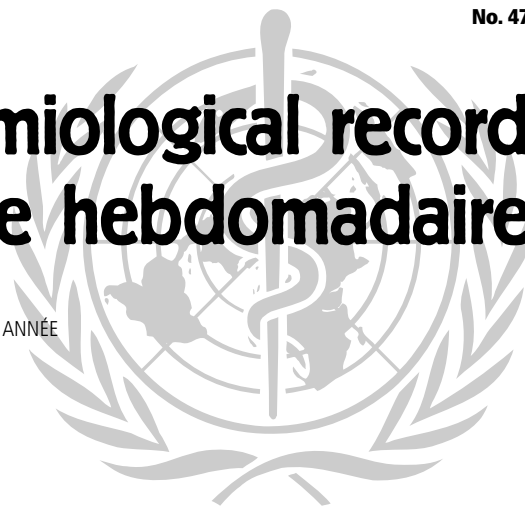


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

25 NOVEMBER 2005, 80th YEAR / 25 NOVEMBRE 2005, 80^e ANNÉE

No. 47, 2005, 80, 409–416

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

Contents

409 Outbreak news

- Avian influenza, China
- Avian influenza, Indonesia – update
- Avian influenza, Thailand
- Yellow fever, Mali – update

410 Conclusions and recommendations of the Advisory Committee on Poliomyelitis Eradication, Geneva, 11–12 October 2005

416 International Health Regulations

Sommaire

409 Le point sur les épidémies

- Grippe aviaire, Chine
- Grippe aviaire, Indonésie – mise à jour
- Grippe aviaire, Thaïlande
- Fièvre jaune, Mali – mise à jour

410 Conclusions et recommandations du Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite, Genève, 11-12 octobre 2005

416 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 334.–

5,000 11.2005

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Avian influenza, China

On 17 November 2005, the Ministry of Health in China confirmed the country's first 2 human cases of infection with the H5N1 avian influenza virus. The first case is a 9-year-old boy from the southern province of Hunan. He was hospitalized with respiratory symptoms on 17 October and has since returned home, fully recovered.

The second case is a 24-year-old woman who worked as a poultry farmer in the south-eastern province of Anhui. She developed symptoms on 1 November, was hospitalized with severe pneumonia on 7 November, and died on 10 November.

Testing was conducted by the Chinese Centre for Disease Control and Prevention in Beijing.

An additional 2 possible human cases have been investigated in Hunan Province. The first is the boy's 12-year-old sister. She was hospitalized on 16 October and died the following day of severe bilateral pneumonia and acute respiratory distress syndrome. Samples from the girl are inadequate for testing, and the cause of her death will probably never be known with certainty. Although evidence pointing to H5N1 infection is considered substantial by Chinese experts, WHO reports only laboratory-confirmed cases.

The additional case under investigation in Hunan Province is a 36-year-old school-teacher. He was hospitalized with pneumonia on 24 October. Definitive test results are pending. A WHO team with expertise in virology and laboratory diagnosis has collaborated with national experts in the investigation of the cases in Hunan.

Surveillance for human cases in China has intensified over the past month following a recurrence of highly pathogenic H5N1 avian influenza in poultry. Since 19 October, China has reported 11 new outbreaks of the disease in 6 provinces, from Liaoning in the north-east to Xinjiang in the far west. Anhui and Hunan – the 2 provinces with confirmed cases – are among the recently affected provinces.

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Grippe aviaire, Chine

Le 17 novembre 2005, le Ministère chinois de la Santé a confirmé les 2 premiers cas d'infection humaine dans le pays par le virus H5N1 de la grippe aviaire. Le premier a touché un garçon de 9 ans de la province méridionale du Hunan. Hospitalisé le 17 octobre avec des symptômes respiratoires, il a pu regagner son domicile depuis, complètement rétabli.

Le second a touché une élèveuse de volailles de 24 ans de la province de l'Anhui, au sud-est du pays. Les symptômes sont apparus le 1^{er} novembre. Hospitalisée avec une pneumonie sévère le 7 novembre, elle est décédée le 10.

Les tests ont été effectués par le Centre chinois de prévention et de lutte à Beijing.

Deux autres cas suspects ont fait l'objet d'examen dans la province du Hunan. Le premier est la sœur du jeune garçon, âgée de 12 ans. Hospitalisée le 16 octobre, elle est décédée le lendemain d'une pneumonie bilatérale grave et d'une détresse respiratoire aiguë. Les échantillons prélevés ne permettent pas d'effectuer les analyses voulues et la cause du décès ne sera probablement jamais connue avec certitude. Si les indices d'une infection par le virus H5N1 semblent probants aux experts chinois, il faut pour l'OMS que les cas soient confirmés au laboratoire pour entrer en ligne de compte.

Les examens se poursuivent concernant l'autre cas suspect qui touche un enseignant de la province du Hunan, âgé de 36 ans, hospitalisé le 24 octobre avec une pneumonie. On attend encore les résultats définitifs des tests. Une équipe de l'OMS spécialisée en virologie et dans le diagnostic au laboratoire a collaboré avec les experts nationaux sur les examens concernant les cas au Hunan.

La surveillance des cas humains s'est intensifiée depuis un mois en Chine à la suite de la réapparition chez les volailles de la grippe aviaire à H5N1 hautement pathogène. Depuis le 19 octobre, la Chine a signalé 11 nouvelles flambées dans 6 provinces, du Liaoning dans le nord-est jusqu'au Xianjiang à l'extrême ouest. L'Anhui et le Hunan – les 2 provinces où l'on a observé les cas humains confirmés – figurent parmi les 6 provinces concernées.

Avian influenza, Indonesia – update¹

On 17 November 2005, the Ministry of Health in Indonesia confirmed 2 additional cases of human infection with the H5N1 avian influenza virus. Both cases were fatal. The first newly confirmed case occurred in a 16-year-old girl from Jakarta. She developed symptoms on 4 November, was hospitalized on 6 November, and died on 8 November.

The second newly confirmed case was a 20-year-old woman from Jakarta. She developed symptoms on 5 November, was hospitalized on 9 November, and died on 12 November.

Both cases were confirmed by a WHO reference laboratory in Hong Kong SAR. Field investigations are under way. The newly confirmed cases bring the total number of cases in Indonesia to 11, of which 7 were fatal.

¹ See No. 43, 2005, p. 369.

Avian influenza, Thailand¹

On 14 October 2005, the Ministry of Public Health in Thailand confirmed another case of human infection with H5N1 avian influenza. The case, an 18-month-old boy from a suburb of Bangkok, developed symptoms on 1 November and was hospitalized on 5 November. His condition is satisfactory.

This is the fourth laboratory-confirmed case in Thailand this year. Since January 2004, Thailand has reported 21 cases, of which 13 have been fatal.

¹ See No. 43, 2005, pp. 369–370.

Yellow fever, Mali – update¹

As of 10 November 2005, WHO has received reports from the Ministry of Health in Mali of a total of 21 suspected cases and 14 deaths in Kayes region, primarily affecting Bafoulabé district, between 7 and 27 October.²

After initial tests at the national reference laboratory in Mali, 14 blood specimens taken from suspected cases were sent to the Pasteur Institute in Dakar (Senegal), a WHO collaborating centre for yellow fever. Four samples were positive for yellow fever.

A team from the Ministry of Health, Médecins Sans Frontières and WHO is currently carrying out an epidemiological assessment in the affected area. The Ministry of Health is requesting an additional 4 million doses of yellow fever vaccine to increase vaccination coverage in the surrounding districts. ■

¹ See No. 45, 2005, p. 389.

² See http://www.who.int/csr/don/2005_11_03/en/index.html

Conclusions and recommendations of the Advisory Committee on Poliomyelitis Eradication, Geneva, 11–12 October 2005

The second meeting of the Advisory Committee on Poliomyelitis Eradication (ACPE) was convened in Geneva, Switzerland, on 11–12 October 2005, to provide WHO and the Global Polio Eradication Initiative with expert advice on:

Grippe aviaire, Indonésie – mise à jour¹

Le 17 novembre 2005, le Ministère indonésien de la santé a confirmé 2 nouveaux cas humains d'infection par le virus H5N1 de la grippe aviaire, tous deux mortels. Le premier a touché une jeune fille de Jakarta âgée de 16 ans. Les symptômes sont apparus le 4 novembre; hospitalisée le 6, elle est décédée le 8.

Le second a touché une femme de 20 ans de Jakarta chez qui les symptômes sont apparus le 5 novembre. Hospitalisée le 9 novembre, elle est décédée le 12.

Les 2 cas ont été confirmés par un laboratoire de référence de l'OMS à Hong Kong RAS. Les examens sur le terrain se poursuivent. Ces 2 cas portent à 11, dont 7 mortels, le nombre des cas confirmés en Indonésie.

¹ Voir N° 43, 2005, p. 369.

Grippe aviaire, Thaïlande¹

Le 14 novembre 2005, le Ministère thaïlandais de la Santé publique a confirmé un nouveau cas d'infection humaine par le virus H5N1 de la grippe aviaire chez un jeune garçon d'une banlieue de Bangkok âgé de 18 mois. Les symptômes sont apparus le 1er novembre et il a été hospitalisé le 5. Son état actuel est satisfaisant.

Il s'agit du quatrième cas confirmé au laboratoire touchant la Thaïlande cette année. Depuis janvier 2004, la Thaïlande a signalé 21 cas, dont 13 mortels.

¹ Voir N° 43, 2005, pp. 369–370.

Fièvre jaune, Mali – mise à jour¹

Au 10 novembre 2005, l'OMS avait reçu des informations du Ministère de la Santé du Mali faisant état d'un total de 21 cas suspects de fièvre jaune (dont 14 mortels) dans la région de Kayes, qui avaient tout d'abord touché le district de Bafoulabé, entre le 7 et le 27 octobre.²

Les tests ont été initialement effectués au laboratoire de référence national malien, puis 14 échantillons sanguins prélevés chez des cas suspects ont été envoyés à l'Institut Pasteur de Dakar (Sénégal), centre collaborateur OMS pour la fièvre jaune. Quatre d'entre eux se sont avérés positifs à la fièvre jaune.

Une équipe composée de membres du Ministère de la Santé, de Médecins Sans Frontières et de l'OMS est actuellement entrain de mener une évaluation épidémiologique dans la région concernée. Le Ministère de la Santé a par ailleurs demandé 4 millions de doses supplémentaires du vaccin contre la fièvre jaune afin d'étendre la couverture vaccinale aux districts environnants. ■

¹ Voir N° 45, 2005, p. 389.

² Voir http://www.who.int/csr/don/2005_11_03/fr/index.html

Conclusions et recommandations du Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite, Genève, 11-12 octobre 2005

La deuxième réunion du Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite a été convoquée à Genève les 11 et 12 octobre 2005 pour fournir à l'OMS et à l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite un avis d'expert sur:

- programme priorities and policies for interrupting transmission of wild poliovirus worldwide;
- limiting the international spread of circulating polioviruses, including mechanisms to operationalize the ACPE *Standing recommendations for responding to circulating polioviruses in polio-free areas*;¹
- refining the programme of work for eventual cessation of immunization with oral poliovirus vaccine (OPV) following interruption of wild poliovirus transmission.

1. Interrupting transmission of wild poliovirus

1.1 Strategic priorities

As of 12 October, cases of paralytic polio caused by wild poliovirus in 2005 had been reported from 15 countries (including 5 of the 6 countries endemic for indigenous wild poliovirus in January 2005). Progress in restricting transmission of wild poliovirus has been substantial in all endemic countries except Nigeria. In the endemic reservoirs in Afghanistan, India and Pakistan, transmission of wild poliovirus has been reduced by 50% compared with the same period in 2004. Egypt has reported no polio cases caused by wild poliovirus in 2005, and the last environmental sample positive for wild poliovirus was collected in January 2005. More than 60% of all polio cases reported to date globally in 2005 have been from outbreaks in previously polio-free countries following importations of wild poliovirus; some of these outbreaks have continued from 2004. Of particular concern are ongoing outbreaks in Angola, countries in the Horn of Africa (Ethiopia, Eritrea, Somalia), Indonesia and Yemen.

The ACPE noted that considerable progress had been made in addressing the recommendations of the first ACPE meeting in September 2004.² In particular, the development, licensing and use of monovalent OPV type 1 (mOPV1) has had, and will continue to have, a major positive impact on the elimination of wild poliovirus in endemic countries and the control of outbreaks following importations.

Recommendations

- The 2005–2006 strategic priorities for accelerating and securing the interruption of wild poliovirus transmission globally should be (a) to expand the use of mOPVs for polio campaigns in infected areas, (b) to achieve and sustain the annual reporting rate for acute flaccid paralysis (AFP) surveillance of ≥ 2 per 100 000 children aged <15 years in all infected and high-risk areas, with weekly tracking of specimen processing, (c) to reduce outbreak response time to <4 weeks from confirmation of the index case, (d) to reduce the time for laboratory confirmation of cases, and (e) to enhance and maintain routine immunization against polio globally. Specific recommendations for each priority are outlined in subsequent sections of this report.
- Ongoing transmission of wild poliovirus in Nigeria constitutes the single greatest risk to the ultimate success of the eradication initiative. The burden of polio disease in Nigeria is of an order of magnitude greater than that in any other endemic country, the rate of decline of new cases is slower than expected, and it is the only country in the world in which 2 serotypes continue to circulate over a large geographical area. Consequently, the ACPE should closely monitor progress in Nigeria and be informed of key strategic decisions.

¹ See No. 38, 2005, pp. 330–331.

² See No. 45, 2004, pp. 401–407.

- les priorités et les politiques programmatiques destinées à interrompre la transmission du poliovirus sauvage dans le monde;
- la limitation de la propagation internationale des poliovirus circulants, et notamment des mécanismes destinés à mettre en œuvre les *Recommandations en vigueur du Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite concernant les poliovirus circulant dans les zones exemptes de poliomyélite*;¹
- la mise au point du programme de travail en vue de l'arrêt de la vaccination par le vaccin antipoliomyélique oral (VPO) après l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage.

1. Interruption de la transmission du poliovirus sauvage

1.1 Priorités stratégiques

Au 12 octobre, 15 pays (dont 5 des 6 pays où le poliovirus sauvage autochtone sévissait à l'état endémique en janvier 2005) déclaraient des cas de poliomyélite paralytique provoqués par le poliovirus sauvage en 2005. Les progrès concernant la limitation de la transmission du poliovirus sauvage ont été importants dans tous les pays d'endémie sauf le Nigéria. Dans les réservoirs d'endémicité, en Afghanistan, en Inde et au Pakistan, la transmission du poliovirus sauvage a été réduite de 50% par rapport à la même période en 2004. L'Égypte n'a signalé aucun cas de poliomyélite provoqué par le poliovirus sauvage en 2005 et le dernier échantillon environnemental positif pour le poliovirus sauvage a été prélevé en janvier 2005. Plus de 60% des cas de poliomyélite déclarés à ce jour dans le monde en 2005 l'ont été lors de flambées survenues dans des pays précédemment exempts de poliomyélite suite à l'importation de poliovirus sauvages; certaines de ces flambées avaient débuté en 2004. Les flambées qui se poursuivent en Angola, dans les pays de la Corne de l'Afrique (Ethiopie, Érythrée, Somalie), en Indonésie et au Yémen sont particulièrement préoccupantes.

Le Comité a noté que des progrès considérables avaient été réalisés en ce qui concerne la mise en œuvre des recommandations qu'il avait faites à sa première réunion en septembre 2004.² En particulier, la mise au point, l'homologation et l'utilisation du VPO monovalent type 1 (VPOm1) ont eu et continueront d'avoir des effets positifs importants sur l'élimination du poliovirus sauvage dans les pays d'endémie et sur la lutte contre les flambées liées à des importations du virus.

Recommandations

- Les priorités stratégiques pour 2005-2006 concernant l'accélération et le maintien de l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage dans le monde devraient être les suivantes: a) élargir l'utilisation du VPOm pour les campagnes antipoliomyélitiques dans les zones infectées, b) atteindre et maintenir un taux annuel de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) ≥ 2 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans dans toutes les zones infectées et à haut risque, avec suivi hebdomadaire des échantillons en cours d'analyse, c) ramener le temps de riposte à moins de 4 semaines à partir de la confirmation du cas indicateur, d) réduire le temps de confirmation des cas par les laboratoires, et e) renforcer et maintenir la vaccination systématique contre la poliomyélite partout dans le monde. Des recommandations particulières pour chaque priorité sont détaillées dans les sections correspondantes du présent rapport.
- La transmission du poliovirus sauvage qui se poursuit au Nigéria constitue le risque principal pour le succès ultime de l'éradication. La charge de morbidité poliomyélique au Nigéria est plus importante que dans n'importe quel autre pays d'endémie, le rythme de diminution des cas nouveaux étant plus lent que prévu; le Nigéria est le seul pays au monde dans lequel 2 sérotypes continuent à circuler sur une zone géographique étendue. Par conséquent, le Comité devrait surveiller de près les progrès de la situation au Nigéria et être tenu informé des principales décisions stratégiques.

¹ Voir N° 38, 2005, pp. 330-331.

² Voir N° 45, 2004, pp. 401-407.

- Given the increasing burden of disease caused by the circulation of imported polioviruses, and the need to markedly enhance the speed and intensity of response to such events, WHO should seek the endorsement of its governing bodies to communicate immediately to the highest levels of government in a reinfected country the international importance and implications of the importation, the need for appropriate response activities, and the availability of international expert technical assistance for planning and implementing the response.
- Recognizing that the quality of supplementary immunization activities (SIAs) is of fundamental importance to monitoring and guiding the Global Polio Eradication Initiative, comparable data on SIA quality across polio-infected countries should be accessible to the ACPE on at least a quarterly basis (i.e. independent SIA monitoring data; immunization status of non-polio AFP³ cases).

1.2 Enhancing the impact of SIAs: use of mOPV in endemic areas

Afghanistan, Egypt, India and Pakistan have all implemented SIAs using mOPV1, and Afghanistan and India plan to implement rounds in selected areas using mOPV3 in the coming months. The ACPE notes that there is early but very encouraging evidence of a positive impact of mOPV1 in restricting or eliminating wild poliovirus transmission in endemic reservoir areas of Egypt and India.

The ACPE also notes that standard monitoring of SIA quality in endemic countries is now common practice. Efforts are ongoing to ensure that every eligible child is reached during each SIA, using proven strategies as recommended by the technical advisory group for each of those countries.

Recommendations

- The ACPE should be immediately apprised of the outcomes of each of the ongoing mOPV1 clinical trials investigating seroconversion and virus excretion following challenge.
- Based on the rapidly accumulating experience with mOPV1, and the available empirical data on its impact, mOPV use should immediately be expanded to interrupt transmission in all areas with circulating polioviruses.
- For endemic areas, the ACPE recommends the following immunization measures:
 - Where a single poliovirus serotype is circulating, the appropriate mOPV should be used to enhance the impact of all SIAs;
 - In countries where 2 poliovirus serotypes circulate:
 - the SIA vaccine strategy should include mOPVs;
 - decisions on the appropriate area(s) for the use of each mOPV should be made on the basis of the epidemiological situation;
 - in those areas where 2 serotypes may be circulating, interrupting transmission of type 1 wild poliovirus should be the priority, given its higher paralytic rate and greater potential for local and international spread.
 - For Nigeria, the ACPE makes the following recommendations, in keeping with the basic principles outlined above and in the ACPE report of September 2004,² and with reference to the report of the Expert Review Committee for Nigeria of September 2005:⁴

- Compte tenu de l'augmentation de la charge de morbidité entraînée par la circulation de poliovirus importés et de la nécessité d'accroître sensiblement la rapidité et l'intensité de la réponse à ces événements, l'OMS devrait, moyennant l'approbation de ses organes directeurs, informer immédiatement les plus hautes instances gouvernementales d'un pays réinfecté de l'importance internationale et des répercussions d'une importation, de la nécessité de prendre des mesures de riposte appropriées, et de l'existence d'une assistance technique d'experts internationaux en matière de planification et d'application des mesures de riposte.
- La qualité des activités de vaccination supplémentaires (AVS) revêtant une importance fondamentale pour la surveillance et l'orientation de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, le Comité devrait pouvoir disposer de données comparables sur la qualité des AVS dans tous les pays infectés par la poliomyélite au moins sur une base trimestrielle (données indépendantes d'évaluation des AVS; statut vaccinal des cas de PFA³ non poliomyélitiques).

1.2 Renforcement de l'impact des activités de vaccination supplémentaires: utilisation du VPOM dans les zones d'endémie

L'Afghanistan, l'Égypte, l'Inde et le Pakistan ont tous mis en œuvre des AVS utilisant le VPOM1, et l'Afghanistan et l'Inde prévoient d'organiser des campagnes de vaccination dans des zones déterminées en utilisant le VPOM3 au cours des prochains mois. Selon le Comité, les premières constatations démontrent de manière encourageante un effet positif du VPOM1 pour restreindre ou éliminer la transmission du poliovirus sauvage dans les zones réservoirs d'endémicité en Égypte et en Inde.

Le Comité note également qu'une standardisation qualitative de la surveillance des AVS dans les pays d'endémie est désormais pratique courante. Les efforts se poursuivent pour vérifier que tous les enfants à vacciner le soient au cours de chaque AVS, sur la base de stratégies éprouvées, conformément aux recommandations du groupe consultatif technique pour chacun de ces pays.

Recommendations

- Le Comité devrait être immédiatement informé des résultats de chaque essai clinique de VPOM1 en cours portant sur la séroconversion et l'excrétion du virus après administration d'épreuve.
- Sur la base des données d'expérience qui s'accumulent rapidement sur le VPOM1 et des données empiriques disponibles quant à son impact, l'utilisation du VPOM devrait être immédiatement élargie afin d'interrompre la transmission dans toutes les zones où circulent des poliovirus.
- En ce qui concerne les zones d'endémie, le Comité recommande les mesures de vaccination suivantes:
 - Lorsque ne circule qu'un seul sérotype de poliovirus, le VPOM approprié devrait être utilisé pour accroître l'impact de toutes les AVS.
 - Dans les pays où circulent 2 sérotypes de poliovirus:
 - la stratégie vaccinale des AVS devrait inclure les VPOM;
 - les décisions concernant les zones où chaque VPOM devrait être utilisé devraient être prises en fonction de la situation épidémiologique;
 - dans les zones où 2 sérotypes pourraient être en circulation, l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage de type 1 devrait être la priorité, compte tenu de son taux de paralysie supérieur et de son plus gros potentiel de propagation locale ou internationale.
 - En ce qui concerne le Nigéria, le Comité formule les recommandations suivantes, conformément aux principes de base définis ci-dessus et à son rapport de septembre 2004,² compte tenu également du rapport du Comité d'experts concernant le Nigéria de septembre 2005:⁴

³ AFP: acute flaccid paralysis.

⁴ See http://www.who-nigeria.org/report/expert/6th_ERC_Report_April2005.pdf

³ PFA: paralysie flasque aigüe.

⁴ Voir http://www.who-nigeria.org/report/expert/6th_ERC_Report_April2005.pdf

- The greatest priority must be to increase the quality and number of routine and supplementary polio immunization contacts in the polio-infected (primarily northern) states.
 - mOPV1 should be introduced into SIAs as early as possible in Nigeria as a complement to the ongoing work to improve SIA quality.
 - The use of mOPV1 must be accompanied by consultation with local stakeholders and complemented by appropriate programme communication work, maximizing the experience gained from mOPV1 introduction in other countries.
 - mOPV1 should be used in at least 2 rounds of SIAs between November 2005 and end-February 2006 in all of the states in which wild poliovirus type 1 has been detected since 1 June 2005.
 - The further use of mOPV(s) in the subsequent SIAs in the first half of 2006 should be guided by the evolving epidemiology of poliomyelitis in the country, the experience with mOPV1 and the experience with monovalent vaccines in other countries with 2 circulating serotypes (e.g. Afghanistan and India).
 - Given the profound concern of the ACPE regarding the rate of progress in Nigeria, and the international consequences of continued transmission in that country, the ACPE requests that it be regularly apprised of progress resulting from improvements in SIA quality and mOPV1 introduction.
- o In polio-free countries bordering endemic areas or at high risk of wild poliovirus importations, a single round of SIAs with mOPV should be considered if they provide epidemiological and programmatic advantages to reducing the risk of importations.
 - o In all countries, trivalent OPV (tOPV) should continue to be used in routine immunization activities and, when appropriate, during SIAs in polio-free areas of infected countries.

1.3 Limiting the international spread of circulating polioviruses

The importance of outbreaks caused by importations of wild poliovirus into polio-free areas has increased significantly in 2004 and 2005. Several outbreaks following an importation have led to further international spread. More than 57% of all cases reported globally to date in 2005 have been from outbreaks in previously polio-free countries. Transmission of wild poliovirus in the areas of west and central Africa that were reinfected in 2003 and 2004 is now stopping. Sudan, which has experienced a sustained outbreak following importation of wild poliovirus in 2004, has not confirmed a further case since June 2005. However, more recent outbreaks remain a significant concern, including those in Angola, countries in the Horn of Africa (Ethiopia, Eritrea, Somalia), Indonesia and Yemen.

With respect to outbreaks following importation of wild poliovirus in 2004 and 2005, the ACPE notes the tremendous efforts being made by national governments and partners to halt these outbreaks and to eliminate the risk of further spread. This response has included, or will include, the use of mOPV1 in Angola, Ethiopia, Eritrea, Nepal, Somalia, Sudan and Yemen. However, the ACPE emphasizes that the risk of further national and international spread of wild poliovirus caused by these ongoing outbreaks will remain until transmission is again stopped.

Recommendations

- Recognizing the significance of large-scale outbreaks associated with imported polioviruses in areas of suboptimal population immunity, the risks these viruses pose to sur-

- La priorité absolue doit consister à accroître la qualité et le nombre des occasions de vaccination antipoliomyélitique systématiques et supplémentaires dans les états (principalement septentrionaux) infectés.
 - Le VOPm1 devrait être introduit dès que possible dans les AVS au Nigéria pour compléter les efforts en cours visant à améliorer la qualité de celles-ci.
 - L'utilisation du VPOm1 doit aller de pair avec la consultation des partenaires locaux et être complétée par un programme adapté de communication, mettant à profit l'expérience acquise lors de l'utilisation du VOPm1 dans d'autres pays.
 - Le VOPm1 devrait être utilisé dans le cadre d'au moins 2 séries d'AVS entre novembre 2005 et fin février 2006 dans tous les Etats où le poliovirus sauvage de type 1 a été détecté depuis le 1^{er} juin 2005.
 - La poursuite de l'utilisation des VPOm lors d'AVS ultérieures au cours du premier semestre 2006 devrait être guidée par l'évolution épidémiologique de la poliomyélite dans les pays, l'expérience acquise concernant le VPOm1 et l'expérience acquise de l'utilisation des vaccins monovalents dans d'autres pays où circulent 2 sérotypes (Afghanistan et Inde, par exemple).
 - Etant donné sa profonde préoccupation au sujet du rythme des progrès au Nigéria et des conséquences internationales d'une poursuite de la transmission dans ce pays, le Comité demande à être tenu régulièrement informé des progrès résultant de l'amélioration de la qualité des AVS et de l'introduction du VPOm1.
- o Dans les pays exempts de poliomyélite voisins de zones d'endémie ou à risque élevé d'importation de poliovirus sauvage, une campagne unique d'AVS utilisant le VPOm devrait être envisagée si elle offre des avantages épidémiologiques et programmatiques en vue de réduire le risque d'importation.
 - o Dans tous les pays, le VPO trivalent (VPOt) devrait continuer à être utilisé dans le cadre des activités de vaccination systématique et, le cas échéant, au cours des AVS dans les zones exemptes de poliomyélite des pays infectés.

1.3 Limiter la propagation internationale des poliovirus circulants

L'importance des flambées provoquées par l'importation de poliovirus sauvages dans des zones exemptes de poliomyélite a sensiblement augmenté en 2004 et 2005. Plusieurs flambées consécutives à une importation ont débouché sur une propagation internationale ultérieure. Plus de 57% des cas signalés dans le monde jusqu'ici en 2005 l'ont été lors de flambées dans des pays précédemment exempts de poliomyélite. La transmission du poliovirus sauvage dans les zones d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale réinfectées en 2003 et 2004 est en train de cesser. Le Soudan, qui avait connu une flambée durable suite à l'importation de poliovirus sauvages en 2004, n'a pas confirmé de nouveaux cas depuis juin 2005. Toutefois, des flambées plus récentes restent préoccupantes, notamment celles qui sont survenues en Angola, dans les pays de la Corne de l'Afrique (Ethiopie, Erythrée, Somalie), en Indonésie et au Yémen.

En ce qui concerne les flambées consécutives à l'importation de poliovirus sauvages en 2004 et 2005, le Comité note les efforts considérables accomplis par les gouvernements nationaux et les partenaires pour faire cesser ces flambées et éliminer le risque de propagation plus étendue. Cette intervention a reposé ou reposera sur l'utilisation des VPOm1 en Angola, en Ethiopie, en Erythrée, au Népal, en Somalie, au Soudan et au Yémen. Le Comité souligne néanmoins que le risque de propagation nationale ou internationale plus étendue du poliovirus sauvage provoquée par ces flambées en cours demeurera jusqu'à l'arrêt de la transmission.

Recommendations

- Reconnaisant l'importance des flambées étendues associées à des poliovirus importés dans des zones où l'immunité de la population est insuffisante, les risques que ces virus présentent

rounding countries, and the recent WHO-commissioned consequence' assessment⁵ the ACPE recommends that the Director-General of WHO consider declaring as a "public health emergency of international concern":

- o the detection of a circulating poliovirus in any previously polio-free geographical area that (a) does not have survey-confirmed routine childhood polio immunization coverage of >90% and (b) has not conducted supplementary polio immunization campaigns within the past 6–12 months;
- o any poliovirus outbreak that continues to expand geographically for more than 60 days after confirmation of the index case.
- The ACPE welcomes rapid notification by WHO of the detection of a circulating poliovirus in a high-risk polio-free area and, following the initial assessment, consultation on (a) whether the event constitutes a public health emergency of international concern (per the criteria above) and (b) the response plan.
- In Angola and Indonesia, transmission of imported wild polioviruses has continued following the first nationwide polio immunization campaign conducted in response. Furthermore, both countries have needed to rely wholly or partly on tOPV for the response activities to date. Consequently, the ACPE urges the implementation of an additional nationwide polio immunization campaign in both countries in November 2005, incorporating mOPV1. The need for further polio mop-up activities should be guided by the presence and extent of further breakthrough transmission.
- Polio-free countries detecting circulating polioviruses should immediately implement the September 2005 ACPE *Standing recommendations for responding to circulating polioviruses in polio-free areas*,¹ particularly the completion of an expert risk assessment and large-scale response plan within 72 hours, immediate initiation of an in-depth epidemiological investigation and implementation of local control measures according to national guidelines. Furthermore, countries should plan to continue large-scale mOPV polio campaigns until at least 2 full rounds have been conducted after the last virus is detected. The need for further activities will depend on the epidemiology of the outbreak and the risk of further importation.
- WHO, UNICEF and partner agencies should immediately establish the mechanisms needed to fully support countries in implementing the ACPE's standing recommendations, including the capacity (a) to provide technical support for the expert risk assessment and response plan, (b) to transfer funds directly to respective country offices to support activities, (c) to order and deliver mOPV within 5 working days, and (d) to rapidly deploy sufficient technical assistance to facilitate subnational micro-planning and implementation.
- Consistent with their stated commitment to global polio eradication, all polio-free countries should maintain high-quality surveillance systems, achieve and sustain high population immunity (particularly among high-risk groups) through routine immunization programmes, and update their plans for detecting and responding to importations of poliovirus in line with the ACPE's standing recommendations.

pour les pays avoisinants et l'évaluation des conséquences récemment commandée par l'OMS,⁵ le Comité recommande que le Directeur général de l'OMS envisage de déclarer «une urgence de santé publique de portée internationale» pour:

- o la détection d'un poliovirus circulant dans toute zone géographique précédemment exempte de poliomyélite qui a) ne justifie pas d'une couverture par la vaccination antipoliomyélique systématique des enfants confirmée par enquête supérieure à 90% et b) n'a pas organisé de campagnes de vaccination antipoliomyélique supplémentaires au cours des 6 à 12 derniers mois;
- o toute flambée due au poliovirus qui continue de s'étendre géographiquement plus de 60 jours après confirmation du cas indicateur.
- Le Comité se félicite de la notification rapide par l'OMS de la détection d'un poliovirus circulant dans une zone à haut risque exempte de poliomyélite et, suite à l'évaluation initiale, d'une consultation visant à déterminer a) si l'événement constitue une urgence de santé publique de portée internationale (selon les critères ci-dessus) et b) le plan d'action à mettre en place.
- En Angola et en Indonésie, la transmission de poliovirus sauvages importés s'est poursuivie à la suite de la première campagne nationale de vaccination antipoliomyélique organisée à titre de riposte. En outre, les 2 pays ont dû jusqu'ici compter entièrement ou partiellement sur le VPOt pour leurs activités de riposte. Par conséquent, le Comité invite instamment à mettre en œuvre une campagne nationale supplémentaire de vaccination antipoliomyélique dans ces 2 pays en novembre 2005 en utilisant le VPOm1. La nécessité de nouvelles activités de ratissage sera déterminée par la présence et l'étendue de toute nouvelle transmission du poliovirus.
- Les pays exempts de poliomyélite détectant des poliovirus circulants devraient immédiatement mettre en œuvre les *Recommandations en vigueur du Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite concernant les poliovirus circulant dans les zones exemptes de poliomyélite*,¹ en particulier faire mener à bien une évaluation des risques par des experts et établir un plan d'action de grande échelle dans les 72 heures, mettre en route immédiatement une enquête épidémiologique approfondie et appliquer des mesures de lutte locale conformément aux directives nationales. En outre, les pays devraient prévoir de poursuivre des campagnes à grande échelle de vaccination antipoliomyélique par le VPOm jusqu'à ce qu'au moins 2 tournées complètes aient été effectuées après la détection du dernier virus. La nécessité d'autres activités dépendra de l'épidémiologie de la flambée et du risque de nouvelle importation.
- L'OMS, l'UNICEF et les agences partenaires devraient immédiatement mettre en place les mécanismes nécessaires pour aider pleinement les pays à mettre en œuvre les recommandations en vigueur du Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite, et notamment les capacités de a) fournir un soutien technique pour l'évaluation des risques par des experts et l'établissement du plan d'action, b) transférer directement des fonds aux bureaux de pays respectifs pour soutenir les activités, c) commander et livrer le VPOm dans les 5 jours ouvrables, et d) déployer rapidement des moyens d'assistance technique suffisants pour faciliter la micro-planification et la mise en œuvre au niveau infranational.
- Conformément à leur engagement déclaré en faveur de l'éradication mondiale, tous les pays exempts de poliomyélite devraient maintenir des systèmes de surveillance de qualité, atteindre et maintenir un niveau d'immunité élevé dans la population, en particulier parmi les groupes à haut risque, grâce à des programmes de vaccination systématique, et actualiser leurs plans de dépistage et de réaction en cas d'importation de poliovirus, en appliquant les recommandations en vigueur du Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite.

⁵ Fine PEM, Ritchie S. *Consequences of release/reintroduction of polioviruses in different geographical areas after OPV cessation* [commissioned paper for the Advisory Committee on Polio Eradication, 11 October 2005.] Geneva, World Health Organization.

⁵ Fine PEM, Ritchie S. *Consequences of release/reintroduction of polioviruses in different geographical areas after OPV cessation* [document établi à l'intention du Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite, 11 octobre 2005]. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

- The ACPE endorses the establishment of a working group on accelerating laboratory confirmation of poliovirus and the current programme of work focusing on (a) rapid shipment and closer tracking of specimens by country programmes, (b) expanding the number of LabNet facilities conducting intratypic differentiation, (c) refining and introducing a shortened algorithm for specimen processing and virus identification, and (d) evaluating new technologies for potential use in the LabNet (e.g. IgM, stool antigen detection).
- Recognizing the epidemic potential of polioviruses and the consequences of such epidemic spread in the post-OPV era, WHO and partner agencies should continue their work to significantly reduce the period from onset of paralysis of an index case to the implementation of the first large-scale supplementary immunization response campaign with mOPV.
- Based on emerging evidence demonstrating the capacity of some vaccine-derived polioviruses (VDPVs) to circulate and cause outbreaks of paralytic poliomyelitis, the ACPE recommends that the case definition for poliomyelitis within the *International health regulations* (2005) be updated to include circulating VDPVs.

2. Refining the programme of work for cessation of the use of OPV

2.1 Use of inactivated polio vaccine (IPV) before and during OPV cessation

The ACPE notes the further development of long-term policy on IPV use in routine immunization programmes, as outlined in the proposed supplement to the *WHO position paper on inactivated poliovirus vaccine into oral poliovirus vaccine-using countries*.⁶ The ACPE notes in particular the proposed requirement for routine IPV use in countries that will constitute an international biosafety risk in the post-eradication, post-OPV era, because of the storage and handling of poliovirus.

Recommendations

- The ACPE reaffirms that the guidance outlined in the current WHO position paper on IPV for OPV-using countries remains appropriate.
- The ACPE endorses the general direction of the proposed Supplement to the WHO position paper on IPV for OPV-using countries⁷ with the following comments:
 - o The supplement to the position paper should be fully aligned with the major directions of the 3rd edition of the *Global action plan for the laboratory containment of polioviruses* (GAP III).
 - o The post-OPV immunization requirements for countries storing or manipulating wild polioviruses may need to be as stringent as those for countries with IPV production sites if such countries constitute a great an international biosafety risk.
 - o The underlying assumptions regarding the time-limited risk of cVDPV emergence, and the capacity to manage these risks in the OPV cessation period, should be made explicit in the position paper. These assumptions and their implications for IPV use should continue to be assessed and the position paper revised as appropriate.
- WHO should continue investigating the potential use of fractional doses of IPV to reduce costs associated

⁶ See No. 28, 2003, 241–250.

⁷ This WHO position paper will constitute a supplement to, rather than a replacement of, the existing *WHO position paper on IPV for OPV-using countries*.

- Le Comité approuve la création d'un groupe de travail sur l'accélération de la confirmation en laboratoire du poliovirus et le programme de travail axé sur a) l'expédition rapide et un suivi étroit des échantillons par les programmes de pays, b) l'augmentation du nombre d'installations LabNet capables d'effectuer la différenciation intratypique, c) l'amélioration et l'introduction de l'algorithme abrégé pour le traitement des échantillons et l'identification du virus, et d) l'évaluation des nouvelles technologies susceptibles d'être utilisées dans le cadre de LabNet (IgM, détection des antigènes dans les échantillons de selles, par exemple).
- Conscients du potentiel épidémique du poliovirus et des conséquences qu'aurait une propagation épidémique après l'arrêt de la vaccination, l'OMS et ses partenaires devraient continuer à s'employer à réduire sensiblement le délai qui s'écoule entre l'apparition de la paralysie chez un cas indicateur et la mise en œuvre de la première campagne de vaccination supplémentaire à grande échelle par le VPOM.
- Sur la base des données émergentes démontrant la capacité de certains poliovirus dérivés de la souche vaccinale (PVDV) à circuler et provoquer des flambées de poliomyélite paralytique, le Comité recommande que la définition du cas de poliomyélite figurant dans le Règlement sanitaire international (2005) soit mise à jour pour inclure les PVDV circulants.

2. Mise au point du programme de travail pour l'arrêt de l'utilisation du VPO

2.1 Utilisation du vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) avant et après l'arrêt de l'utilisation du VPO

Le Comité prend acte de la poursuite de l'élaboration d'une politique à long terme sur l'utilisation du VPI dans le cadre des programmes de vaccination systématique, telle qu'elle est décrite dans le supplément proposé à la *Note d'information de l'OMS sur l'adoption du vaccin antipoliomyélique inactivé par les pays utilisant le vaccin antipoliomyélique oral*.⁶ Le Comité note en particulier qu'il est proposé d'exiger l'utilisation systématique du VPI dans les pays qui constitueront un risque pour la sécurité biologique internationale après l'éradication, suite à l'arrêt de l'utilisation du VPO, en raison du stockage et de la manipulation de poliovirus.

Recommandations

- Le Comité réaffirme que les principes énoncés dans la note d'information actuelle de l'OMS sur l'adoption du VPI par les pays utilisant le VPO restent valables.
- Le Comité approuve l'orientation générale du supplément proposé à la note d'information de l'OMS sur l'adoption du VPI par les pays utilisant le VPO avec les observations suivantes:⁷
 - o Le supplément à la note d'information devra être pleinement aligné sur les principales orientations de la troisième édition du Plan d'action mondial pour le confinement en laboratoire des poliovirus (*Global action plan for the laboratory containment of polioviruses*).
 - o Après l'arrêt de la vaccination par le VPO, les exigences en matière de vaccination pour les pays qui conservent ou manipulent des poliovirus sauvages devront être aussi strictes que pour les pays qui possèdent des sites de production du VPI si ces pays constituent un aussi grand risque pour la sécurité biologique internationale.
 - o Les hypothèses sous-jacentes concernant le risque limité dans le temps de l'émergence de PVDVc et la capacité de gérer ces risques lorsque le VPO aura été abandonné devraient être expliquées clairement dans la note d'information. Il conviendra de continuer à évaluer ces hypothèses et leurs répercussions pour l'utilisation du VPI et de réviser en conséquence la note d'information.
- L'OMS devrait poursuivre les recherches sur l'utilisation potentielle de doses fractionnées de VPI afin de réduire les coûts

⁶ Voir N° 28, 2003, 241-250.

⁷ Cette note d'information de l'OMS constituera un supplément à la note d'information existante sur l'adoption du vaccin antipoliomyélique inactivé par les pays utilisant le vaccin antipoliomyélique oral, mais ne la remplacera pas.

with large-scale public-sector use in the post-OPV era.

- Recognizing the potential role that Sabin-strain IPV could play in reducing the risks and consequences associated with poliovirus amplification in the post-OPV era, WHO should:
 - continue monitoring and supporting Sabin-strain IPV development work, which may include developing a D-antigen potency assay for Sabin virus comparing the D-antigen content and immunogenicity of Sabin and Salk products, and facilitating evaluation of the neurovirulence of Sabin viruses following large-scale amplification;
 - evaluate the economics of Sabin-IPV vs Salk-IPV for new and existing manufacturers based on factors such as relative virus yields, antigen content, production and containment processes, presentation, and costs associated with licensing and/or relicensing of products.

2.2 Further actions to refine the programme of work for OPV cessation

The ACPE notes the progress made in addressing the recommendations of the September 2004 meeting on the programme of work for eventual OPV cessation. While the programme of work is progressing, the information required to inform fully policy and planning is continually evolving.

Recommendations

- Recognizing that assumptions regarding VDPVs underpin the entire strategy for OPV cessation and that knowledge in this regard is continuing to evolve, the highest priority must be given to ongoing work to better characterize the incidence and behaviour of these viruses, particularly in areas of low population immunity.
- The ACPE endorses the WHO plan to convene an ad hoc advisory group to provide (a) oversight to the development of policies for the containment of all polioviruses and (b) guidance on policy implementation to relevant facilities, governments, certification commissions and technical bodies. This group should include relevant expertise on biosafety, vaccine production, international verification schemes and risk management.
- The full draft of the 3rd edition of the GAP III should be disseminated for wide public comment by the second quarter of 2006. To facilitate the process of international comment and consensus-building on GAP III, relevant elements of the plan should be circulated as they are completed.
- The composition of the mOPV stockpile, in terms of both the total vaccine available and the proportion in bulk vs finished product, should continue to be updated based on the emerging understanding of the incidence and consequences of VDPVs by serotype.
- To facilitate the timely development and implementation of policies relevant to OPV cessation, an ACPE meeting to review the full body of work in this area should be planned for mid-2006, contingent on progress towards eradication of wild-type poliovirus. ■

associés à son utilisation à grande échelle dans le secteur public lorsque le VPO aura été abandonné.

- Reconnaisant le rôle possible que pourrait jouer le VPI préparé à partir de la souche Sabin dans la réduction des risques et conséquences associés à l'amplification du poliovirus dans la période post-VPO, l'OMS devrait:
 - continuer à surveiller et à soutenir les travaux de mise au point du VPI préparé à partir de la souche Sabin, qui peuvent comprendre la mise au point d'une épreuve d'activité de l'antigène-D pour le virus Sabin, comparant la teneur en antigène-D et l'immunogénicité des produits Sabin et Salk et facilitant l'évaluation de la neurovirulence des virus Sabin après amplification à grande échelle;
 - évaluer les aspects économiques respectifs du VPI-Sabin et du VPI-Salk pour les fabricants existants et les nouveaux à partir de facteurs tels que les rendements relatifs en virus, la teneur en antigènes, les méthodes de production et de confinement, la présentation et les coûts associés à l'homologation et/ou à la réhomologation des produits.

2.2 Autres mesures destinées à mettre au point le programme de travail pour l'arrêt de la vaccination par le VPO

Le Comité prend note des progrès accomplis dans la mise en oeuvre des recommandations de sa réunion de septembre 2004 sur le programme de travail en vue de l'arrêt de la vaccination par le VPO. Le programme de travail progresse, mais les informations requises pour pouvoir infléchir la politique et la planification évoluent en permanence.

Recommendations

- Si l'on considère que toute la stratégie de cessation de la vaccination par le VPO repose sur les hypothèses concernant les PVDV et que les connaissances à cet égard continuent à évoluer, le rang le plus élevé de priorité doit aller aux travaux en cours visant à mieux caractériser l'incidence et le comportement de ces virus, en particulier dans les zones où l'immunité de la population est faible.
- Le Comité approuve que l'OMS ait prévu de réunir un groupe consultatif spécial chargé a) de suivre l'élaboration de politiques visant à endiguer tous les poliovirus et b) d'émettre des recommandations concernant la mise en oeuvre de la politique aux établissements, gouvernements, commissions de certification et organes techniques pertinents. Ce groupe devrait être composé d'experts compétents en matière de sûreté biologique, production de vaccins, système de vaccination internationale et gestion des risques.
- Le texte provisoire complet de la troisième édition du GAP III devrait être distribué à un large public pour commentaires d'ici le deuxième trimestre de 2006. Pour faciliter le processus de consultation internationale et la recherche d'un consensus sur le GAP III, les éléments pertinents du plan devront être diffusés dès leur achèvement.
- La composition du stock de VPOm, qu'il s'agisse des quantités totales de vaccin disponible ou de la proportion de produit en vrac ou fini, devrait continuer d'être mise à jour en fonction de l'évolution des connaissances concernant l'incidence et les conséquences des PVDV par sérotype.
- Afin de faciliter l'élaboration et l'application rapides de politiques applicables à l'arrêt de la vaccination par le VPO, une réunion du Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite chargée d'examiner la somme des travaux réalisés dans ce domaine devrait être programmée pour 2006, selon les progrès accomplis alors en vue de l'éradication du poliovirus sauvage. ■

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 18 to 24 November 2005 / Notifications de maladies reçues du 18 au 24 novembre 2005

Cholera / Choléra

Africa / Afrique		Cases / Deaths Cas / Décès	Mozambique		Cases / Deaths Cas / Décès	Senegal/ Sénégal		Cases / Deaths Cas / Décès
Ghana	11.IX-05.XI	34	.....	03.X-16.XI	520	.....	31.X-13.XI	668
Guinea-Bissau/ Guinée-Bissau	10-30.X	61	.....	09-21.XI	304	.....	
				