFA. Deux isolements de PV1 sauvage trouvés début 2004 dans la région du sud où règne l'insécurité (Tableau 1) appartenaient au groupe de lignées de PV1 trouvé ultérieurement la même année dans le nord du Sindh et dans le sud du Punjab. Des isolements de PV3 sauvage trouvés en mai 2004 à Jalalabad, Région orientale, et fin décembre près de Kandahar, Région du sud, appartenaient à des groupes de lignées de PV3 trouvés dans les deux pays en 2004; le séquençage génétique indique que la lignée de PV3 sauvage de décembre 2004 a circulé plus d'une année sans être découverte.

Pakistan (Fig. 1). En 2004, 2 provinces (le Baloutchistan et la Province de la Frontière du Nord-Ouest) ont connu de longues périodes sans virus, bien que la surveillance de la PFA soit restée sensible (Tableau 1) et ait été globalement améliorée. Au Baloutchistan, le poliovirus sauvage n'a pas été détecté pendant 15 mois (d'octobre 2003 à décembre 2004), alors que le PV1 (séquençage génomique en cours) a été détecté au sud-est du Baloutchistan, à proximité d'un district au nord du Sindh, là où la maladie est endémique. En 2004, aucun poliovirus sauvage n'a été détecté pendant plus de 4 mois dans la Province de la Frontière du Nord-Ouest (de septembre à décembre), habituellement la saison de transmission maximale. Le dernier poliovirus sauvage endémique dans la Province de la Frontière du Nord-Ouest était un PV1 sauvage signalé en juin 2004. Un PV1 détecté début août était

Table 1 **Quality of acute flaccid paralysis (AFP) surveillance and reported wild poliovirus cases, by quarter, Afghanistan and Pakistan (by province), 2004**

Tableau 1 **Qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) et cas de poliovirus sauvage déclarés, par trimestre, Afghanistan et Pakistan (par province), 2004**

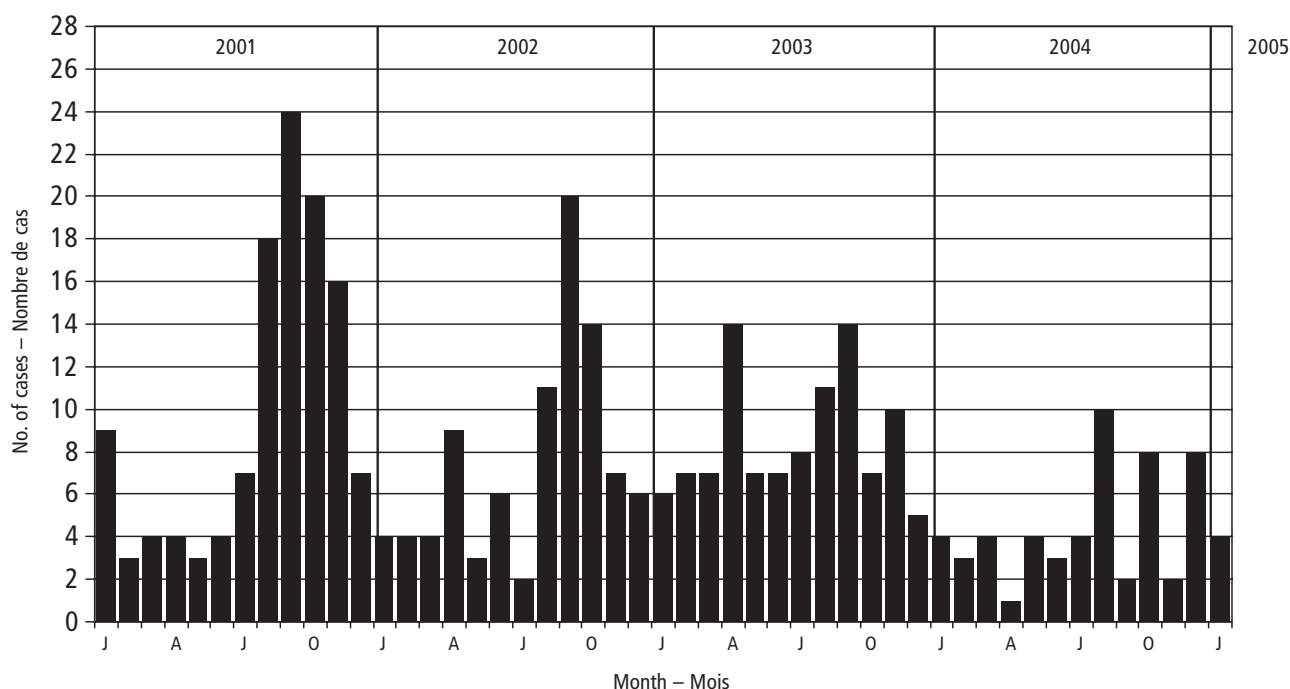
Country/province – Pays/province	AFP reporting – Déclaration de la PFA			No. of reported wild poliovirus cases – Cas de poliovirus sauvage déclarés				No. of 2004 cases by poliovirus type – 2004 Cas par type de poliovirus (PV)		Total
	Total no. of AFP cases – Total PFA	Non-polio AFP rate – Taux PFA non poliomyéлитique	% AFP cases with adequate specimens – % PFA avec échantillons adéquats	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	PV1	PV3	
Afghanistan	683	4.5	92.6	2	1	–	1	2	2	4
Pakistan	2615	3.5	88	11	8	16	18	46	7	53
Balochistan – Baloutchistan	154	4.1	82	–	–	–	1	1	–	1
NWFP ^a	457	3.8	86	3	4	1	–	6	2	8
Punjab	1207	3.2	90	3	–	5	8	13	3	16
Sindh	731	1.5	82	5	4	10	9	26	2	28
Other ^b - Autres ^b	72	2.7	93	–	–	–	–	–	–	–

^a NWFP = North-West Frontier Province. – NWFP = Province de la Frontière du Nord-Ouest.

^b Azad Jammu and Kashmir, federally administered northern areas, and Islamabad. – Azad Jammu et Cachemire, zones septentrionales sous administration fédérale, Islamabad.

Fig. 1 **Confirmed cases of poliomyelitis, by month, Pakistan, 2001–2005^a**

Fig. 1 **Cas de poliomyélite confirmés, par mois, Pakistan, 2001-2005^a**



^a Data as of 5 March 2005. – Données au 5 mars 2005.

cluster co-circulating in Sindh. A recently reported wild PV1 case with onset in Peshawar, NWFP, in January 2005, was genetically linked to a PV1 circulating previously in the Peshawar valley and most recently detected in April 2004.

Punjab, the most densely populated province, reported 3 cases during the first half of 2004 and 14 cases, mainly from southern Punjab, during the second half. Genetic sequencing data suggest that several of the viruses found in

très proche génétiquement d'un groupe de lignées de PV1 co-circulant dans le Sindh. Un cas de PV1 sauvage déclaré récemment apparu à Peshawar, Province de la Frontière du Nord-Ouest, en janvier 2005 était génétiquement lié à un PV1 qui circulait auparavant dans la vallée de Peshawar, et détecté pas plus tard qu'en avril 2004.

Le Punjab, province la plus peuplée, a déclaré 3 cas pendant le premier semestre et 14 cas, principalement dans le sud, pendant le deuxième semestre 2004. Les données du séquençage génétique indiquent que plusieurs des virus observés au Punjab étaient directe-

Punjab were directly imported from NWFP and Sindh; however, sequence analysis also shows that at least 2 wild PV1 and 1 wild PV3 lineage clusters found in Punjab in 2004 must have circulated without detection for prolonged periods. In 2004, Sindh became the most consistently virus-endemic province. Virus circulation in Sindh in 2004 occurred primarily in the north of the province in the first and in central-south Sindh in the second half of the year. Transmission into the low-transmission season continues in early 2005 in both southern Punjab (2 wild PV1 cases) and Sindh (2 wild PV1 cases).

Editorial note. Together with India, Afghanistan and Pakistan progressed further towards polio eradication in 2004. The epidemiological situation in Afghanistan and Pakistan improved considerably overall in 2004 compared with 2003. In addition to reporting 50% fewer cases in 2004 compared with 2003 in both countries, wild poliovirus was not reported for increasingly long intervals in Balochistan and NWFP, while sensitive surveillance was maintained.

Faced with the continued challenge of preparing, implementing and evaluating very large nationwide immunization rounds, both countries managed, in most areas, to maintain and further improve SIA quality. Polio teams also use SIA monitoring activities to rapidly identify low-performing areas and to rectify problems immediately during the round, or in time before the next round of SIAs. AFP systems in both countries have reached certification quality in most areas and are continuously reviewed and improved to detect gaps in surveillance quality and react to them quickly.

However, serious challenges remain to reaching the goal. Continued wild poliovirus transmission in parts of both countries, particularly in the southern region of Afghanistan and in the province of Sindh in Pakistan, indicates that SIAs still do not produce levels of population immunity required for the interruption of the last remaining chains of transmission. As transmission decreases overall, it has become even more challenging to find the remaining chains of virus transmission; reliable detection of virus at this point requires further increases in the overall sensitivity of the surveillance system. The identification of orphan viruses in high-risk areas of both countries shows that AFP systems may still not operate at the needed level of heightened sensitivity.

The achievements towards eradicating polio from Afghanistan and Pakistan to date would not have been possible without continued strong financial and technical support from the international polio partnership,⁵ but particularly from political and health leaders at the national, provincial and district level in both countries. The degree to which

ment importés de la Province de la Frontière du Nord-Ouest et du Sindh. Toutefois, le séquençage montre aussi qu'au moins 2 groupes de lignées de PV1 sauvage et 1 groupe de lignées de PV3 sauvage trouvés au Punjab en 2004 ont vraisemblablement circulé longtemps sans avoir été détectés. En 2004, le Sindh est devenu la province où l'endémie s'est maintenue le plus régulièrement. La circulation du virus dans le Sindh en 2004 a surtout touché le nord de la province pendant le premier semestre et le centre et le sud pendant le deuxième semestre. La transmission jusqu'à la saison de faible transmission se poursuit au début de 2005, à la fois dans le sud du Punjab (2 cas de PV1 sauvage) et dans le Sindh (2 cas de PV1 sauvage).

Note de la rédaction. Comme l'Inde, l'Afghanistan et le Pakistan ont, en 2004, fait de nouveaux progrès sur la voie de l'éradication de la poliomyélite. Dans l'ensemble, la situation épidémiologique en Afghanistan et au Pakistan s'est sensiblement améliorée en 2004 par rapport à 2003. Non seulement ces deux pays ont déclaré moitié moins de cas en 2004 qu'en 2003, mais le poliovirus sauvage n'a pas été signalé pendant des périodes de plus en plus longues au Balouchistan et dans la Province de la Frontière du Nord-Ouest, alors qu'une surveillance sensible était maintenue.

Face à la difficulté constante de préparer, exécuter et évaluer des cycles de vaccination de très grande envergure à l'échelle nationale, les deux pays, dans la plupart des zones, ont réussi à maintenir puis à améliorer la qualité des activités de vaccination supplémentaire. Les équipes de lutte antipoliomyélique utilisent aussi les activités de suivi des activités de vaccination supplémentaire pour identifier rapidement les zones où les résultats ne sont pas satisfaisants et pour remédier immédiatement aux problèmes pendant le cycle, ou à temps avant le cycle suivant d'activités de vaccination supplémentaire. Les systèmes de surveillance de la PFA dans les deux pays ont atteint le niveau de qualité requis pour la certification dans la plupart des zones et la qualité de la surveillance fait en permanence l'objet d'examen pour permettre d'apporter rapidement les améliorations requises.

Cependant, de sérieux obstacles restent à surmonter pour atteindre l'objectif. La transmission continue du poliovirus sauvage dans certaines parties des deux pays, en particulier dans le sud de l'Afghanistan et dans la province du Sindh au Pakistan, montre que les activités de vaccination supplémentaire ne confèrent toujours pas à la population l'immunité nécessaire pour briser les dernières chaînes de transmission. Vu le recul général de la transmission, il est d'autant plus difficile d'identifier les chaînes de transmission du virus restantes; la détection fiable du virus à ce stade nécessite un nouvel accroissement de la sensibilité de l'ensemble du système de surveillance. L'identification de virus orphelins dans des zones à haut risque dans les deux pays montre que les systèmes de surveillance de la PFA n'ont pas encore le niveau de sensibilité accrue nécessaire.

Les progrès accomplis à ce jour sur la voie de l'éradication de la poliomyélite en Afghanistan et au Pakistan n'auraient pas été possibles sans le solide soutien financier et technique du partenariat international pour la lutte contre la poliomyélite,⁵ mais en particulier des responsables politiques et sanitaires aux niveaux national, provincial et du district dans les deux pays. La mesure dans laquelle

⁵ Polio eradication efforts in Afghanistan and Pakistan are supported by Rotary International, WHO, UNICEF, United States Centers for Disease Control and Prevention, the governments of Japan, Netherlands and the United Kingdom, United States Agency for International Development, International Committee of the Red Cross, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies and the Bill & Melinda Gates Foundation.

⁵ Les activités d'éradication de la poliomyélite en Afghanistan et au Pakistan bénéficient du soutien du Rotary International, de l'OMS, du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, des Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique, des gouvernements du Japon, des Pays Bas et du Royaume Uni, de l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique, du Comité international de la Croix-Rouge, de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et de la Fondation Bill and Melinda Gates.

leaders own and support the programme is one of the strongest determinants of SIA quality. Available evidence shows that it is technically feasible to interrupt wild poliovirus transmission in both countries during 2005. Reaching this goal will become reality only if health and political leaders remain strongly committed to and fully supportive of the national polio eradication effort. ■

les dirigeants s'approprient et soutiennent le programme est l'un des déterminants les plus puissants de la qualité des activités de vaccination supplémentaire. Les données disponibles montrent que l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage dans les deux pays en 2005 est techniquement possible. Cet objectif ne sera effectivement atteint que si les responsables sanitaires et politiques restent fermement engagés vis-à-vis des activités nationales d'éradication de la poliomyélite et les soutiennent pleinement. ■

**PERFORMANCE OF ACUTE FLACCID PARALYSIS (AFP) SURVEILLANCE AND INCIDENCE OF POLIOMYELITIS, 2003–2004
(DATA RECEIVED IN WHO HEADQUARTERS AS OF 15 MARCH 2005)**

**FONCTIONNEMENT DE LA SURVEILLANCE DE LA PARALYSIE FLASQUE AIGUË (PFA) ET INCIDENCE DE LA POLIOMYÉLITE, 2003-2004
(DONNÉES REÇUES PAR LE SIÈGE DE L'OMS AU 15 MARS 2005)**

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2004 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2004			Polio cases Cas de poliomyélite	
	AFP cases reported ¹ Cas de PFA signalés ¹	Annualized non-poliomyelitis AFP rate ² Taux de PFA non poliomyéлитique annuel ²	AFP cases with adequate specimens ³ Cas de PFA avec échantillons ³	2004 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2004 (virus sauvage) ⁴	2003 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2003 (virus sauvage) ⁴
Regional totals — Totaux régionaux					
AFR	9 686	3.00	89%	941 (941)	446 (446)
AMR	2 226	1.33	79%	0 (0)	0 (0)
EMR	6 168	2.70	89%	186 (186)	113 (113)
EUR	1 568	1.17	82%	0 (0)	0 (0)
SEAR	16 255	2.64	83%	136 (136)	225 (225)
WPR	6 512	1.61	88%	3 ⁵ (0)	0 (0)
Global total — Total mondial	42 415	2.29	86%	1266 (1263)	784 (784)
African Region — Région africaine (AFR)					
Algeria — Algérie	80	0.80	66%	0 (0)	0 (0)
Angola	121	2.00	88%	0 (0)	0 (0)
Benin — Bénin	107	3.30	90%	6 (6) ⁶	2 (2) ⁶
Botswana	35	4.90	91%	1 (1) ⁶	0 (0)
Burkina Faso	155	2.50	82%	9 (9) ⁹	11 (11) ⁶
Burundi	36	1.20	89%	0 (0)	0 (0)
Cameroon — Cameroun	219	2.50	77%	13 (13) ⁶	2 (2) ⁶
Cape Verde — Cap-Vert	3	1.50	67%	0 (0)	0 (0)
Central African Republic — République centrafricaine	121	4.60	74%	30 (30) ⁹	1 (1) ⁶
Chad — Tchad	124	2.20	73%	24 (24) ⁹	25 (25) ⁶
Comoros — Comores	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Congo	35	1.80	91%	0 (0)	0 (0)
Democratic Republic of the Congo — République démocratique du Congo	784	3.10	94%	0 (0)	0 (0)
Côte d'Ivoire	161	1.90	88%	17 (17) ⁹	1 (1) ⁶
Equatorial Guinea — Guinée équatoriale	6	3.00	100%	0 (0)	0 (0)
Eritrea — Erythrée	35	3.20	80%	0 (0)	0 (0)
Ethiopia — Éthiopie	508	1.60	84%	1 (1) ⁶	0 (0)
Gabon	7	1.00	100%	0 (0)	0 (0)
Gambia — Gambie	12	2.00	100%	0 (0)	0 (0)
Ghana	158	1.80	82%	0 (0)	8 (8) ⁶
Guinea-Bissau — Guinée-Bissau	13	2.20	85%	0 (0)	0 (0)
Guinea — Guinée	102	2.60	86%	7 (7) ⁶	0 (0)
Kenya	239	1.60	92%	0 (0)	0 (0)
Lesotho	10	0.90	100%	0 (0)	0 (0)
Liberia — Libéria	15	0.70	87%	0 (0)	0 (0)
Madagascar	102	1.50	81%	0 (0)	0 (0)
Malawi	79	1.50	87%	0 (0)	0 (0)
Mali	127	2.00	82%	19 (19) ⁹	0 (0)
Mauritania — Mauritanie	17	1.30	94%	0 (0)	0 (0)
Mauritius — Maurice	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Mozambique	104	1.40	88%	0 (0)	0 (0)
Namibia — Namibie	21	2.60	86%	0 (0)	0 (0)
Niger	180	2.70	84%	25 (25)	40 (40)
Nigeria	4 813	8.20	91%	789 (789)	355 (355)
Reunion — Réunion	ND	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Rwanda	63	1.60	94%	0 (0)	0 (0)
Saint Helena — Sainte-Hélène	ND	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Sao Tome and Principe — Sao Tomé-et-Principe	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Senegal — Sénégal	146	3.20	89%	0 (0)	0 (0)

Table (continued) – Tableau (suite)

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2004 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2004			Polio cases Cas de poliomyélite			
	AFP cases reported ¹ Cas de PFA signalés ¹	Annualized non-poliomyelitis AFP rate ² Taux de PFA non poliomyélique annuel ²	AFP cases with adequate specimens ³ Cas de PFA avec échantillons ³	2004 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2004 (virus sauvage) ⁴		2003 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2003 (virus sauvage) ⁴	
Seychelles	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Sierra Leone	33	1.50	88%	0	(0)	0	(0)
South Africa — Afrique du Sud	215	1.40	87%	0	(0)	0	(0)
Swaziland	12	2.40	92%	0	(0)	0	(0)
Togo	64	2.60	98%	0	(0)	1	(1) ⁶
Uganda — Ouganda	204	2.00	91%	0	(0)	0	(0)
United Republic of Tanzania — République-Unie de Tanzanie	162	1.00	93%	0	(0)	0	(0)
Zambia — Zambie	140	2.50	91%	0	(0)	0	(0)
Zimbabwe	118	1.80	76%	0	(0)	0	(0)
Region of the Americas — Région des Amériques (AMR)							
Argentina — Argentine	130	1.27	72%	0	(0)	0	(0)
Bolivia — Bolivie	80	2.25	84%	0	(0)	0	(0)
Brazil — Brésil	617	1.19	71%	0	(0)	0	(0)
Canada	ND	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
CAREC* — Centre d'Epidémiologie des Caraïbes*	29	1.49	48%	0	(0)	0	(0)
Chile — Chili	85	1.98	80%	0	(0)	0	(0)
Colombia — Colombie	197	1.41	83%	0	(0)	0	(0)
Costa Rica	8	0.66	100%	0	(0)	0	(0)
Cuba	12	0.27	83%	0	(0)	0	(0)
Dominican Republic — République dominicaine	26	0.85	73%	0	(0)	0	(0)
Ecuador — Equateur	23	0.53	91%	0	(0)	0	(0)
El Salvador	55	2.37	87%	0	(0)	0	(0)
Guatemala	107	2.35	85%	0	(0)	0	(0)
Haiti — Haïti	17	0.53	29%	0	(0)	0	(0)
Honduras	65	2.39	95%	0	(0)	0	(0)
Mexico — Mexique	467	1.43	81%	0	(0)	0	(0)
Nicaragua	30	1.29	100%	0	(0)	0	(0)
Panama	13	1.34	92%	0	(0)	0	(0)
Paraguay	35	1.67	80%	0	(0)	0	(0)
Peru — Pérou	93	1.08	89%	0	(0)	0	(0)
Uruguay	3	0.37	67%	0	(0)	0	(0)
United States — Etats-Unis	ND	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Venezuela	134	1.61	88%	0	(0)	0	(0)
* These countries have been grouped together for reporting purposes. — Ces pays ont été regroupés aux fins de la déclaration.							
Eastern Mediterranean Region — Région de la Méditerranée orientale (EMR)							
Afghanistan	685	4.56	91%	4	(4)	8	(8)
Bahrain — Bahreïn	2	0.97	100%	0	(0)	0	(0)
Djibouti	2	0.77	0%	0	(0)	0	(0)
Egypt — Egypte	768	2.76	92%	1	(1)	1	(1)
Iran (Islamic republic of) — Iran (République islamique d')	374	1.42	90%	0	(0)	0	(0)
Iraq	299	2.54	93%	0	(0)	0	(0)
Jordan — Jordanie	27	1.18	82%	0	(0)	0	(0)
Kuwait — Koweït	13	2.20	100%	0	(0)	0	(0)
Lebanon — Liban	14	1.09	79%	0	(0)	1	(1) ⁶
Libyan Arab Jamahiriya — Jamahiriya arabe libyenne	39	1.90	95%	0	(0)	0	(0)
Morocco — Maroc	120	1.24	83%	0	(0)	0	(0)
Oman	31	3.69	90%	0	(0)	0	(0)
Pakistan	2 624	3.51	88%	53	(53)	103	(103)
Qatar	3	1.84	100%	0	(0)	0	(0)
Saudi Arabia — Arabie saoudite	110	1.37	96%	2	(2) ⁶	0	(0)
Somalia — Somalie	95	2.83	83%	0	(0)	0	(0)
Sudan — Soudan	605	3.25	87%	126	(126) ⁹	0	(0)
Syrian Arab Republic — République arabe syrienne	147	1.89	83%	0	(0)	0	(0)
Tunisia — Tunisie	36	1.20	86%	0	(0)	0	(0)
United Arab Emirates — Emirats arabes unis	9	0.88	100%	0	(0)	0	(0)
West Bank and Gaza — Cisjordanie et bande de Gaza	6	0.46	83%	0	(0)	0	(0)
Yemen — Yémen	159	1.59	82%	0	(0)	0	(0)
European Region — Région européenne (EUR)							
Albania — Albanie	8	0.90	100%	0	(0)	0	(0)
Andorra — Andorre	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Armenia — Arménie	11	1.51	91%	0	(0)	0	(0)
Austria — Autriche	7	0.56	57%	0	(0)	0	(0)
Azerbaijan — Azerbaïdjan	20	0.98	95%	0	(0)	0	(0)
Belarus — Bélarus	46	2.88	89%	0	(0)	0	(0)

Table (continued) – Tableau (suite)

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2004 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2004			Polio cases Cas de poliomyélite			
	AFP cases reported ¹ Cas de PFA signalés ¹	Annualized non-poliomyelitis AFP rate ² Taux de PFA non poliomyélique annuel ²	AFP cases with adequate specimens ³ Cas de PFA avec échantillons ³	2004 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2004 (virus sauvage) ⁴		2003 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2003 (virus sauvage) ⁴	
Belgium — Belgique	8	0.47	0%	0	(0)	0	(0)
Bosnia and Herzegovina — Bosnie-Herzégovine	3	0.44	0%	0	(0)	0	(0)
Bulgaria — Bulgarie	17	1.60	94%	0	(0)	0	(0)
Croatia — Croatie	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Czech Republic — République tchèque	13	0.85	77%	0	(0)	0	(0)
Cyprus ⁷ — Chypre ⁷	3	1.71	67%	0	(0)	0	(0)
Denmark — Danemark	ND	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Estonia — Estonie	1	0.50	100%	0	(0)	0	(0)
Finland — Finlande	ND	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
France	ND	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Georgia — Géorgie	8	0.86	88%	0	(0)	0	(0)
Germany — Allemagne	67	0.57	45%	0	(0)	0	(0)
Greece — Grèce	10	0.66	40%	0	(0)	0	(0)
Hungary — Hongrie	16	1.04	44%	0	(0)	0	(0)
Iceland — Islande	ND	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Ireland — Irlande	5	0.61	40%	0	(0)	0	(0)
Israel — Israël	21	1.16	33%	0	(0)	0	(0)
Italy — Italie	72	0.90	63%	0	(0)	0	(0)
Kazakhstan	55	1.43	93%	0	(0)	0	(0)
Kyrgyzstan — Kirghizistan	37	2.35	95%	0	(0)	0	(0)
Latvia — Lettonie	3	0.88	100%	0	(0)	0	(0)
Lithuania — Lituanie	11	1.79	73%	0	(0)	0	(0)
Luxembourg	ND	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Malta — Malte	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Monaco	ND	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Netherlands — Pays-Bas	ND	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Norway — Norvège	8	0.92	0%	0	(0)	0	(0)
Poland — Pologne	50	0.77	72%	0	(0)	0	(0)
Portugal	3	0.18	67%	0	(0)	0	(0)
Republic of Moldova — République de Moldova	10	1.19	80%	0	(0)	0	(0)
Romania — Roumanie	24	0.67	54%	0	(0)	0	(0)
Russian Federation — Fédération de Russie	449	2.11	92%	0	(0)	0	(0)
San Marino — Saint-Marin	ND	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Slovakia — Slovaquie	6	0.63	67%	0	(0)	0	(0)
Slovenia — Slovénie	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Spain — Espagne	42	0.75	45%	0	(0)	0	(0)
Sweden — Suède	ND	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Switzerland — Suisse	10	0.90	10%	0	(0)	0	(0)
Tajikistan — Tadjikistan	23	1.05	100%	0	(0)	0	(0)
The former Yugoslav Republic of Macedonia — Ex-République yougoslave de Macédoine	9	2.12	89%	0	(0)	0	(0)
Turkey — Turquie	196	0.95	84%	0	(0)	0	(0)
Turkmenistan — Turkménistan	32	1.79	94%	0	(0)	0	(0)
Ukraine	117	1.61	93%	0	(0)	0	(0)
United Kingdom — Royaume-Uni		0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Uzbekistan — Ouzbékistan	126	1.49	98%	0	(0)	0	(0)
Serbia and Montenegro — Serbie et Monténégro	21	1.09	95%	0	(0)	0	(0)
South-East Asia — Asie du Sud-Est (SEAR)							
Bangladesh	1 299	2.28	90%	0	(0)	0	(0)
Bhutan — Bhoutan	3	1.00	100%	0	(0)	0	(0)
Democratic People's Republic of Korea — République populaire démocratique de Corée	73	1.07	95%	0	(0)	0	(0)
India — Inde	13 268	3.04	82%	136	(136)	225	(225) ⁸
Indonesia — Indonésie	782	1.26	92%	0	(0)	0	(0)
Maldives	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Myanmar	271	1.27	92%	0	(0)	0	(0)
Nepal — Népal	213	2.13	85%	0	(0)	0	(0)
Sri Lanka	97	1.81	78%	0	(0)	0	(0)
Thailand — Thaïlande	249	1.77	81%	0	(0)	0	(0)
Timor Leste	ND	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Western Pacific — Pacifique occidental (WPR)							
Australia — Australie	42	1.02	40%	0	(0)	0	(0)
Brunei Darussalam — Brunéi Darussalam	1	1.00	100%	0	(0)	0	(0)
Cambodia — Cambodge	83	1.57	77%	0	(0)	0	(0)
China — Chine	5 277	1.85	90%	2 ⁵	(0)	0	(0)
Hong Kong Special Administrative Region of China — Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine	14	1.40	100%	0	(0)	0	(0)

Table (continued) – Tableau (suite)

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2004 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2004			Polio cases Cas de poliomyélite	
	AFP cases reported ¹ Cas de PFA signalés ¹	Annualized non-poliomyelitis AFP rate ² Taux de PFA non poliomyélique annuel ²	AFP cases with adequate specimens ³ Cas de PFA avec échantillons ³	2004 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2004 (virus sauvage) ⁴	2003 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2003 (virus sauvage) ⁴
Japan — Japon		0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Lao People's Democratic Republic — République démocratique populaire lao	75	3.00	69%	1 ⁵ (0)	0 (0)
Macao Special Administrative Region of China — Macao, Région administrative spéciale de la Chine	2	2.00	50%	0 (0)	0 (0)
Malaysia — Malaisie	115	1.26	65%	0 (0)	0 (0)
Mongolia — Mongolie	7	0.78	86%	0 (0)	0 (0)
New Zealand — Nouvelle-Zélande	12	1.33	42%	0 (0)	0 (0)
Pacific islands* — Iles du Pacifique*	15	1.36	60%	0 (0)	0 (0)
Papua New Guinea — Papouasie-Nouvelle-Guinée	12	0.52	42%	0 (0)	0 (0)
Philippines	340	1.05	83%	0 (0)	0 (0)
Republic of Korea — République de Corée	37	0.38	97%	0 (0)	0 (0)
Singapore — Singapour	6	0.86	50%	0 (0)	0 (0)
Viet Nam	474	1.48	95%	0 (0)	0 (0)

* These countries have been grouped together for reporting purposes. — Ces pays ont été regroupés aux fins de la déclaration.

¹ The regions of the Eastern Mediterranean, Europe, South-East Asia and the Western Pacific report by date of onset. The other 2 regions report by date of notification. — Les régions d'Asie du Sud-Est, d'Europe, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental rapportent selon la date d'apparition de la paralysie. Les 2 autres régions rapportent selon la date de notification.

² Annualized non-poliomyelitis AFP rate for 100 000 people aged <15 years. — Taux annualisé de PFA non poliomyélique pour 100 000 personnes âgées de < 15 ans.

³ Two stool specimens collected within 14 days of onset of paralysis, 24–48 hours apart, except for the Region of the Americas where only 1 specimen is collected. — Deux échantillons de selles recueillis à 24-48 heures d'intervalle dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie, à l'exception de la Région des Amériques, où 1 seul échantillon est recueilli.

⁴ Figures in parentheses indicate the number of laboratory-confirmed cases. — Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de cas confirmés en laboratoire.

⁵ Vaccine-derived poliovirus. — Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale.

⁶ Imported virus. — Virus importé.

⁷ As at 28 May 2003, Cyprus moved from the WHO Region for the Eastern Mediterranean to the European Region. For reporting purposes only, Cyprus is listed under the WHO European Region for 2003 and 2004. — Au 28 mai 2003, Chypre est passée de la région OMS pour la Méditerranée orientale à celle pour l'Europe. Pour des raisons de notification, Chypre est classé dans la Région OMS pour l'Europe pour 2003 et 2004.

⁸ Does not include 2 cases associated with reference strains (MEF1). — N'incluent pas les 2 cas associés à la souche de référence (MEF1).

⁹ Re-established transmission. Countries/areas with re-established transmission of wild poliovirus: where circulation of imported poliovirus occurred for a period greater than 6 months (as per the Conclusions and Recommendations of the Ad Hoc Advisory Committee on Poliomyelitis Eradication, held in Geneva, Switzerland, on 21–22 September 2004). This specific situation currently applies in Burkina Faso, Central African Republic, Chad, Côte d'Ivoire, Mali and Sudan. — Transmission rétablie. Pays/territoires avec une transmission rétablie du poliovirus sauvage, là où la circulation de virus importé a eu lieu pendant une période de plus de 6 mois (comme mentionné dans les conclusions et recommandations du Comité consultatif spécial sur l'éradication de la poliomyélite, qui s'est tenu à Genève, Suisse, les 21 et 22 septembre 2004). Cette situation s'applique actuellement au Burkina Faso, à la Côte d'Ivoire, au Mali, à la République centrafricaine, au Soudan et au Tchad.

ND = country is not reporting AFP data. — Pays ne signalant pas de cas de PFA.

The most recent AFP and wild poliovirus data can be found on the following WHO web site: http://www.who.int/vaccines/cascount/case_count.cfm, which is updated every 2 weeks. — Les données les plus récentes concernant les cas de PFA et les poliovirus sauvages peuvent être consultées sur le site OMS suivant: http://www.who.int/vaccines/cascount/case_count.cfm, où elles sont mises à jour une fois toutes les 2 semaines.

Influenza

During week 10, influenza activity continued to decline in North America. In central Europe, influenza activity remained widespread, and a gradual increase continued to be observed in some north-eastern European countries. In other parts of world, activity remained medium to low.

Austria.¹ Influenza activity declined but remained regional.

Belgium.¹ Although the overall consultation rate of influenza-like illness (ILI) continued to decline slightly in week 10, influenza A(H3N2) activity remained widespread.

Canada.¹ Overall influenza activity declined in week 10, with widespread activity reported in 2 provinces. Of the influenza viruses detected during week 10, 72% were influenza A* viruses and 28% were B viruses.

Denmark.¹ The ILI consultation rate continued to increase. Influenza activity was reported as widespread.

Finland.¹ Influenza A(H3N2) activity remained widespread.

¹ See No. 10, 2005, pp. 99–100.

* A = A non-subtyped viruses.

Grippe

L'activité grippale a continué de baisser en Amérique du Nord pendant la semaine 10. L'activité grippale a été généralisée en Europe centrale, à l'exception de quelques pays du nord-est de l'Europe, où l'on a continué d'observer une progression graduelle. L'activité grippale est restée faible à modérée dans le reste du monde.

Autriche.¹ L'activité grippale a baissé mais elle s'est maintenue à un niveau régional.

Belgique.¹ L'activité grippale de type A(H3N2) est restée généralisée au cours de la semaine 10, bien que le taux de consultations pour syndromes grippaux ait continué à baisser légèrement.

Canada.¹ En général, l'activité grippale a baissé au cours de la semaine 10, 2 provinces signalant une activité grippale généralisée. Sur tous les virus grippaux dépistés au cours de la semaine 10, 72% étaient de type A* et 28% de type B.

Danemark.¹ Le taux de consultations pour syndromes grippaux a continué d'augmenter au cours de la semaine 10 et l'activité grippale a été signalée comme régionale.

Finlande.¹ L'activité grippale de type A(H3N2) est restée généralisée.

¹ Voir N° 10, 2005, pp. 99-100.

* A = Virus A non-sous-typés.

France.¹ A decline in influenza activity continued to be observed, with localized activity reported.

Germany.¹ Widespread influenza activity continued to be reported. The consultation rate of acute respiratory infection remained similar to that of the previous 3 weeks.

Greece. Influenza activity has remained regional since week 7.

Hong Kong Special Administrative Region of China.¹ The number of influenza viruses isolated continued to increase in week 10, although overall influenza activity remained low. Influenza A(H3N2) and B viruses co-circulated.

Islamic Republic of Iran.¹ Localized activity of influenza was reported in the north. Both influenza A(H1N1) and A(H3N2) viruses were isolated.

Italy.¹ Influenza activity continued to decline. Influenza A and B viruses co-circulated.

Latvia.¹ Overall influenza activity continued to increase and was reported as regional. The ILI consultation rate exceeded the epidemic threshold. Influenza A(H3N2) and B viruses co-circulated.

Norway.¹ The ILI consultation rate continued to increase significantly. Widespread activity remained.

Poland.¹ The ILI consultation rate declined, with localized activity of influenza reported. Both influenza A and B viruses were detected.

Romania.² Influenza activity continued to increase and was reported as regional. Influenza A and B viruses co-circulated.

Russian Federation.¹ Influenza activity remained widespread. Influenza A and B viruses co-circulated.

Sweden.¹ Influenza A activity continued to increase and remained regional.

Switzerland.¹ A decline in influenza activity has continued to be observed since week 7, although activity remained widespread in week 10. An influenza A(H1N2) virus was detected during week 10 – this is the first report of A(H1N2) detection received so far this season.

Tunisia.¹ Mid-low levels of influenza activity remained.

Ukraine.¹ Influenza B activity declined slightly but remained widespread.

United Kingdom.¹ One influenza A outbreak was reported in central England. The overall ILI consultation rate was below the baseline.

United States.¹ Influenza activity appears to have peaked during February and has declined since then. The overall ILI consultation rate was still above the national baseline, although it declined during the previous 3 weeks. The proportion of deaths attributed to pneumonia and influenza remained above the epidemic threshold. During week 10, 3 additional influenza-associated paediatric deaths were reported. Of the influenza viruses detected in week 10, 70% were influenza A viruses and 30% were B viruses.

Other reports. During week 10, low influenza activity was detected in Argentina (A),¹ Brazil,¹ Chile² (A), Croatia (H1, H3 and B),¹ Hungary (H1, H3, A and B),¹ Japan (B),² Mexico (H3 and A),² Portugal (H3)¹ and Slovenia (H1, H3, A and B).¹ ■

France.¹ On a continué d'observer une baisse de l'activité grippale, celle-ci étant signalée comme localisée.

Allemagne.¹ On a continué de signaler une activité grippale généralisée. Le taux de consultations pour infections respiratoires sévères est identique à celui d'il y a 3 semaines.

Grèce.¹ L'activité grippale se maintient à un niveau régional depuis la semaine 7.

Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine.¹ On a continué d'observer une hausse du nombre de virus isolés au cours de la semaine 10 et ce malgré un faible taux général de l'activité grippale. Les virus grippaux A(H3N2) et B ont co-circulés.

République islamique d'Iran.¹ On a signalé une activité grippale localisée dans le nord du pays. Les virus grippaux A(H1N1) et A(H3N2) ont tous deux été isolés.

Italie.¹ L'activité grippale a continué de baisser et les virus grippaux A et B ont co-circulés.

Lettonie.¹ Le taux général de l'activité grippale a continué d'augmenter. Le taux de consultations pour syndromes grippaux a dépassé le seuil épidémique et les virus grippaux A(H3N2) et B ont co-circulés.

Norvège.¹ Le taux de consultations pour syndromes grippaux a continué d'augmenter de manière significative et l'activité grippale est restée généralisée.

Pologne.² L'activité grippale a baissé et elle est restée localisée. Les virus grippaux A et B ont tous deux été dépistés.

Roumanie.² L'activité grippale de type A a continué d'augmenter et elle est restée généralisée. Les virus grippaux A et B ont co-circulé.

Fédération de Russie.¹ L'activité grippale est restée généralisée et les virus grippaux A et B ont co-circulés.

Suède.¹ L'activité grippale de type A a continué d'augmenter et elle est restée régionale.

Suisse.¹ Une baisse de l'activité grippale continue d'être observée depuis la semaine 7, mais celle-ci est restée généralisée pendant la semaine 10. Pour la première fois de la saison, un virus grippal de type A(H1N2) a été dépisté au cours de cette même semaine.

Tunisie.¹ L'activité grippale est restée modérée à faible.

Ukraine.¹ L'activité grippale a baissé légèrement mais elle est restée généralisée.

Royaume Uni.¹ Une flambée de grippe A a été signalée dans le centre de l'Angleterre et le taux de consultations pour syndromes grippaux est passé en dessous du niveau de base.

Etats-Unis.¹ Il semblerait que l'activité grippale ait culminé au mois de février pour baisser ensuite. En général, le taux de consultations pour syndromes grippaux était toujours au dessus du niveau de base national bien que celui-ci ait baissé au cours des 3 dernières semaines. La proportion de décès imputables à la pneumonie et à la grippe s'est maintenue au dessus du seuil épidémique. Au cours de cette même semaine, 3 cas supplémentaires de grippe associés à un décès infantile ont été signalés. Sur tous les virus grippaux dépistés pendant la semaine 10, 70% étaient de type A et 30% de type B.

Autres rapports. Au cours de la semaine 9, une faible activité grippale a été signalée en Argentine (A),¹ au Brésil,¹ au Chili (A),² en Croatie (H1, H3 et B),¹ au Japon (H3 et B),² au Mexique (H3 et A),² au Portugal (H3),¹ et en Slovénie (A et B).¹ ■

² See No. 8, 2005, pp. 75–76.

² Voir N° 8, 2005, pp. 75-76.

WHO web sites on infectious diseases Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses

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/delibepestemics/	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.filaria.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 18 to 24 March 2005 / Notifications de maladies reçues du 18 au 24 mars 2005

Cholera / Choléra

Africa / Afrique	Cases / Deaths Cas / Décès	Cases / Deaths Cas / Décès
Cameroon / Cameroun	14.II-13.III 69	1
.....		
Democratic Republic of the Congo / République démocratique du Congo	17-27.II 155	1
.....		

WWW access • <http://www.who.int/wer>

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

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

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

Accès WWW • <http://www.who.int/wer>

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

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

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