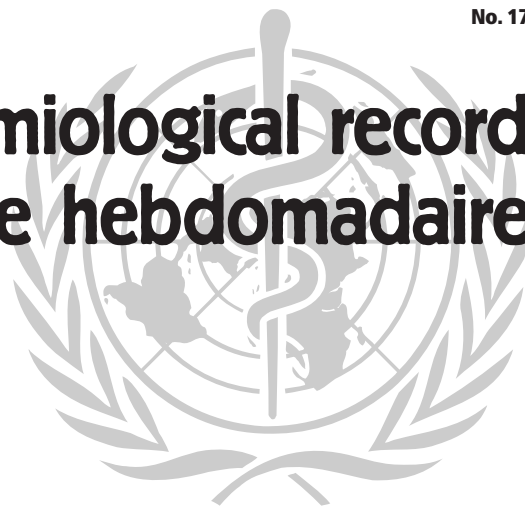


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

28 APRIL 2006, 81st YEAR / 28 AVRIL 2006, 81^e ANNÉE

No. 17, 2006, 81, 165–172

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

Contents

- 165 Progress towards interruption of wild poliovirus transmission in 2005
- 172 WHO web sites on infectious diseases
- 172 International Health Regulations

Sommaire

- 165 Interruption de la transmission du poliovirus sauvage, 2005: progrès accomplis
- 172 Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses
- 172 Règlement sanitaire international

Progress towards interruption of wild poliovirus transmission in 2005

Following the 1988 World Health Assembly resolution¹ to eradicate poliomyelitis globally, the number of countries endemic for polio declined from 125 in 1988 to only 4. After more than a year without transmission of indigenous wild poliovirus, Egypt and Niger were removed from the list of polio-endemic countries² in January 2006, demonstrating continued progress towards the goal of global eradication.

In 2005, the endemic Asian countries (particularly India and Pakistan) moved closer to the eradication goal. Of the 22 previously polio-free countries³ that were reinfected between 2003 and 2005, only 8 (in Africa and Asia) reported wild poliovirus transmission since mid-2005, and polio was again on the verge of interruption in 7 of 8 countries (all but Somalia) by early 2006.⁴

Important innovations in 2005 included the re-licensing and use of monovalent type 1 (mOPV1) and type 3 (mOPV3) oral poliovirus vaccines and, particularly in endemic countries, the increase in the number and quality of supplementary immunization activities (SIAs), the systematic engagement of local leaders during SIAs and a new focus on SIA "transit strategies" to target children who move through major train and bus transit sites.

¹ Global eradication of poliomyelitis by the year 2000. Geneva, World Health Organization, 1988 (Resolution WHA41.28).

² Countries where the circulation of indigenous wild poliovirus has never been previously interrupted.

³ Angola, Bangladesh, Benin, Botswana, Burkina Faso, Cameroon, Central African Republic, Chad, Côte d'Ivoire, Eritrea, Ethiopia, Ghana, Guinea, Indonesia, Lebanon, Mali, Nepal, Saudi Arabia, Somalia, Sudan, Togo, Yemen.

⁴ See No. 17, 2005, pp. 149–155 and No. 7, 2006, pp. 63–68.

Interruption de la transmission du poliovirus sauvage, 2005: progrès accomplis

Suite à la résolution de 1998 par laquelle l'Assemblée mondiale de la Santé à décider d'éradiquer la poliomyélite dans le monde,¹ le nombre des pays d'endémie a été ramené de 125 en 1998 à seulement 4. En l'absence de transmission du poliovirus sauvage autochtone depuis plus d'un an en Egypte et au Niger, ces deux pays ont été retirés de la liste des pays d'endémie de la poliomyélite² en janvier 2006, mettant ainsi en évidence la progression continue en vue de l'objectif d'éradication mondiale.

En 2005, les pays d'endémie situés en Asie (en particulier l'Inde et le Pakistan) se sont plus que jamais rapprochés de l'objectif d'éradication. Sur les 22 pays précédemment exempts de poliomyélite³ et réinfectés entre 2003 et 2005, seuls 8 (situés en Afrique et en Asie) ont notifié une transmission du poliovirus sauvage depuis le milieu de l'année 2005 et la transmission de la poliomyélite était à nouveau sur le point d'être interrompue dans 7 de ces 8 pays (à l'exception de la Somalie) au début 2006.⁴

Les grandes innovations de 2005 ont concerné la réhomologation et l'utilisation des vaccins anti-poliomyélitiques oraux monovalents de type 1 et de type 3 (VPOm1 et VPOm3) et, notamment dans les pays d'endémie, l'accroissement en nombre et en qualité des activités de vaccination supplémentaires, la participation systématique des responsables locaux à ces activités et l'accent nouvellement mis sur les «stratégies du transport» (c'est-à-dire le fait de cibler les enfants qui se déplacent et transitent par les gares routières et ferroviaires importantes).

¹ Eradication mondiale de la poliomyélite d'ici l'an 2000. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1988 (résolution WHA41.28).

² Pays où la circulation du poliovirus sauvage autochtone n'a jamais été interrompue auparavant.

³ Angola, Arabie saoudite, Bangladesh, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Erythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée, Indonésie, Liban, Mali, Népal, République centrafricaine, Somalie, Soudan, Tchad, Togo, Yémen.

⁴ Voir No 17, 2005, pp. 149-155 et No 7, 2006, pp. 63-68.

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 334.–

04.2006

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

By the end of 2005, 6 states in northern Nigeria, where SIAs continue to miss >40% of target children, emerged as being the greatest risk for renewed international spread of wild polioviruses. This report describes developments in the implementation of each of the 4 polio eradication strategies from January 2005 to March 2006 and outlines the remaining challenges as well as the need for decisive action to interrupt transmission globally.

Routine oral poliovirus vaccination. Global routine vaccination coverage among infants with 3 doses of OPV (OPV3) was estimated at 80% in 2004,⁵ the most recent year with fully reported data. OPV3 coverage in 2004 varied among WHO regions, from 69% in the African Region (up from 65% in 2003) to 94% in the European Region, with considerable variation between country-level estimates within each region. OPV3 coverage in currently polio-endemic countries in 2004 was estimated at 39% in Nigeria, 66% in Afghanistan, 65% in Pakistan and 70% in India. In each country, national estimates may hide considerable regional variations and "immunity gaps" at the subnational level.

Important improvements in routine coverage were observed in several large African countries (including Democratic Republic of the Congo and Ethiopia). These improvements were driven primarily by the increased use of the RED (reach every district) approach, which relies on key polio eradication strategy elements, including micro-planning, improved supervision and community involvement, to establish outreach services.

Supplementary immunization activities. In 2005, a total of 234 SIAs using OPV (153 national immunization days (NIDs), 69 sub-NIDs (SNIDs) and 12 mop-up campaigns) were conducted in 51 countries, administering 2.2 billion doses of OPV to 371 million children aged <5 years. Given the substantial type-specific gains in immunity conferred by monovalent OPVs compared with trivalent OPV, mOPV1 was rapidly re-licensed and administered during SIAs in 12 countries. Of the 2.2 billion OPV doses used in SIAs, 473 million doses (21.5%) were mOPV1 and 8.4 million doses (3.8%) were mOPV3.

Of the 234 SIAs conducted in 2005, 59 were in the 6 endemic countries in 2005: 17 in India (2 NIDs and 15 SNIDs), 11 in Pakistan (8 NIDs and 3 SNIDs), 12 in Afghanistan (4 NIDs, 6 SNIDs and 2 mop-up campaigns), 7 in Egypt (6 NIDs and 1 SNID), 5 NIDs in Niger and 7 NIDs in Nigeria (4 NIDs and 3 SNIDs).

Of the 51 countries conducting SIAs in 2005, 23 participated in synchronized SIAs across west and central Africa, including the Sudan.

In 2005, 20 of the 22 previously polio-free countries reinfected since 2003 conducted a total of 114 SIAs (87 NIDs, 19 SNIDs and 8 mop-ups). Also in 2005, 25 polio-free countries (18 in the African Region, 3 in the Eastern Mediterra-

A la fin 2005, 6 Etats du nord du Nigéria, où les activités de vaccination supplémentaires continuent à passer à côté de >40% des enfants cible, sont apparus comme s'exposant à un risque très élevé de recrudescence d'une propagation internationale des poliovirus sauvages. Ce rapport décrit les développements survenus dans la mise en œuvre de chacune des 4 stratégies d'éradication de la poliomyélite entre janvier 2005 et mars 2006 et souligne les problèmes restant ainsi que la nécessité de mesures décisives pour interrompre la transmission dans le monde.

Vaccination systématique par le VPO. La couverture mondiale de la vaccination systématique des nourrissons par 3 doses de VPO (VPO3) a été estimée à 80% en 2004,⁵ année la plus récente pour laquelle on dispose de l'ensemble des données rapportées. Cette année là, la couverture par le VPO3 a été variable selon les Régions de l'OMS, passant de 69% dans la Région africaine (contre 65% en 2003) à 94% dans la Région européenne, avec des variations considérables entre les estimations effectuées à l'échelle nationale au sein de chaque Région. La couverture du VPO3 dans les pays d'endémie actuels a été estimée en 2004 à 39% au Nigéria, 66% en Afghanistan, 65% au Pakistan et 70% en Inde. Dans chaque pays, les estimations nationales peuvent masquer des variations régionales considérables et des «déficits d'immunité» à l'échelle locale.

Des améliorations importantes au niveau de la couverture systématique ont été observées dans plusieurs grands pays d'Afrique (y compris l'Ethiopie et la République démocratique du Congo). Ces améliorations ont été principalement imputables à un usage accru de l'approche consistant à atteindre tous les districts, laquelle repose sur des éléments clés de la stratégie d'éradication de la poliomyélite, notamment sur la microplanification, une meilleure supervision et la participation communautaire, pour mettre en place des services périphériques.

Activités de vaccination supplémentaires. En 2005, 234 activités de vaccination supplémentaires ont été menées au total à l'aide du VPO (153 journées nationales de vaccination (JNV), 69 journées locales de vaccination et 12 campagnes de ratissage) dans 51 pays, au cours desquelles 2,2 milliards de doses de VPO ont été utilisées au total, ciblant 371 millions d'enfants âgés de <5 ans. Etant donné l'importante amélioration sur le plan de l'immunité spécifique de type conférée par les VPO monovalents par comparaison avec les VPO trivalents, le VPOM1 a été rapidement rehomologué et utilisé dans 12 pays. Sur les 2,2 milliards de doses de VPO employées, 473 millions de doses étaient des doses de VPOM1 (21,5%) et 8,4 millions de doses de VPOM3 (3,8%).

Sur les 234 activités de vaccination supplémentaires menées en 2005, 59 ont eu lieu dans les 6 pays d'endémie de la maladie: 17 en Inde (2 JNV et 17 JLV), 11 au Pakistan (8 JNV et 3 JLV), 12 en Afghanistan (4 JNV, 6 JLV et 2 campagnes de ratissage), 7 en Egypte (6 JNV et 1 JLV), 5 au Niger (JNV) et 7 au Nigéria (4 JNV et 3 JLV).

Sur les 51 pays ayant mené des activités de vaccination supplémentaires en 2005, 23 ont participé à des activités synchronisées en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, notamment le Sudan.

En 2005, 20 des 22 pays précédemment exempts de poliomyélite et réinfectés depuis 2003 ont mené au total 114 activités de vaccination supplémentaires (89 JNV, 19 JLV et 8 campagnes de ratissage). Toujours en 2005, 25 pays exempts de poliomyélite (18 dans la

⁵ Source: WHO/UNICEF estimates of OPV3 coverage, 2005 summary of WHO vaccine-preventable diseases monitoring system.

⁵ Source: estimations OMS/UNICEF de la couverture du VPO3, résumé 2005 du système OMS de surveillance des maladies évitables par la vaccination.

nean Region and 4 in the Western Pacific Region) conducted a total 61 SIAs, including 37 NIDs, to increase population immunity as a precaution to prevent the spread of possible virus importations.

Acute flaccid paralysis surveillance and polio laboratory network. The quality of surveillance for acute flaccid paralysis (AFP) is monitored by 3 main performance indicators: (i) the rate of AFP cases not caused by wild poliovirus (the "non-polio AFP rate," target for certification: ≥ 1 case per 100 000 population aged <15 years); (ii) the proportion of AFP cases from whom adequate stool specimens were collected (target for certification: $\geq 80\%$); (iii) the proportion of stool specimens processed in a laboratory accredited by WHO (target: 100%).

In 2005, all WHO regions maintained the overall sensitivity of AFP surveillance to detect paralytic polio cases at certification-standard levels (*Table 1*). AFP reporting continued to improve in the 3 regions with endemic poliovirus transmission regions (African, Eastern Mediterranean and South-East Asia). There was an overall increase in AFP reporting globally of 43%, from 42 511 cases in 2004 to 61 606 cases in 2005, largely because of increased reporting from India (80% of the overall increase), Nigeria and Pakistan. All endemic and reinfected countries with reported cases in 2005 reached non-polio AFP rates of at least 2/100 000 (range: 2.1–6.5).

Although the certification target for AFP reporting (i.e. a non-polio AFP rate of at least 1/100 000) remains unchanged, in 2005 the global Advisory Committee on Polio Eradication (ACPE) endorsed a new minimum operational target non-polio AFP rate of at least 2/100 000 for all endemic countries and countries at high risk of wild virus importation,⁶ to accelerate the detection of and response to circulating polioviruses.

In 2005, WHO fully accredited 97% of the 145 laboratories in the global poliovirus laboratory network, which analysed more than 120 000 stool samples that year. Parallel testing arrangements ensured that even specimens from non-accredited laboratories were tested in accredited laboratories. Compared with 2004, the workload of the laboratory network increased by 50% in 2005. This increase was highest in the South-East Asia Region (90%), followed by the Eastern Mediterranean Region (45%) and the African Region (25%). Laboratory network strategies were adjusted to meet the increased demands in 2005. Overall, 95% of virus isolation results were reported within 28 days, and $>95\%$ of intratypic differentiation results were reported within 14 days.

Wild poliovirus incidence. As of 31 March 2006, a provisional total of 1948 polio cases had been reported globally for 2005, compared with 1255 cases in 2004 (*Fig. 1, Table 1*). In both 2004 and 2005, Nigeria contributed the largest single number of cases to the global total: 782 cases in 2004

Région africaine, 3 dans la Région de la Méditerranée orientale et 4 dans la Région du Pacifique occidental) ont mené 61 activités de vaccination supplémentaires au total, dont 37 JNV, afin d'augmenter l'immunité de la population à titre de précaution en vue d'éviter la propagation éventuelle de virus importés.

Surveillance de la paralysie flasque aiguë et réseau des laboratoires antipoliomyélitiques. La qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) est contrôlée au moyen de 3 indicateurs de résultat principaux: i) la fréquence des cas de PFA qui ne sont pas dus à des poliovirus sauvages («taux de PFA non poliomyélitique», cible pour la certification: ≥ 1 cas pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans); ii) la proportion de cas de PFA pour lesquels des échantillons de selles analysés ont été prélevés dans de bonnes conditions (cible pour la certification: $\geq 80\%$); iii) la proportion d'échantillons de selles traités dans un laboratoire agréé par l'OMS (cible: 100%).

En 2005, toutes les Régions OMS ont maintenu la sensibilité générale de la surveillance de la PFA pour dépister les cas de poliomyélite paralytique au niveau correspondant à la norme requise pour la certification (*Tableau 1*). La notification des cas de PFA a continué de s'améliorer dans les 3 Régions OMS d'endémie (africaine, de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est). Il y a eu une augmentation générale de 43% de la notification de cas de PFA dans le monde, et l'on est passé de 42 511 cas en 2004 à 61 606 en 2005, principalement suite à une augmentation de la notification en Inde (80% de l'augmentation générale), au Nigéria et au Pakistan. Tous les pays d'endémie et pays réinfectés qui ont enregistré des cas en 2005 ont atteint des taux de PFA non poliomyélitique d'au moins 2/100 000 (intervalle: 2,1-6,5).

Si la cible de notification des cas de PFA en vue de la certification (taux de PFA non poliomyélitique d'au moins 1/100 000) reste inchangée, le Comité consultatif mondial d'éradication de la poliomyélite a approuvé en 2005 une nouvelle cible opérationnelle minimum, à savoir un taux de PFA non poliomyélitique d'au moins 2/100 000 pour tous les pays d'endémie et les pays à haut risque d'importation de poliovirus sauvage,⁶ afin d'accélérer la détection des poliovirus circulants et les mesures de riposte.

En 2005, l'OMS a pleinement agréé 97% des 145 laboratoires du réseau mondial des laboratoires antipoliomyélitiques, qui ont analysé plus de 120 000 échantillons de selles cette année là. Des dispositions prises parallèlement pour les analyses ont permis de faire en sorte que même des échantillons provenant de laboratoires non agréés ont été testés dans les laboratoires agréés. Par comparaison avec 2004, il y a eu une augmentation générale de 50% de la charge de travail du réseau de laboratoires en 2005. Cette augmentation a été la plus importante dans la Région de l'Asie du Sud-Est (90%) suivie par la Région de la Méditerranée orientale (45%) et la Région africaine (25%). Malgré cette augmentation considérable de la charge de travail, les stratégies du réseau de laboratoires ont été adaptées pour pouvoir faire face à la demande accrue en 2005. Dans l'ensemble, 95% des résultats relatifs à l'isolement des virus ont été notifiés dans les 28 jours et plus de 95% des résultats de la différenciation intratypique dans les 14 jours.

Incidence du poliovirus sauvage. A la fin mars 2006, un total provisoire de 1948 cas de poliomyélite avait été notifié dans le monde en 2005, contre 1255 cas en 2004 (*Fig. 1, Tableau 1*). En 2004 et en 2005, le Nigéria a recensé le plus grand nombre de cas au monde: 782 cas en 2004 et 799 en 2005 (62% et 41% de l'ensemble des cas

⁶ See No. 47, 2005, pp. 410–416.

⁶ Voir N° 47, 2005, p. 410-416.

Table 1 **Acute flaccid paralysis (AFP) surveillance data, 2005, and reported polio cases, 2004 and January–March 2006, by WHO region and country^a**

Tableau 1 **Données de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA), 2005, et cas de poliomyélite notifiés, 2004 et janvier-mars 2006, par Région de l'OMS et par pays^a**

WHO region/country – Région OMS/pays	No. of reported AFP cases, 2005 – Nombre de cas de PFA notifiés, 2005	Non-polio AFP rate, 2005 ^b – Taux de PFA non poliomyélique, 2005 ^b	% AFP with adequate specimens, 2005 ^c – Pourcentage de PFA avec échantillons prélevés correctement, 2005 ^c	Wild virus-confirmed cases 2004 (Jan.–Mar. 2006) – Cas confirmés à virus sauvage 2004 (janvier-mars 2006)
African – Afrique	11 705	3.30	85%	848 (68)
Angola	187	2.10	92%	10
Cameroon – Cameroun	261	3.10	82%	1
Chad – Tchad	164	3.50	89%	2
Eritrea – Érythrée	66	5.40	86%	1
Ethiopia – Éthiopie	950	2.70	79%	22
Mali	172	2.90	81%	3
Niger (endemic) – (endémie)	316	4.00	85%	10 (3)
Nigeria (endemic) – Nigéria (endémie)	4 836	6.50	85%	799 (65)
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	8 838	3.69	88%	727 (20)
Afghanistan (endemic) – (endémie)	823	5.35	92%	9 (3)
Pakistan (endemic) – (endémie)	4 021	5.32	87%	28 (2)
Somalia – Somalie	364	4.81	82%	185 (14)
Sudan – Soudan	501	3.16	86%	27
Yemen – Yémen	941	4.63	78%	478 (1)
South-East Asia – Asie du Sud-Est	31 461	5.11	83%	373 (18)
Bangladesh	1 458	2.62	92%	– (1)
India (endemic) – (endémie)	26 997	6.26	82%	66 (16)
Indonesia – Indonésie	1 929	2.42	81%	303 (1)
Nepal – Népal	228	2.21	85%	4
Americas – Amériques	2 150	1.22	79%	–
European – Europe	1 537	1.10	82%	–
Western Pacific – Pacifique occidental	5 915	1.46	87%	–
Global total – Total mondial	61 606	3.28	84%	1948 (107)

^a Data reported to WHO headquarters as of 31 March 2006; only endemic countries and countries with transmission in 2005 are listed. When averaging global, regional or national indicators, suboptimal performance quality indicators at a lower level may be masked. – Données communiquées au Siège de l'OMS au 31 mars 2006; seuls les pays d'endémie et les pays où il y a eu transmission en 2005 figurent dans cette liste. Les moyennes des indicateurs mondiaux, régionaux et nationaux peuvent masquer les indicateurs de résultats suboptimaux pour la qualité à un niveau inférieur.

^b Per 100 000 children aged <15 years. – Pour 100 000 enfants âgés de <15 ans.

^c Two stool specimens collected at an interval of at least 24 hours within 14 days of paralysis onset and adequately shipped to the laboratory. – Deux échantillons de selles recueillis à au moins 24 heures d'intervalle dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie et envoyés au laboratoire dans de bonnes conditions.

and 799 cases in 2005 (62% and 41% of all cases worldwide). This global increase of almost 50% in cases in 2005 resulted from of 3 large outbreaks following importation of polio-viruses derived from Nigeria into previously polio-free countries: Yemen (478 cases), Indonesia (303) and Somalia (184). In 2005, for the first time, more cases were reported from reinfected countries (53% of the global total) than from polio endemic countries, and 94% of cases worldwide were caused by virus ultimately originating from northern Nigeria.

Of the 6 countries endemic² for polio in 2005, 2 (Egypt and Niger) stopped transmission of indigenous poliovirus in 2005 and, since January 2006, are no longer considered polio-endemic. The last indigenous poliovirus reported from Egypt was collected in a sewage sample in mid-January 2005. All 10 cases reported from Niger in 2005 were caused by wild virus imported from Nigeria.

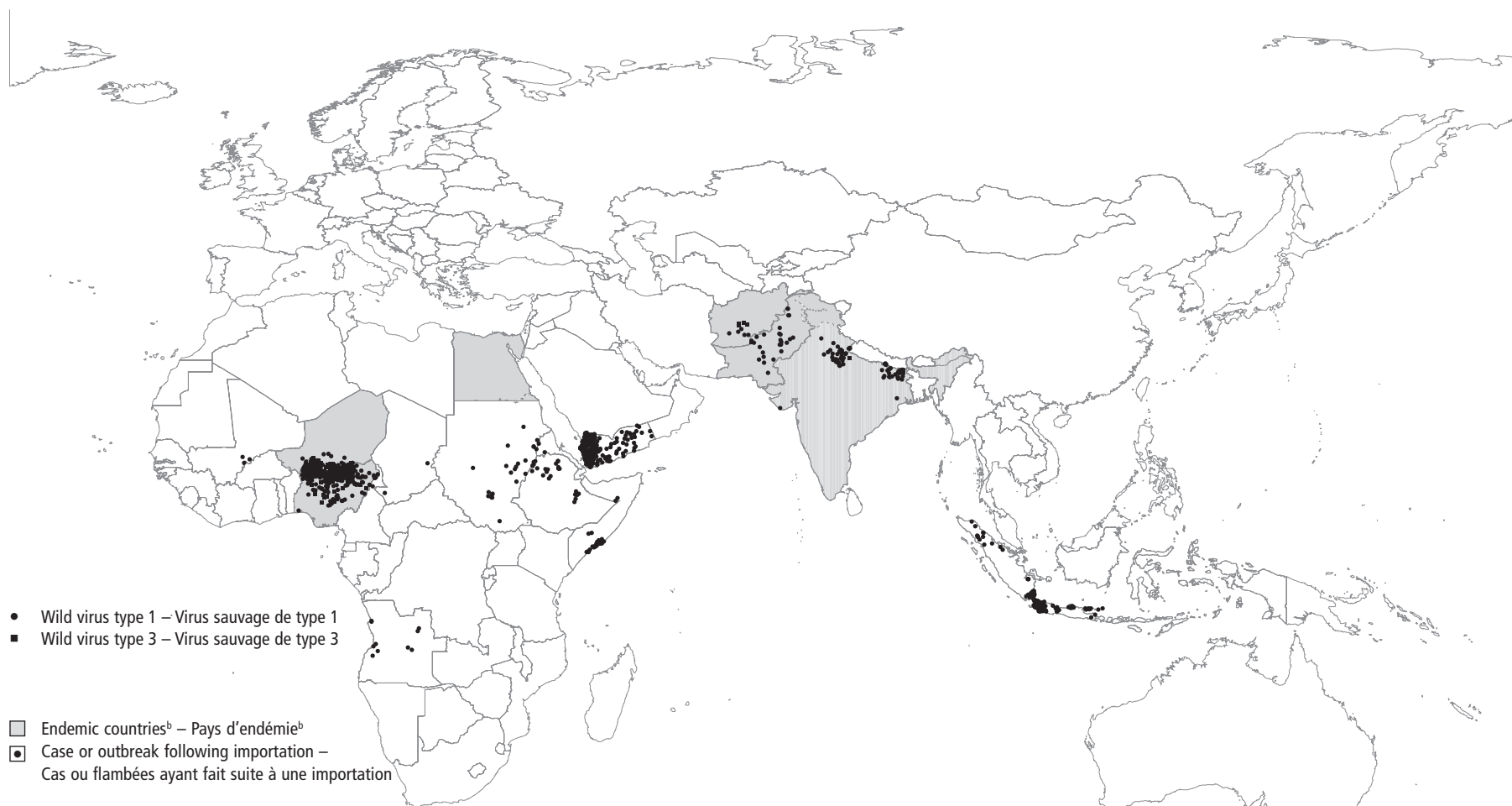
The 2 large endemic countries in Asia both registered a 50% decline in cases from 2004 to 2005: India reported 66 cases in 2005 (down from 134 cases in 2004) and Pakistan 28 cases (vs 53 cases in 2004). Afghanistan reported 4 cases in 2004, increasing to 9 cases in 2005. Nigeria reported 799 cases in 2005, 8 times more than the 3 Asian endemic

countries (respectively). Cette augmentation mondiale de près de 50% du nombre de cas en 2005 a fait suite aux 3 grandes flambées survenues à la suite d'importations de poliovirus provenant du Nigéria, virus qui se sont propagés dans des pays précédemment exempts de poliomyélite: au Yémen (478 cas), en Indonésie (303 cas) et en Somalie (184 cas). En 2005, pour la première fois, il y a eu plus de cas notifiés dans les pays réinfectés (53% du total mondial) que dans les pays d'endémie, et 94% des cas dans le monde ont finalement été provoqués par un virus provenant du nord du Nigéria.

Sur les 6 pays d'endémie² de la poliomyélite répertoriés en 2005, 2 (l'Égypte et le Niger) ont réussi à interrompre la transmission du poliovirus autochtone et ne sont désormais plus considérés comme des pays d'endémie depuis janvier 2006. Le dernier poliovirus autochtone signalé en Égypte a été retrouvé dans un échantillon d'eaux usées prélevé à la mi-janvier 2005. Les 10 cas notifiés au Niger en 2005 ont été provoqués par un virus sauvage importé du Nigéria.

Les 2 grands pays d'endémie d'Asie ont enregistré une baisse de 50% du nombre de cas entre 2004 et 2005: l'Inde a notifié 66 cas en 2005 (contre 134 en 2004) et le Pakistan 28 cas (contre 53 en 2004). L'Afghanistan a notifié 4 cas en 2004, puis 9 cas en 2005. Le Nigéria a notifié 799 cas en 2005, soit 8 fois plus que les 3 pays d'endémie d'Asie pris ensemble. Sur ces 799 cas, 746 (93%) ont été notifiés

Map 1 **Transmission of wild poliovirus,^a 2005**
 Carte 1 **Transmission du poliovirus sauvage,^a 2005**



- Wild virus type 1 – Virus sauvage de type 1
- Wild virus type 3 – Virus sauvage de type 3
- Endemic countries^b – Pays d'endémie^b
- Case or outbreak following importation – Cas ou flambées ayant fait suite à une importation

^a Excludes viruses detected from environmental surveillance and vaccine-derived polioviruses. – A l'exclusion des virus détectés par la surveillance environnementale et les poliovirus dérivés de souches vaccinales.

^b Egypt and Niger were removed from the list of endemic countries in January 2006. – L'Égypte et le Niger ont été retirés de la liste des pays d'endémie en janvier 2006.

WHO data as of 31 March 2006 – Données de l'OMS au 31 mars 2006

The boundaries and names shown and the designations used on this map 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.
 à WHO 2006. All rights reserved

Les frontières et les noms figurant sur cette carte ainsi que les appellations employées 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 pointillés sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.
 Copyright OMS 2006. Tous droits réservés

countries combined. Of these 799 cases, 746 (93%) were reported from 10 northern Nigerian states (out of 37 total states), where both type 1 and type 3 poliovirus continued to circulate widely; 520 cases (65%) were reported from only 6 northern states. Most of the 53 cases (7% of all Nigerian cases) found outside the 10 northern states were importations from northern Nigeria.

Type 3 wild poliovirus was observed only in northern Nigeria, in 2 small foci in northern India and in southern Afghanistan.

Of the 22 previously polio-free countries⁶ reinfected since 2003, only 8 (Angola, Bangladesh, Chad, Ethiopia, Indonesia, Nepal, Somalia and Yemen) reported cases after mid-2005. Except for Chad, epidemics in all west and central African countries first affected by spread of wild poliovirus from Nigeria were stopped following a series of synchronized continent-wide immunization campaigns. Large-scale outbreaks in Yemen (478 cases in 2005 and 1 case in 2006) and Indonesia (303 cases in 2005 and 1 case in 2006) peaked late in 2005 and then waned in response to SIAs, many of which used mOPV1.

The outbreak in Somalia (185 reported cases in 2005 and 14 cases in 2006) was initially restricted to Mogadishu, then spread north towards the end of the year. This outbreak is of great concern for eradication efforts in the Horn of Africa, largely because of the formidable difficulties in conducting efficient response activities in one of the most insecure countries in the world. The main challenge to stopping the epidemic will be to gain access to all populations.

Also during 2005, the largest-ever recorded outbreak of paralytic polio (46 cases) caused by circulating vaccine-derived type 1 poliovirus (cVDPV) occurred on a small island off east Java in Indonesia, largely parallel to the wild poliovirus type 1 outbreak. As for other previously identified VDPV outbreaks, low OPV coverage in this part of Indonesia enabled vaccine-derived poliovirus to emerge, circulate and regain neurovirulent characteristics.

Editorial note. Following 2 challenging years, the Global Polio Eradication Initiative passed several critical milestones in 2005, moving the world closer to the eradication goal. The number of endemic countries fell from 6 to 4, following the cessation of indigenous poliovirus transmission in Egypt and Niger. Of 22 previously polio-free countries that experienced importations, 14 reinterrupted wild poliovirus transmission. Type 3 wild poliovirus transmission is now more restricted than ever, and circulates only in northern Nigeria and in limited areas of northern India and southern Afghanistan. Monovalent OPVs (types 1 and 3) were re-licensed in record time. Use of mOPV1 was critical in stopping indigenous transmission in Egypt and India. It was also instrumental in controlling polio outbreaks in Somalia and Yemen. Use of mOPV3 has begun in high-risk areas of northern India.

Although nationwide OPV immunization was resumed in Nigeria in late 2004, 10 states in northern Nigeria remain the single greatest threat to global polio eradication.

dans les 10 Etats du nord du Nigéria (sur 37 Etats au total), les poliovirus de type 1 et de type 3 ont continué à circuler largement; 520 cas (65%) ont été notifiés dans seulement 6 Etats du nord. La plupart des 53 cas (7% de l'ensemble des cas nigériens) retrouvés en dehors des 10 Etats du nord du pays étaient dus à des importations du nord.

Le poliovirus sauvage de type 3 ne se rencontre plus que dans le nord du Nigéria et dans 2 petits foyers situés au nord de l'Inde et au sud de l'Afghanistan.

Sur les 22 pays précédemment exempts de poliomyélite réinfectés depuis 2003,⁶ seuls 8 (l'Angola, le Bangladesh, l'Éthiopie, l'Indonésie, le Népal, la Somalie, le Tchad et le Yémen) ont notifié des cas après le premier semestre 2005. À l'exception du Tchad, les épidémies qui ont sévi dans tous les pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique où s'est propagé le poliovirus sauvage provenant du Nigéria ont été stoppées suite à une série de campagnes de vaccination synchronisées sur tout le continent. Les grandes flambées ayant sévi au Yémen (478 cas en 2005 et 1 en 2006) et en Indonésie (303 cas en 2005 et 1 en 2006) ont vu leur pic se produire à la fin 2005 puis ont décliné suite aux activités de vaccination supplémentaires, dont beaucoup ont été menées au moyen du VPOM1.

La flambée survenue en Somalie (185 cas notifiés en 2005 et 14 en 2006) s'est d'abord limitée à Mogadiscio puis s'est propagée vers le nord à la fin de l'année. Cette flambée est extrêmement préoccupante pour les efforts d'éradication menés dans la Corne de l'Afrique, surtout du fait des énormes difficultés rencontrées pour mener des activités de riposte efficaces dans l'un des pays où l'insécurité est la plus grande au monde. Le principal problème pour stopper l'épidémie sera d'avoir accès à toutes les populations.

Toujours en 2005, la flambée la plus importante jamais enregistrée de poliomyélite paralytique (46 cas) provoquée par un poliovirus circulant de type 1 dérivé d'une souche vaccinale s'est produite sur une petite île située à l'est de Java en Indonésie, en grande partie parallèlement à la flambée de poliomyélite due au poliovirus sauvage de type 1. Comme pour les autres flambées de ce type précédemment recensées, la faible couverture par le VPO dans cette partie de l'Indonésie a permis au poliovirus dérivé d'une souche vaccinale d'apparaître, de circuler et de retrouver des caractéristiques de neurovirulence.

Note de la rédaction. Après 2 années éprouvantes, l'Initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite a réussi à franchir plusieurs étapes importantes en 2005, permettant ainsi au monde de se rapprocher de l'objectif d'éradication. Le nombre de pays d'endémie est passé de 6 à 4, suite à l'interruption de la transmission du poliovirus autochtone en Égypte et au Niger. Sur les 22 pays précédemment exempts de poliomyélite ayant dû faire face à des importations, 14 ont à nouveau réussi à interrompre la transmission du poliovirus sauvage. La transmission du poliovirus sauvage de type 3 est désormais plus restreinte que jamais puisqu'il ne circule plus que dans le nord du Nigéria et dans des régions limitées du nord de l'Inde et du sud de l'Afghanistan. Les VPO monovalents de (type 1 et 3) ont été rehomologués en un temps record. L'utilisation du VPOM1 a été essentielle pour interrompre la transmission autochtone en Égypte et en Inde. Elle a également permis de maîtriser les flambées de poliomyélite en Somalie et au Yémen. On a commencé à employer le VPOM3 dans des régions à haut risque du nord de l'Inde.

Bien que la vaccination par le VPO ait repris au Nigéria à l'échelle nationale à la fin 2004, les 10 Etats du nord du pays constituent aujourd'hui la seule grande menace qui pèse sur l'éradication mon-

Despite frequent SIAs, data on OPV status of non-polio AFP cases from 6 northern states contributing 65% (520 cases) of all polio cases in Nigeria indicate that >40% of children aged <5 years have never received OPV. While southern Nigeria was largely polio-free by the end of 2005, the continued epidemic in the north indicates that critical improvements in SIA coverage are urgently needed in the northern states.

In 2005, more cases were reported from countries with outbreaks following importation than from the remaining endemic countries. In 2005, outbreaks required multiple rounds of large-scale SIAs (at least 6 SIAs in Ethiopia, Indonesia, Somalia and Yemen) to control transmission completely. Countries and international polio partners had to urgently identify and provide major additional financial resources and vaccine. It is estimated that >US\$ 280 million in external financing alone was required to control the international spread of polio in previously polio-free countries between 2003 and 2005. Thanks to these efforts, transmission of wild poliovirus following importation has been halted or dramatically curtailed in all countries experiencing importations since 2002, except in Somalia.

Based on lessons learnt from the resurgence of polio in 2003–2005 in previously polio-free countries, and to limit the potential of further international spread of poliovirus, the ACPE issued specific recommendations in October 2005⁶ to guide the future response to any circulating poliovirus in a previously polio-free area, highlighting the role of mOPVs for more rapid and effective type-specific outbreak response. The Executive Board of WHO endorsed these recommendations in early 2006.

With 6 or more large-scale SIAs each year in the remaining polio-affected countries, active or “silent” refusals have become an issue affecting the quality of campaigns in some communities. To ensure community acceptance and compliance, social mobilization and communication activities have become critical to the success of SIAs, and will be a key priority in 2006. Community awareness of the risks of wild poliovirus transmission, and their understanding of the need for repeated campaigns and of the benefits of multiple doses of OPV for children, needs to improve. The cVDPV outbreak in Indonesia illustrates the continuing risk of emergence of cVDPV in areas with low population immunity, reinforces the importance of improving and maintaining the highest possible routine vaccination coverage and underlines the necessity to eventually stop all routine OPV use once wild poliovirus is eradicated.

Unprecedented levels of financial support from longstanding and new contributors in 2005 ensured that the global initiative could proceed as planned and was able to respond to emergencies.

diale de la poliomyélite. Malgré des activités de vaccination supplémentaires fréquentes, les données relatives au statut vaccinal (vis-à-vis du VPO) des sujets atteints de PFA non poliomyélitique dans les 6 Etats du nord qui représentent 65% (520 cas) de l'ensemble des cas de poliomyélite au Nigéria, indiquent que plus de 40% des enfants âgés de <5 ans n'ont jamais reçu le VPO. Si le sud du Nigéria était largement exempt de poliomyélite à la fin de 2005, la poursuite de l'épidémie dans le nord indique que des améliorations notables de la couverture des activités de vaccination supplémentaires sont nécessaires d'urgence dans les Etats du nord.

En 2005, il y a eu davantage de cas notifiés par des pays ayant subi des flambées à la suite d'importations de virus que par les pays d'endémie restants. En 2005 toujours, les flambées ont nécessité de nombreuses tournées de vaccination supplémentaires à grande échelle (au moins 6 en Ethiopie, en Indonésie, en Somalie et au Yémen) afin de juguler complètement la transmission. Les pays et les partenaires internationaux de l'Initiative ont dû trouver et fournir en urgence d'importants moyens financiers et stocks de vaccins supplémentaires. Pour ce qui concerne le seul financement extérieur, on estime que >US\$ 280 millions ont été nécessaires pour lutter contre la propagation internationale de la poliomyélite dans les pays précédemment exempts de poliomyélite entre 2003 et 2005. Grâce à ces efforts, la transmission du poliovirus sauvage suite à des importations a été stoppée ou spectaculairement réduite dans tous les pays ayant subi des importations depuis 2002, sauf en Somalie.

A partir des enseignements tirés de la résurgence de la poliomyélite en 2003-2005 dans des pays qui en étaient précédemment exempts et pour limiter les risques qu'une autre propagation internationale du poliovirus ait lieu, le Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite a publié en octobre 2005 des recommandations particulières⁶ visant à orienter la riposte future à n'importe quel poliovirus circulant dans une zone précédemment exempte de poliomyélite, soulignant le rôle des VPOM pour une riposte plus rapide et plus efficace contre une flambée due à un type précis de virus. Le Conseil exécutif de l'OMS a approuvé ces recommandations début 2006.

Avec 6 séries d'activités de vaccination supplémentaires à grande échelle (ou davantage) menées chaque année dans les pays encore touchés par la poliomyélite, les refus énergiques ou «silencieux» constituent désormais un problème qui affecte la qualité des campagnes dans certaines communautés. Pour veiller à ce que les communautés acceptent la vaccination et s'y soumettent, des activités de mobilisation sociale et de communication sont devenues essentielles pour les activités de vaccination supplémentaires et constitueront une priorité de premier rang en 2006. Il faut améliorer la sensibilisation des communautés aux risques de transmission du poliovirus sauvage et leur faire mieux comprendre la nécessité des campagnes répétées et les avantages que présentent les doses multiples de VPO pour les enfants. L'importante flambée due à un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale survenue en Indonésie illustre le risque permanent d'émergence de tels virus dans les régions où l'immunité de la population est faible, renforce l'importance qu'il y a à améliorer et maintenir une couverture de la vaccination systématique la plus large possible et souligne à quel point il sera indispensable d'interrompre au bout du compte toute vaccination systématique par le VPO une fois le poliovirus sauvage éradiqué.

Un soutien financier des bailleurs de fond (anciens et nouveaux) d'un montant sans précédent, a permis à l'Initiative mondiale de poursuivre ses activités comme prévu en 2005 et de répondre aux situations d'urgence.

Key to achievement of a polio-free world is the continued support of the international polio partnership, most notably in filling the remaining 2006 funding gap of US\$ 150 million, to allow full implementation of the new strategic approach from January 2006. This approach focuses on the use of mOPVs to interrupt transmission in the remaining polio-endemic areas. Given the progress made in 2005, the greatest risk to global polio eradication and to the polio-free status of most countries is the ongoing transmission of both type 1 and type 3 wild polioviruses in 6 northern Nigerian states.

In view of the enormous investments already made in polio eradication at national, regional and global levels, it is urgent that governments and health workers at all levels rapidly improve SIA quality to ensure that all children are appropriately vaccinated. ■

La clé du succès pour parvenir à un monde exempt de poliomyélite repose sur le soutien continu du partenariat international de lutte contre la poliomyélite, notamment s'agissant du solde de US\$ 150 millions restant à financer pour 2006, qui va permettre la pleine mise en œuvre de la nouvelle approche stratégique à partir de janvier 2006. Cette approche est axée sur l'utilisation des VPOm pour interrompre la transmission dans les régions d'endémie restantes. Etant donné les progrès réalisés en 2005, le risque le plus important pour l'éradication mondiale de la poliomyélite et pour le statut de pays exempts de poliomyélite qu'ont la plupart des pays, est la transmission actuelle des poliovirus de type 1 et 3 dans les 6 Etats du nord du Nigéria.

Etant donné les investissements considérables déjà consentis pour l'éradication de la poliomyélite à l'échelle nationale, régionale et mondiale, il est urgent que les pouvoirs publics et les agents de santé améliorent rapidement et à tous les échelons, la qualité des activités de vaccination supplémentaires pour faire en sorte que tous les enfants soient convenablement vaccinés. ■

WHO web sites on infectious diseases – updated on 28 April 2006* Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses – mis à jour le 28 avril 2006*

Avian influenza	http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/index.html	Grippe aviaire
*Buruli ulcer	http://www.who.int/buruli	Ulcère de Buruli
Cholera	http://www.who.int/topics/cholera/en/index.html	Choléra
Deliberate use of biological and chemical agents	http://www.who.int/csr/delibepidemics/	Usage délibéré d'agents chimiques et biologiques
Dengue (DengueNet)	http://who.int/denguenet	Dengue (DengueNet)
Eradication/elimination programmes	http://www.who.int/infectious-disease-news/	Programmes d'éradication/élimination
Filariasis	http://www.filaria.org	Filariose
Geographical information systems (GIS)	http://www.who.int/csr/mapping/	Systèmes d'information géographique
Global atlas of infectious diseases	http://globalatlas.who.int	Atlas mondial des maladies infectieuses
WHO Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN)	http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/en/	Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN)
Health topics	http://www.who.int/topics	La santé de A à Z
Influenza	http://www.who.int/csr/disease/influenza/en/	Grippe
Influenza network (FluNet)	http://who.int/flunet	Réseau grippe (FluNet)
Integrated management of childhood illnesses	http://www.who.int/chd/	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
International Health Regulations	http://www.who.int/csr/ihr/en/	Règlement sanitaire international
<i>International travel and health</i>	http://www.who.int/ith/	<i>Voyages internationaux et santé</i>
Intestinal parasites	http://www.who.int/wormcontrol/	Parasites intestinaux
Leishmaniasis	http://www.who.int/leishmaniasis	Leishmaniose
Leprosy	http://www.who.int/lep/	Lèpre
*Lymphatic filariasis	http://www.who.int/lymphatic_filaria/en/	Filariose lymphatique
Malaria	http://www.who.int/malaria	Paludisme
*Neglected diseases	http://www.who.int/neglected_diseases/en/	Maladies négligées
Outbreaks	http://www.who.int/csr/don	Flambées d'épidémies
Poliomyelitis	http://www.who.int/gpv/	Poliomyélite
Rabies network (RABNET)	http://www.who.int/rabies	Réseau rage (RABNET)
<i>Report on infectious diseases</i>	http://www.who.int/infectious-disease-report/	<i>Rapport sur les maladies infectieuses</i>
Salmonella surveillance network	http://www.who.int/salmsurv	Réseau de surveillance de la salmonellose
Smallpox	http://www.who.int/csr/disease/smallpox/	Variole
Schistosomiasis	http://www.schisto.org	Schistosomiase
Surveillance and response	http://www.who.int/csr/	Surveillance et action
Tropical disease research	http://www.who.int/tdr/	Recherche sur les maladies tropicales
Tuberculosis	http://www.who.int/tb/ and/et http://www.stoptb.org	Tuberculose
Vaccines	http://www.who.int/gpv/	Vaccins
<i>Weekly Epidemiological Record</i>	http://www.who.int/wer/	<i>Relevé épidémiologique hebdomadaire</i>
WHO Office in Lyon	http://www.who.int/csr/labepidemiology	Bureau de l'OMS à Lyon
WHO Pesticide Evaluation Scheme (WHOPES)	http://www.who.int/whopes	Schéma OMS d'évaluation des pesticides (WHOPES)
WHO Mediterranean Centre, Tunis	http://wmc.who.int	Centre méditerranéen de l'OMS, Tunis
Yellow fever	http://www.who.int/csr/disease/yellowfev/en/index.html	Fièvre jaune

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 22 to 27 April 2006 / Notifications de maladies reçues du 22 au 27 avril 2006

Cholera / Choléra

Africa / Afrique	Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès
Angola	13-18.IV	Malawi	04-10.IV
.....	4778 267	35 0
Liberia/Libéria	06.II-16.IV	Zambia/Zambie	04-10.IV
.....	162 2	77 13