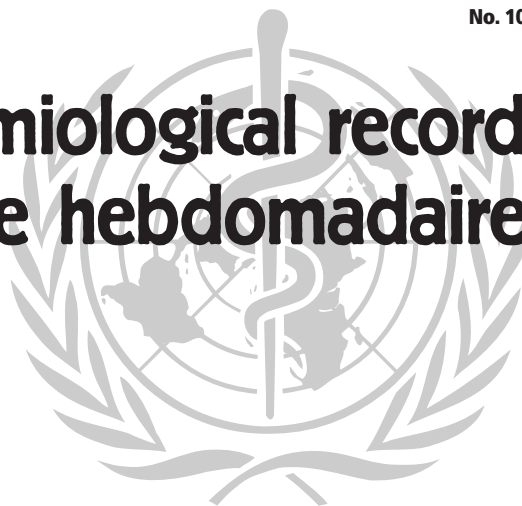


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

10 MARCH 2006, 81st YEAR / 10 MARS 2006, 81^e ANNÉE

No. 10, 2006, 81, 89–96

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

Contents

- 89 Outbreak news
 - Cholera, southern Sudan
 - Meningococcal disease, Kenya
- 90 Progress in reducing global measles deaths: 1999–2004
- 94 Influenza in the world
- 96 International Health Regulations

Sommaire

- 89 Le point sur les épidémies
 - Choléra, sud Soudan
 - Méningococcie, Kenya
- 90 Réduction de la mortalité par rougeole dans le monde: progrès en 1999–2004
- 94 La grippe dans le monde
- 96 Règlement sanitaire international

★ OUTBREAK NEWS

Cholera, southern Sudan

Between 28 January and 3 March 2006, the Acute Watery Diarrhoea Task Force in Juba, led by the Federal Ministry of Health and the Ministry of Health of the Government of Southern Sudan, in collaboration with WHO and other partners, reported a total number of 5634 cases and 127 deaths (case-fatality rate, 2.25%) from acute watery diarrhoea. All reported cases are concentrated in the towns of Juba and Yei, in southern Sudan. *Vibrio cholerae* Inaba has been laboratory-confirmed in samples collected from both Juba and Yei. Reports of acute watery diarrhoea have been received from areas surrounding Juba, and laboratory tests are continuing for all locations.

Control measures being implemented include strengthening the surveillance and reporting system, standardizing case management and promoting health education and hygiene, with the chlorination of public water supplies. For further information about these measures, please consult the web site of the WHO country office in Sudan: <http://www.emro.who.int/sudan/>.

Meningococcal disease, Kenya

From 1 January to 26 February 2006, the Ministry of Health reported a total number of 74 cases and 15 deaths (case-fatality rate, 20%) in 4 divisions (Alale, Chepareria, Kachelila and Kasei) of West Pokot, an area bordering the epidemic districts of Uganda.

Following laboratory confirmation of *Neisseria meningitidis* W135, the International Coordinating Group on Vaccine Provision for Epidemic Meningitis Control¹ has provided 200 000 doses of trivalent vaccine, as well as oily chloramphenicol, rapid tests and transport media. The immunization campaign, which started on 7 March, was implemented by the Ministry of Health, with support from Médecins Sans Frontières, UNICEF and WHO. ■

¹ See <http://www.who.int/csr/disease/meningococcal/icg/en/index.html>

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Choléra, sud Soudan

Entre le 28 janvier et le 3 mars 2006, le groupe spécial sur la diarrhée liquide aiguë à Juba, dirigé par le Ministère fédéral de la Santé et le Ministère de la Santé du gouvernement du Sud Soudan, en collaboration avec l'OMS et d'autres partenaires, a signalé un total de 5634 cas de diarrhée liquide aiguë, dont 127 mortels (taux de létalité de 2,25%). Tous les cas notifiés se concentrent dans les villes de Juba et de Yei, dans le Sud Soudan. *Vibrio cholerae* Inaba a été confirmé en laboratoire dans des échantillons prélevés à Juba et à Yei. Des cas de diarrhée liquide aiguë ont été signalés autour de Juba et les analyses de laboratoire se poursuivent pour tous les sites.

Les mesures de lutte mises en œuvre comprennent le renforcement de la surveillance et du système de notification, la standardisation de la prise en charge des cas et la promotion de l'éducation sanitaire et de l'hygiène, avec la chloration de l'eau publique. Pour de plus amples informations concernant ces mesures, merci de consulter le site Internet du Bureau de l'OMS au Soudan: <http://www.emro.who.int/sudan/> (en anglais seulement).

Méningococcie, Kenya

Du 1^{er} janvier au 26 février 2006, le Ministère de la Santé a signalé un nombre total de 74 cas, dont 15 mortels (taux de létalité de 20%), dans 4 divisions administratives (Alale, Chepareria, Kachelila et Kasei) de West Pokot, une zone à la frontière des districts ougandais où sévit une épidémie.

Après confirmation en laboratoire de *Neisseria meningitidis* W135, le Groupe international de coordination pour l'approvisionnement en vaccin antiméningococcique¹ a fourni 200 000 doses de vaccin trivalent, ainsi que du chloramphénicol huileux, des tests rapides et des milieux de transport. La campagne de vaccination, qui a commencé le 7 mars, a été mise en œuvre par le Ministère de la Santé, avec l'aide de Médecins Sans Frontières, de l'UNICEF et de l'OMS. ■

¹ Voir <http://www.who.int/csr/disease/meningococcal/icg/en/index.html> (en anglais seulement)

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

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

03.2006
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

Progress in reducing global measles deaths: 1999–2004

Measles remains an important cause of childhood mortality, especially in developing countries. In the joint strategic plan for measles mortality reduction, 2001–2005,¹ WHO and UNICEF targeted 45 priority countries with high measles burden for implementation of a comprehensive strategy for accelerated and sustained measles mortality reduction. Components of this strategy include achieving high routine immunization coverage ($\geq 90\%$) in every district and ensuring that all children receive a second opportunity for measles immunization.

In May 2003, the World Health Assembly endorsed Resolution WHA56.20 urging Member States to achieve the goal adopted by the United Nations General Assembly Special Session on Children (2002) to reduce global measles deaths by half by the end of 2005 (compared with 1999 estimates). This article provides an update on progress towards this goal and introduces a new goal for measles mortality reduction by 2010.

Immunization activities

By July of each year, all countries are requested to submit information on vaccination coverage from the previous year using the WHO/UNICEF Joint Reporting Form. Estimates of routine coverage with 1 dose of measles vaccine are based on review of coverage data from administrative records, surveys, national reports and consultation with local and regional experts. Coverage achieved during nationwide supplementary immunization activities (SIAs) against measles is reported based on tally sheets of the number of doses administered divided by the target population.

Based on WHO/UNICEF estimates, global routine measles vaccination coverage has increased from 71% in 1999 to 76% in 2004. Coverage varied significantly by geographical region² (Table 1). Substantial increases in routine coverage were evident in Sub-Saharan Africa (49% to 65%) and South Asia (54% to 61%). Moreover, there has been an increase in the proportion of countries offering children a second opportunity for measles immunization, either through SIAs or through routine services. In 2004, 168 (88%) countries offered children a second opportunity compared with 150 (78%) countries in 2001 (data not available before 2001). From 2000 to 2004, SIAs were offered in 36 of the 45 priority countries; 28 (78%) of these SIAs were nationwide and 24 (67%) were in Sub-Saharan Africa. Of the SIAs in Sub-Saharan Africa, 18 (75%) were nationwide. Of the 232 million children aged from 9 months to 14 years

Réduction de la mortalité par rougeole dans le monde: progrès en 1999-2004

La rougeole reste une importante cause de mortalité chez l'enfant, surtout dans les pays en développement. Dans leur plan stratégique commun pour réduire la mortalité par rougeole entre 2001 et 2005,¹ l'OMS et l'UNICEF prévoient l'application d'une stratégie d'ensemble pour faire baisser rapidement et durablement la mortalité rougeoleuse dans 45 pays prioritaires où la charge de la maladie est importante. Cette stratégie consiste notamment à instaurer une couverture élevée par la vaccination systématique ($\geq 90\%$) dans tous les districts et à offrir à tous les enfants une deuxième possibilité d'être vaccinés contre la rougeole.

En mai 2003, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA56.20, dans laquelle elle invite instamment les États Membres à atteindre l'objectif adopté à la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants (2002) en vue de réduire de moitié d'ici la fin de 2005 (par rapport à 1999) la mortalité par rougeole dans le monde. Le présent article fait le point sur les progrès accomplis dans cette voie et énonce un nouvel objectif de réduction de la mortalité par rougeole d'ici 2010.

Activités de vaccination

En juillet de chaque année, tous les pays sont tenus de rendre compte de la couverture vaccinale de l'année précédente sur la fiche commune de déclaration OMS/UNICEF. La couverture par l'administration systématique d'une dose de vaccin antirougeoleux est estimée d'après les données de la couverture provenant des registres administratifs, d'enquêtes, de rapports nationaux ou recueillies lors de consultations avec des experts locaux et régionaux. La couverture des activités supplémentaires de vaccination antirougeoleuse organisées sur l'ensemble du territoire est calculée en divisant le nombre de doses administrées d'après les tableaux récapitulatifs par la population cible.

D'après les estimations de l'OMS et de l'UNICEF, la couverture par la vaccination antirougeoleuse systématique à l'échelle mondiale est passée de 71% en 1999 à 76% en 2004. La couverture varie beaucoup d'une région géographique à l'autre² (Tableau 1). Des augmentations substantielles de la couverture systématique sont manifestes en Afrique subsaharienne (49 à 65%) et en Asie du Sud (54% à 61%). En outre, la proportion de pays qui offrent aux enfants une deuxième possibilité d'être vaccinés contre la rougeole a augmenté, soit grâce aux activités de vaccination supplémentaires soit dans le cadre des services de vaccination systématique. En 2004, ils étaient 168 (88%) contre 150 (78%) en 2001 (pas de données avant 2001). Entre 2000 et 2004, des activités de vaccination supplémentaires ont été proposées dans 36 des 45 pays prioritaires; 28 (78%) de ces activités ont été organisées au niveau national et 24 (67%) en Afrique subsaharienne. Sur le nombre d'activités organisées en Afrique subsaharienne, 18 (75%) l'ont été au niveau national. Sur les

¹ WHO/UNICEF. *Measles mortality reduction and regional elimination. Strategic plan 2001–2005*. Geneva, World Health Organization, 2001.

² World Bank geographical classifications are used. Classifications and data reported for geographical regions are for low-income and middle-income economies only. Low-income and middle-income economies are sometimes referred to as developing economies. The use of the term is convenient; it is not intended to imply that all economies in the group are experiencing similar development or that other economies have reached a preferred or final stage of development. Classification by income does not necessarily reflect development status. For a list of countries according to World Bank Classification grouping see <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:20420458~menuPK:64133156~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html>. The 4 Member States not classified (Cook Islands, Nauru, Niue and Tuvalu) by the World Bank were added to East Asia and Pacific.

¹ OMS/UNICEF. *Global measles mortality reduction and regional elimination strategic plan 2001–2005*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.

² On a utilisé ici les classifications géographiques de la Banque mondiale. Les classifications et les données notifiées pour les régions géographiques concernent uniquement les économies à revenu faible et moyen, parfois désignées sous le terme «économies en développement», appellation pratique mais qui ne sous-entend pas que toutes les économies de ce groupe en soient au même stade de développement ou que d'autres économies soient parvenues à un stade préférable ou final de développement. La classification par niveau de revenu ne reflète pas nécessairement le niveau de développement. On trouvera la liste des pays selon les catégories de la classification de la Banque mondiale à l'adresse <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:20420458~menuPK:64133156~pagePK:64133175~theSitePK:239419,00.html>. Les 4 États Membres non classés par la Banque mondiale (Îles Cook, Nauru, Nioué et Tuvalu) ont été rattachés à la Région Asie orientale et Pacifique.

Table 1 **Routine measles vaccine coverage and estimated number of measles deaths with uncertainty bounds, by World Bank geographical region,² 1999 and 2004**

Tableau 1 **Couverture vaccinale antirougeoleuse systématique et nombre estimatif de décès par rougeole, avec indication des limites de confiance, par région géographique de la Banque mondiale,² 1999 et 2004**

Geographical Regions/ Régions géographiques	1999			2004		
	Routine measles vaccine coverage (%) – Couverture de routine par vaccin antirougeoleux (%)	Estimated no. of measles deaths – Nombre estimatif de décès par rougeole	Uncertainty bounds – Limites d'incertitude	Routine measles vaccine coverage (%) – Couverture de routine par vaccin antirougeoleux (%)	Estimated no. of measles deaths – Nombre estimatif de décès par rougeole	Uncertainty bounds – Limites d'incertitude
Sub-Saharan Africa – Afrique subsaharienne	49	530 000	387 000–689 000	65	216 000	160 000–279 000
South Asia – Asie du Sud	54	263 000	192 000–341 000	61	202 000	145 000–264 000
East Asia & Pacific – Asie orientale et Pacifique	83	68 000	47 000–96 000	83	32 000	21 000–47 000
Middle East & North Africa – Moyen-Orient et Afrique du Nord	92	8 000	5 000–11 000	92	4 000	2 000–5 000
Europe & Central Asia – Europe et Asie centrale	92	< 1 000		93	< 1 000	
Latin America & Caribbean – Amérique latine et Caraïbes	92	< 1 000		92	< 1 000	
High income countries – Pays à revenu élevé	90	< 1 000		92	< 1 000	
Total	71	871 000	633 000–1 139 000	76	454 000	329 000–596 000

targeted to receive measles vaccine through these SIAs, over 215 million (93%) were vaccinated (*Map 1*).

Mortality estimates

Annual estimates of global measles mortality were generated for the years 1999 to 2004 using the same method used to calculate the 1999–2003 estimates.³ Data sources included updates of both historical and 2004 measles vaccination coverage information (both routine and SIAs) and the 2004 population estimates of the United Nations Development Programme (including updates 1999–2004).

Based on results from surveillance data and the natural history model, overall global measles mortality decreased 48% from 871 000 deaths (uncertainty bounds: 633 000 deaths; 1 139 000 deaths)⁴ in 1999 to 454 000 deaths (uncertainty bounds: 329 000 deaths; 596 000 deaths) in 2004 (*Table 1, Fig. 1*). During this time period, the largest reduction was in Africa, followed by East Asia and the Pacific, and the Middle East and North Africa regions, where estimated measles mortality decreased by 59%, 52% and 50%, respectively.

³ See No. 9, 2005, pp. 78–81.

⁴ This estimate was updated to incorporate historical figures and population data which are updated annually.

232 millions d'enfants âgés de 9 mois à 14 ans devant être vaccinés contre la rougeole lors d'activités de vaccination supplémentaires, plus de 215 millions (93%) ont été vaccinés (*Carte 1*).

Estimations de la mortalité

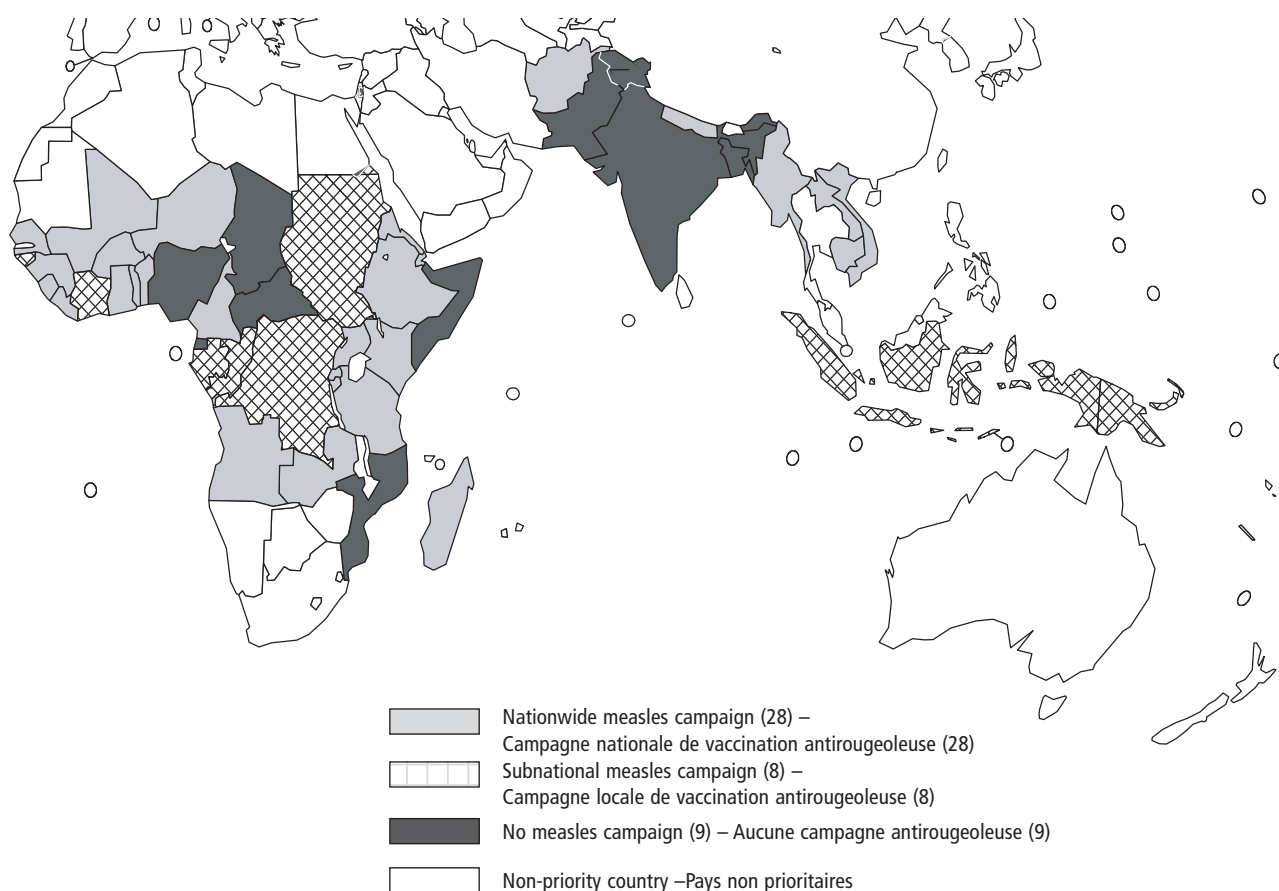
Les estimations annuelles de la mortalité mondiale par rougeole ont été calculées pour les années 1999 à 2004 au moyen de la même méthode que celle utilisée pour calculer les estimations des années 1999 à 2003.³ Parmi les sources de données figurent des mises à jour aussi bien des données rétrospectives que des données pour 2004 concernant la couverture par la vaccination rougeoleuse (tant systématique que lors d'activités de vaccination supplémentaires) et les estimations de la population pour 2004 établies par le Programme des Nations Unies pour le Développement (y compris les mises à jour 1999–2004).

D'après les estimations calculées à l'aide des données de surveillance et du modèle de l'histoire naturelle de la maladie, la mortalité par rougeole a globalement diminué de 48% dans le monde, passant de 871 000 décès (limites de confiance 633 000 décès; 1 139 000 décès)⁴ en 1999 à 454 000 décès (limites de confiance: 329 000 décès; 596 000 décès) en 2004 (*Tableau 1, Figure 1*). Pendant cette période, la Région qui a enregistré la plus forte baisse a été l'Afrique, suivie par l'Asie orientale et le Pacifique, avec des diminutions de la mortalité rougeoleuse estimative de 59%, 52% et 50% respectivement.

³ Voir N° 9, 2005, pp. 78–81.

⁴ Cette estimation a été mise à jour pour tenir compte des chiffres rétrospectifs et des données démographiques qui sont mises à jour chaque année.

Map 1 **Status of implementation of supplementary immunization activities among the 45 WHO/UNICEF priority countries^a**
 Carte 1 **Le point sur la mise en œuvre des activités de vaccination supplémentaire dans les 45 pays OMS/UNICEF prioritaires^a**



^a Source: WHO Supplementary immunization activities database, 2005. – Source: base de données OMS sur les activités de vaccination supplémentaires, 2005.

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

Editorial note. Between 1999 and 2004, improvements in routine measles vaccination coverage and the implementation of measles SIAs in the priority countries have resulted in a 48% decrease in the estimated number of global measles deaths. Worldwide, since 1999, over 500 million people have received measles vaccine through SIAs and an estimated 1.4 million deaths caused by measles have been averted as a result of implementing the strategy of improving routine coverage with a first dose of measles vaccine along with providing a second opportunity for measles vaccination. The largest decrease in estimated measles deaths (59%) was in Sub-Saharan Africa. The reduction in South Asia (23%) was less marked because several large countries had not yet begun large-scale measles SIAs as of the end of 2004. Indeed, if global progress continues at the rates achieved over the past few years, it appears highly likely that the 2005 measles mortality reduction goal will be met.⁵

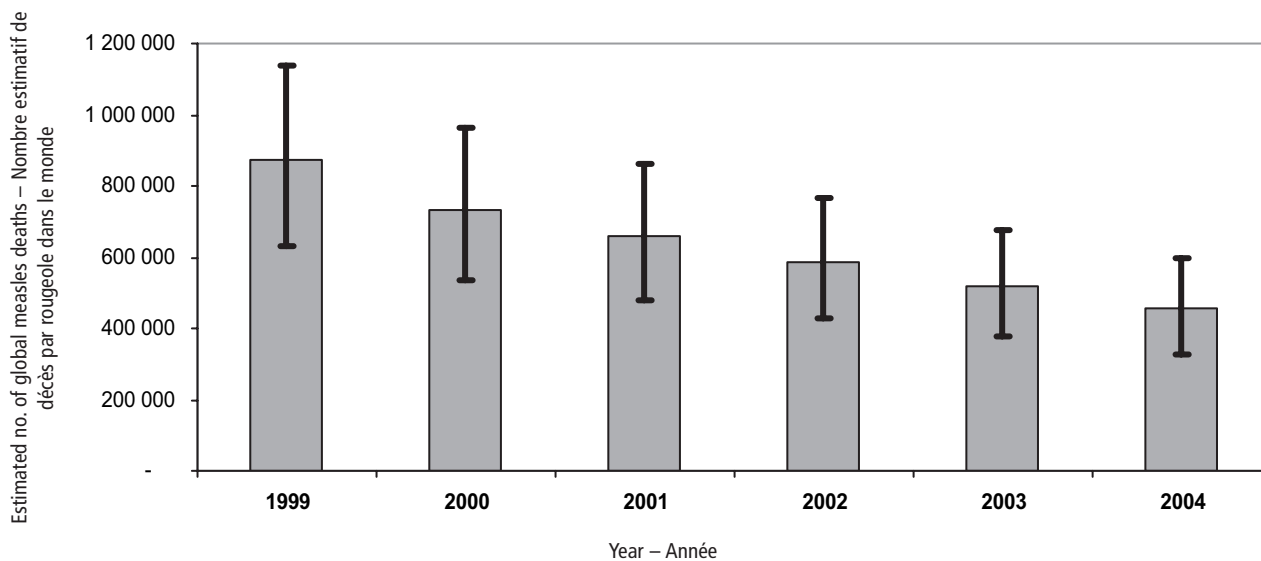
Note de la rédaction. Entre 1999 et 2004, la hausse de la couverture par la vaccination antirougeoleuse systématique et les AVS menées dans les pays prioritaires ont entraîné une baisse de 48% du nombre estimatif de décès par rougeole dans le monde. A l'échelle mondiale, depuis 1999, plus de 500 millions de personnes ont été vaccinées contre la rougeole à l'occasion d'AVS et l'on estime que 1,4 million de décès par rougeole ont été évités grâce à l'amélioration de la couverture systématique par une première dose de vaccin antirougeoleux et à l'offre d'une deuxième possibilité de vaccination antirougeoleuse. La plus forte baisse des décès estimatifs par rougeole (59%) a été observée en Afrique subsaharienne. La réduction en Asie du Sud (23%) a été moins marquée du fait que plusieurs grands pays n'avaient pas encore entamé d'activités de vaccination supplémentaire à grande échelle fin 2004. Si les progrès mondiaux continuent au rythme de ces dernières années, il est en fait fort probable que l'objectif de réduction de la mortalité rougeoleuse en 2005 sera atteint.⁵ Les estimations de la mortalité reposant

⁵ Estimates of global measles mortality are not yet available for 2005.

⁵ Les estimations de la mortalité par rougeole dans le monde pour 2005 ne sont pas encore disponibles.

Fig. 1 **Estimated number of annual global measles deaths, 1999–2004 based on surveillance and a natural history model (1)^{a, b}**

Figure 1 **Nombre annuel estimatif de décès par rougeole dans le monde, 1999–2004, sur la base du modèle fondé sur les données de surveillance et l'histoire naturelle de la maladie (1)^{a, b}**



^a Source: WHO. – Source: OMS.

^b Bars represent uncertainty bounds. – Les barres graphiques représentent les limites d'incertitude.

The mortality estimates based on the natural history model have been corroborated by data from countries that have fully implemented the recommended vaccination strategies and have strengthened measles surveillance. An analysis of the impact of intensified vaccination efforts in 19 African countries found a 92% reduction in reported measles cases; only 1 country (Burkina Faso) experienced a large outbreak following the SIA. This outbreak was partly caused by large-scale population migration as a result of civil unrest in neighbouring Côte d'Ivoire.

Both disease surveillance and mathematical models have been used to monitor progress towards the 2005 measles mortality reduction goal. Models are limited by their assumptions and the lack of current information for key parameters such as proportional cause-specific mortality or measles case-fatality ratios. Emphasis on strengthening surveillance as part of the key strategies for measles mortality reduction has led to improvement in reporting of measles cases by countries. In 2004, 190 countries reported on measles cases, through the WHO/UNICEF Joint Reporting Form, compared with 174 countries in 2003 and 166 countries in 1999. However, investments in strengthening disease surveillance and registration of cause-specific mortality continue to be urgently needed in many developing countries. In the interim, while these health information systems are being developed, models remain useful for monitoring and directing programme activities.

A key factor contributing to progress in reducing measles mortality has been the support of the Measles Initiative.⁶ This partnership was formed in 2001 to sustainably reduce and control measles deaths. The Measles Initiative plays an important role in providing technical and financial sup-

port on the model of the natural history of the disease have been corroborated by data from countries that have fully implemented the recommended vaccination strategies and strengthened measles surveillance. D'après une analyse de l'impact de l'intensification de la vaccination dans 19 pays d'Afrique, le nombre de cas de rougeole déclarés a baissé de 92%; un seul pays (le Burkina Faso) a enregistré une importante flambée après des AVS. Cette flambée était due à un mouvement migratoire de grande ampleur provoqué par les troubles civils en Côte d'Ivoire, pays voisin du Burkina Faso.

On a utilisé à la fois la surveillance de la maladie et les modèles mathématiques pour suivre les progrès réalisés en vue de réduire la mortalité rougeoleuse, comme prévu en 2005. Les modèles sont limités par les hypothèses sur lesquelles ils reposent et par le manque d'informations sur des paramètres clés comme la mortalité proportionnelle par cause ou le taux de létalité de la rougeole. L'accent mis sur le renforcement de la surveillance dans le cadre des stratégies de réduction de la mortalité rougeoleuse a conduit à une amélioration de la déclaration des cas de rougeole par les pays. En 2004, 190 pays déclaraient des cas de rougeole à l'aide de la fiche commune de déclaration OMS/UNICEF, contre 174 pays en 2003 et 166 pays en 1999. Cependant, dans nombre de pays en développement, il faut investir de toute urgence pour renforcer la surveillance de la maladie et mieux enregistrer la mortalité par cause. En attendant que ces systèmes d'information sanitaire soient au point, les modèles restent utiles pour contrôler et guider les activités des programmes.

L'un des principaux éléments qui ont contribué à réduire la mortalité rougeoleuse en Afrique est le soutien de l'Initiative contre la rougeole.⁶ Ce partenariat a été constitué en 2001 afin de réduire durablement et de maîtriser la mortalité par rougeole. L'Initiative joue un rôle important en offrant un soutien technique et financier

⁶ Detailed information on the Measles Initiative can be found at: www.measlesinitiative.org

⁶ On trouvera des renseignements détaillés sur l'Initiative contre la rougeole sur: www.measlesinitiative.org

port to measles priority countries and in strengthening political and social commitment in the fight against measles. Furthermore, the demonstrated decline in measles burden of disease in countries fully implementing the strategy has acted as a powerful advocacy tool for countries and partners supporting the fight against the disease.

The Measles Initiative is spearheaded by the American Red Cross, the Canadian International Development Agency, the United Nations Foundation, the United States Centers for Disease Control and Prevention, UNICEF and WHO. Between 2000 and 2004, the Measles Initiative has been able to mobilize more than US\$ 150 million and has supported over 40 African countries in implementing high-quality measles SIAs.

Because it is likely that the 2005 goal will be met on time, a new more ambitious goal for measles mortality reduction has been proposed in the Global Immunization Vision and Strategy (GIVS) document.⁷ The new goal is a 90% reduction in measles mortality by 2010 compared with the 2000 level. The following major challenges exist to achieving this new goal. First, measles mortality reduction activities need to be successfully implemented in several large countries with high measles burden, such as India, Nigeria and Pakistan. Second, to sustain the gains in reduced measles deaths in the 45 WHO/UNICEF priority countries, enhanced efforts are needed to improve immunization systems to ensure that at least 90% of infants are vaccinated against measles through routine health services before their first birthday. Third, the priority countries will need to continue to conduct follow-up SIAs every 3–4 years until their routine immunization systems are capable of providing 2 opportunities for measles immunization to $\geq 90\%$ of every birth cohort. Fourth, disease surveillance systems at district, provincial and national levels need to be strengthened to enable case-based surveillance with testing of clinical specimens from suspected cases in laboratories participating in the global measles/rubella laboratory network.⁸ Finally, measles case management, including appropriate vitamin A supplementation, should be strengthened. ■

⁷ GIVS was developed by WHO and UNICEF and covers 2006–2015. It has 4 strategic areas: protecting more people in a changing world; introducing new vaccines and technologies; integrating immunization, other health-linked interventions and surveillance in a health system context; and immunizing in a context of global interdependence. Additional information can be found at: <http://www.who.int/vaccines/GIVS/>

⁸ See No. 44, 2005, pp. 384–388.

aux pays prioritaires et en renforçant l'engagement politique et social dans la lutte contre la rougeole. En outre, la baisse démontrée de la charge de morbidité rougeoleuse dans les pays qui mettent pleinement en oeuvre la stratégie a constitué un outil de sensibilisation puissant pour les pays et les partenaires qui soutiennent la lutte contre la maladie.

L'Initiative contre la rougeole est dirigée par la Croix-Rouge américaine, l'Agence canadienne de Développement international, la Fondation pour les Nations Unies, les *Centers for Disease Control and Prevention* des Etats-Unis, l'Unicef et l'OMS. Entre 2000 et 2004, l'Initiative a mobilisé plus de US\$ 150 millions et aidé plus de 40 pays africains à mettre en oeuvre des activités de vaccination supplémentaires de qualité.

Parce qu'il est probable que l'objectif fixé pour 2005 sera atteint dans les délais, un nouvel objectif plus ambitieux de réduction de la mortalité rougeoleuse a été proposé dans le document intitulé «La vaccination dans le monde: vision et stratégie».⁷ Le nouvel objectif consiste à réduire de 90% la mortalité par rougeole d'ici 2010 par rapport à son niveau de 2000. Divers obstacles à la réalisation de ce nouvel objectif subsistent. Premièrement, il faut réduire la mortalité dans plusieurs grands pays où la charge de la maladie est importante, par exemple en Inde, au Nigéria et au Pakistan. Deuxièmement, pour maintenir les résultats enregistrés avec la baisse des décès dans les 45 pays OMS/UNICEF prioritaires, il faut améliorer les systèmes de vaccination afin qu'au moins 90% des nourrissons soient vaccinés contre la rougeole avant l'âge d'un an. Troisièmement, les pays prioritaires devront continuer à organiser des activités de vaccination supplémentaires «de suivi» tous les 3 ou 4 ans jusqu'à ce que leurs systèmes de vaccination systématique soient capables d'offrir deux possibilités de vaccination contre la rougeole à $\geq 90\%$ de chaque cohorte de naissances. Quatrièmement, il faut renforcer les systèmes de surveillance de la maladie aux niveaux national, des provinces et des districts pour permettre une surveillance fondée sur les cas et l'analyse des échantillons cliniques provenant de cas présumés dans les laboratoires participant au réseau mondial des laboratoires de la rougeole/rubéole.⁸ Enfin, il convient d'améliorer la prise en charge des cas de rougeole, notamment par une supplémentation appropriée en vitamine A. ■

⁷ La stratégie en question a été élaborée par l'OMS et l'UNICEF et couvre la période 2006-2015. Elle repose sur 4 grands axes: protéger davantage de personnes dans un monde en évolution; introduire de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies; intégrer la vaccination, d'autres interventions sanitaires et la surveillance dans le cadre du système de santé; et vacciner dans un contexte d'interdépendance mondiale. Pour de plus amples renseignements, consulter le site: <http://www.who.int/vaccines/GIVS/>

⁸ Voir N° 44, 2005, pp. 384-388.

Influenza in the world

September 2005–January 2006

Between September 2005 and January 2006, influenza activity was generally mild and was low compared with the same period in recent years.¹ In North America and Asia, influenza activity began in October and increased in December in some countries, while in Europe, activity remained low throughout this period.

Influenza A(H1N1) circulated at low level in many countries. Most A(H1N1) isolates were closely related to A/New Caledonia/20/99. No A(H1N2) detection was reported.

¹ See http://www.who.int/wer/2005/REH_09.pdf

La grippe dans le monde

Septembre 2005-Janvier 2006

Entre septembre 2005 et janvier 2006, l'activité grippale est généralement restée modérée, voire faible si on la compare à celle de l'année dernière à la même période.¹ En Amérique du Nord et en Asie, l'activité grippale a commencé en octobre et elle a augmenté en décembre dans certains pays, alors qu'elle est restée faible en Europe au cours cette même période.

Des virus grippaux A(H1N1) ont faiblement circulé dans de nombreux pays. La plupart d'entre eux étaient étroitement apparentés à A/New Caledonia/20/99. Aucun virus A(H1N2) n'a été signalé. Alors

¹ Voir http://www.who.int/wer/2005/REH_09.pdf

Influenza A(H3N2) viruses were associated with outbreaks in several countries. Whereas the majority of A(H3N2) viruses were closely related to A/California/7/2004, the current vaccine reference virus, an increasing proportion of recent viruses were more closely related to A/Wisconsin/67/2005. Influenza B viruses were isolated from sporadic cases in many countries. The majority of recent virus isolates were antigenically similar to B/Malaysia/2506/2004, the vaccine reference virus.

A total of 50 countries/areas, including 5 from Africa, 10 from the Americas, 11 from Asia, 21 from Europe and 3 from Oceania, reported influenza activity between September 2005 and January 2006. Of the 50 countries/areas, 4 reported regional/widespread outbreaks associated with influenza A(H1) and A(H3N2) viruses.

One influenza A(H1) outbreak was reported in Tunisia.

Outbreaks associated with A(H3N2) viruses were reported in Canada, Japan and the United States.

Influenza B outbreaks were not reported.

The extent and type of seasonal influenza activity worldwide are summarized in *Table 1*.

Between September 2005 and January 2006, 61 human cases of influenza A(H5N1) were associated with outbreaks of highly pathogenic avian influenza A(H5N1) in poultry in China, Indonesia, Iraq, Thailand, Turkey and Viet Nam. Since December 2003, a total number of 173 human cases have been confirmed from 7 countries.² The WHO influenza pandemic preparedness level remains unchanged at Phase 3.³ ■

² See http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/en/

³ See http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/phase/en/index.html

que pratiquement tous les virus A(H3N2) étaient étroitement apparentés à A/California/7/2004, l'actuel anti-virus vaccinal de référence, une proportion croissante de virus récents étaient étroitement liée à A/Wisconsin/67/2005. Des virus grippaux de type B ont été isolés chez des cas sporadiques dans de nombreux pays. La majorité des isolements de virus récents était antigéniquement analogues à B/Malaysia/2506/2004, l'anti-virus vaccinal de référence.

Au total, 50 pays/territoires, ont déclaré leurs cas de grippe entre septembre 2005 et janvier 2006: 5 en Afrique, 10 dans les Amériques, 11 en Asie, 21 en Europe et 3 en Océanie. Sur ces 50 pays/territoires, 4 ont signalés des flambées régionales ou généralisées associées aux virus grippaux A(H1) et A(H3N2).

Une flambée associée au virus grippal A(H1) a été signalée en Tunisie.

Des flambées associées au virus grippal A(H3N2) ont été signalées au Canada, aux Etats-Unis et au Japon.

Aucune flambée associée au virus grippal B n'a été signalée.

L'étendue et le type de l'activité grippale saisonnière dans le monde sont résumées dans le *Tableau 1*.

Entre septembre 2005 et janvier 2006, 61 cas humains de grippe A(H5N1) ont été associés à des flambées de grippe aviaire hautement pathogène A(H5N1) chez les volailles en Chine, en Indonésie, en Iraq, en Thaïlande, en Turquie et au Viet Nam. Depuis décembre 2003, 173 cas humains au total ont été confirmés par 7 pays.² Le niveau de préparation de l'OMS devant le risque pandémie grippale reste inchangé, à savoir de Phase 3.³ ■

² Voir http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/en/

³ Voir http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/phase/en/index.html

Table 1 **Extent and type of influenza activity worldwide confirmed by virus isolation, September 2005–January 2006**
Tableau 1 **Etendue et type de l'activité grippale dans le monde confirmée par isolement de virus ou détection directe de virus, septembre 2005-janvier 2006**

Country/area Pays/territoire	2005				2006
	September Septembre	October Octobre	November Novembre	December Décembre	January Janvier
Africa – Afrique					
Egypt – Egypte	●H1				
Madagascar	●●H3, ●B	0	●H1, ●H3	●●H1, ●H3	●●H1, ●H3
Morocco – Maroc		0	0	●B	●B
South Africa – Afrique du Sud	●H3, ●B				
Tunisia – Tunisie			●H1, ●H3, ●B	●●●H1, ●H3	●●●H1, ●B
America – Amérique					
Argentina – Argentine	●H3, ●A, ●B	●B	0	0	0
Brazil – Brésil	●●H3, ●●B, ●A	●A, ●B	●H1, ●A, ●B	●A, ●B	
Canada	●●H3, ●B	●●H3	●●H3, ●●B	●●●H3, ●B	●●H3, ●B
Chile – Chili	●A, ●B	●B	0	0	●A
Colombia – Colombie	●A, ●B				
Honduras				B	
Mexico – Mexique	●H3, ●A	●H1, ●H3, ●B	●H1, ●H3	●H1, ●H3, ●B	●A
Peru – Pérou	●A, ●B	●A, ●B	●A	0	
United States – Etats-Unis	●H3, ●B	●H3, ●A, ●B	●H1, ●H3, ●B	●●●H3, ●H1, ●B	●●●H3, ●H1, ●B
Uruguay	●A	0			
Asia – Asie					
.....	●H1, ●H3, ●B	●H1, ●H3, ●B	●H1, ●H3, ●B	●H1, ●H3, ●B	●●H1, ●H3, ●●B
China	●H1, ●H3	●H1			
China (Province of Taiwan)	●H1, ●H3	●H1	●H1, ●H3	●H1, ●H3	

Country/area Pays/territoire	2004				2005
	September Septembre	October Octobre	November Novembre	December Décembre	January Janvier
Hong Kong SAR* – Hong Kong RAS*					
Japan – Japon	•H3	•H3	••H3, •H1	••••H3, ••H1, •B	••••H3, •H1, •B
Korea (Republic of) – Corée (République de)			•H1	•H1, •H3	
Kuwait – Koweït		•H3	•B	•H1	
Malaysia – Malaisie	•H3				
Mongolia – Mongolie			•H1, •H3	••H3, •A	
Philippines	•B	•B	•B	0	
Qatar				H1	
Thailand – Thaïlande	•H3, •B	••H3, •A, •B	••H3, •H1, ••B		
Europa – Europe					
Austria – Autriche		0	0	•A	0
Belarus – Bélarus				•A, •B	•A
Denmark – Danemark		0	0	•H3	•B
Finland – Finlande				0	•H3
France		0	0	•H1, •A, •B	•H1, •H3, •B
Germany – Allemagne	0	•A	H1	0	0
Greece – Grèce			0	•H3, •B	0
Iceland – Islande	0	0	0	0	•H3, •A
Iran (Islamic Republic of) – Iran (République islamique d') ...				•H1, •B	•H1
Ireland – Irlande		0	0	•H3	
Israel – Israël			•H3, •B	•H1	•H1, •H3
Italy – Italie			0	0	•H3, •A
Latvia – Lettonie		0	•B	•A	•H3, •A
Norway – Norvège		0	0	•H1, •H3, •B	•H1, •A, •B
Portugal	0	0	•H1, •B	•H1, •B	•B
Russian Federation – Fédération de Russie		•H1, •H3, •B	•H1, •H3, •B	•H1, •H3, •B	0
Slovenia – Slovénie	0	0	•H3	•B	0
Sweden – Suède		0	•H3, •B	•H3, •A, •B	•H3, •A, •B
Switzerland – Suisse	0	•H1	•B	0	•H1, •A, •B
Turkey – Turquie		0	••B, *A		•H1, •H3
United Kingdom – Royaume-Uni ...	•H3	0	•H1, •H3	•H1, •H3, •B	•H1, •H3, •B
Oceania					
Australia – Australie	••H3, •H1, •B	•H1, •H3, •B	•H3, •B		
New Caledonia – Nouvelle- Calédonie	•H3	•H3, •A	•H3, •A	0	
New Zealand – Nouvelle-Zélande .	••B, •H1, •H3				

* Hong Kong, Special Administrative Region of China. – * Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine

0 = No activity – Pas d'activité

• = Sporadic activity – Activité sporadique

•• = Local activity – Activité locale

••• = Regional outbreaks – Flambées régionales

•••• = Widespread outbreaks – Flambées généralisées

A = Influenza A (not subtyped) – A = Grippe A (non sous-typée)

B = Influenza B – Grippe B

H1 = Influenza A(H1N1) – H1 = Grippe A(H1N1)

H3 = Influenza A(H3N2) – H3 = Grippe A(H3N2)

How to obtain the WER through the Internet

- (1) WHO WWW SERVER: Use WWW navigation software to connect to the WER pages at the following address: <http://www.who.int/wer/>
- (2) An e-mail subscription service exists, which provides by electronic mail the table of contents of the WER, together with other short epidemiological bulletins. To subscribe, send a message to listserv@who.int. The subject field should be left blank and the body of the message should contain only the line subscribe wer-reh. A request for confirmation will be sent in reply.

Comment accéder au REH sur Internet?

- 1) Par le serveur Web de l'OMS: A l'aide de votre logiciel de navigation WWW, connectez-vous à la page d'accueil du REH à l'adresse suivante: <http://www.who.int/wer/>
- 2) Il existe également un service d'abonnement permettant de recevoir chaque semaine par courrier électronique la table des matières du REH ainsi que d'autres bulletins épidémiologiques. Pour vous abonner, merci d'envoyer un message à listserv@who.int en laissant vide le champ du sujet. Le texte lui-même ne devra contenir que la phrase suivante: subscribe wer-reh.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 3 to 9 March 2006 / Notifications de maladies reçues du 3 au 9 mars 2006

No notifications received this week / Aucune notification reçue cette semaine