

Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

7 MARCH 2003, 78th YEAR / 7 MARS 2003, 78^e ANNÉE

No. 10, 2003, 78, 65-72

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

Contents

- 65 Outbreak news
 - Ebola haemorrhagic fever, Congo – update
 - Influenza A(H5N1), Hong Kong SAR of China – update
- 66 Progress towards poliomyelitis eradication in India, 2002
- 71 Influenza
- 72 WHO websites on infectious diseases – update
- 72 International Health Regulations

Sommaire

- 65 Le point sur les épidémies
 - Fièvre hémorragique à virus Ebola, Congo – mise à jour
 - Grippe A(H5N1), Hong Kong RAS de la Chine – update
- 66 Progrès vers l'éradication de la poliomyélite en Inde, 2002
- 71 Grippe
- 72 Sites web de l'OMS sur les maladies infectieuses – mise à jour
- 72 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

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

6 650 3.2003
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Ebola haemorrhagic fever, Congo – update¹

As of 27 February 2003, a total of 5 laboratory-confirmed and 92 probable cases of Ebola haemorrhagic fever (including 80 deaths), have been reported in the districts of Mbomo and Kellé in Cuvette Ouest Region.

The Congolese government has sent food for the communities in these districts. The Ministry of Health, WHO and the international team from the Global Outbreak Alert and Response Network are training local health workers in clinical management of the disease; carrying out active case-finding and contact-tracing; and providing protective clothing and essential medical equipment. They are also developing public health education messages about Ebola with local leaders through the local radio and print media, and, with volunteers from the national Red Cross Society, working to increase community awareness and understanding of Ebola.

¹ See No. 9, 2003, p. 57.

Influenza A(H5N1), Hong Kong Special Administrative Region of China – update¹

As of 27 February 2003, no further cases of human influenza A(H5N1) have been reported in Hong Kong SAR. To date, the current outbreak of influenza A(H5N1) in Hong Kong SAR has been limited to 2 cases, one of whom has died. Both cases were members of the same family who returned to their home in Hong Kong SAR on 8 February after travelling to Fujian province, China. The mother and children were in mainland China for 14 days; the father for 9 days.

¹ See No. 9, 2003, pp. 57–58.

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Fièvre hémorragique à virus Ebola, Congo – mise à jour¹

Au 27 février 2003, un total de 5 cas confirmés en laboratoire et de 92 cas probables dont 80 décès, tous dus à la fièvre hémorragique à virus Ebola a été signalé dans les districts de Kellé et de Mbomo, situés dans la région de la Cuvette Ouest.

Le gouvernement congolais a fait envoyer de la nourriture dans ces districts. Le Ministère de la santé, l'OMS et l'équipe internationale du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie sont en train de former les agents de santé locaux à la prise en charge clinique de la maladie; ils poursuivent de façon active le dépistage des cas et la recherche des personnes ayant été en contact avec les malades et fournissent des vêtements de protection et du matériel médical indispensable. Ils sont également en train de mettre au point, en collaboration avec les dirigeants locaux, des messages éducatifs de santé publique traitant d'Ebola qui seront diffusés par les radios locales et dans la presse écrite et, avec l'aide de volontaires de la Société nationale de la Croix-Rouge, ils s'efforcent de mieux sensibiliser les communautés et de leur faire comprendre ce qu'est Ebola.

¹ Voir N° 9, 2003, p. 57.

Grippe A(H5N1), Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine – mise à jour¹

Au 27 février 2003, aucun nouveau cas de grippe humaine A(H5N1) n'a été signalé à Hong Kong RAS. A ce jour, l'actuelle flambée de grippe A(H5N1) à Hong Kong RAS s'est limitée à 2 cas, l'un d'eux ayant décédé. Les deux cas étaient les membres d'une même famille, laquelle revenait chez elle à Hong Kong RAS après avoir voyagé dans la province de Fujian (Chine). La mère et les enfants sont restés en Chine continentale pendant 14 jours, le père pendant 9 jours.

¹ Voir N° 9, 2003, pp. 57–58.

The father of the family (a 33-year-old man) developed respiratory symptoms on 7 February while in Fujian Province. He was admitted to hospital in Hong Kong SAR on 11 February with pneumonia but died on 17 February. Influenza A(H5N1) virus was isolated from post-mortem specimens taken on 20 February. The man's 9 year-old-son also became unwell while in Fujian Province and was admitted to hospital in Hong Kong SAR on 12 February with pneumonia. The influenza A(H5N1) virus was isolated from 2 nasopharyngeal aspirates taken from the boy on 19 February. The boy is in a stable condition. Additional family members have also had respiratory symptoms. The boy's 8-year-old sister died on 4 February while the family was in Fujian Province, China. The cause of her death is under investigation. The mother has now recovered from what was thought to have been a parainfluenza infection.

An outbreak of atypical pneumonia occurred between November 2002 and February 2003 in Guandong Province, China. Health authorities in China investigated the outbreak and identified *Chlamydia pneumoniae* as the infective agent. The Ministry of Health in Beijing has informed WHO that the outbreak in Guandong is over and that there is no evidence of a link between this outbreak and the influenza A(H5N1) cases in Hong Kong SAR.

The Department of Health in Hong Kong SAR has intensified its surveillance for influenza among patients with influenza-like symptoms or atypical pneumonia. No unusual increase in influenza activity has been detected over the past few weeks.

WHO is continuing to work closely with health authorities in Beijing (China) and Hong Kong SAR. Reagents for laboratory diagnosis of influenza A(H5N1) have been made available to the Ministry of Health in Beijing, to the National Influenza Centres and to other members of the WHO Global Influenza Surveillance Network. ■

Progress towards poliomyelitis eradication in India, 2002

Since the World Health Assembly resolved in May 1988 to eradicate poliomyelitis, the estimated global incidence of polio has decreased by >99%, and three WHO regions (Americas, Europe, and Western Pacific) have been certified polio-free.¹ India began accelerating polio eradication activities in 1995 and has made substantial progress towards that goal.² By 2001, poliovirus circulation had largely been limited to the two northern states of Uttar Pradesh (UP) and Bihar; only 268 cases were reported nationwide. However, a major regional resurgence of polio occurred in 2002; of the 1556 cases detected nationwide during 2002 (data as of 25 January 2003), 1337 (86%) occurred in UP and Bihar. This report summarizes the status of polio eradication in India during 2002 and the actions being taken to reduce poliovirus transmission.

Acute flaccid paralysis surveillance

Acute flaccid paralysis (AFP) surveillance in India is facilitated through a network of trained surveillance medical

Le père de famille (un homme de 33 ans) a développé des symptômes respiratoires le 7 février alors qu'il se trouvait dans la province de Fujian. Il a été admis à l'hôpital de Hong Kong RAS le 11 février pour une pneumonie et il y est décédé le 17 février. Le virus grippal A(H5N1) a été isolé dans des spécimens post-mortem prélevés le 20 février. Son petit garçon de 9 ans s'est lui aussi senti mal lors de son séjour dans la province de Fujian et a également été admis à l'hôpital de Hong Kong RAS pour une pneumonie, le 12 février. Le virus grippal A(H5N1) a été isolé dans les 2 prélèvements rhinopharyngés effectués sur lui le 19 février. Sa petite sœur de 8 ans est décédée le 4 février alors qu'elle se trouvait dans la province de Fujian. On essaie toujours de déterminer la cause de sa mort. Quant à leur mère, elle est à présent complètement rétablie de ce qui a sans doute été une infection à virus paragrippal.

Une flambée de pneumonie peu commune a eu lieu entre novembre 2002 et février 2003 dans la province de Guandong (Chine). Suite aux investigations menées par les autorités sanitaires chinoises, *Chlamydia pneumoniae* a été identifié comme étant l'agent infectieux. Le Ministère de la santé de Beijing a informé l'OMS que la flambée de Guandong était finie et qu'il n'existait aucune preuve d'un lien entre cette flambée et les cas de grippe A(H5N1) de Hong Kong RAS.

Le Département de la santé de Hong Kong SAR a intensifié sa surveillance parmi les patients souffrant de la grippe et présentant des symptômes grippaux ou une pneumonie atypique. Aucune augmentation inhabituelle de l'activité grippale n'a été signalée au cours de ces dernières semaines.

L'OMS continue à travailler en étroite collaboration avec les autorités sanitaires de Beijing (Chine) et de Hong Kong RAS. Des réactifs pour le diagnostic en laboratoire de la grippe A(H5N1) ont été mis à disposition du Ministère de la santé de Beijing, des Centres nationaux de la grippe et des autres membres du réseau mondial OMS de surveillance de la grippe. ■

Progrès vers l'éradication de la poliomyélite en Inde, 2002

Depuis que l'Assemblée mondiale de la Santé a décidé en mai 1998 d'éradiquer la poliomyélite, l'incidence mondiale estimée de la maladie a diminué de plus de 99% et trois Régions de l'OMS (Amériques, Europe et Pacifique occidental) ont été certifiées exemptes de poliomyélite.¹ L'Inde a commencé à accélérer ses activités d'éradication de la poliomyélite en 1995 et a réalisé d'importants progrès dans ce sens.² En 2001, la circulation du poliovirus avait été en grande partie contenue et était limitée aux deux états septentrionaux de l'Uttar Pradesh et du Bihar; 268 cas seulement étaient signalés pour l'ensemble du pays. Toutefois, une résurgence majeure de la poliomyélite est survenue en 2002 dans ces régions; sur les 1556 cas décelés au niveau national en 2002 (données au 25 janvier 2003), 1337 (86%) étaient survenus dans l'Uttar Pradesh et au Bihar. Le présent rapport fait le point de la situation de l'éradication de la poliomyélite en Inde en 2002 et sur les mesures prises pour réduire la transmission du poliovirus.

Surveillance de la paralysie flasque aiguë

La surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) en Inde bénéficie du soutien d'un réseau de médecins spécialement formés à la

¹ See No. 13, 2002, pp. 98-107.

² See No. 39, 1998, pp. 297-300; No. 34, 2001, pp. 258-263; No. 38, 2002, pp. 318-324.

¹ Voir N° 13, 2002, pp. 98-107.

² Voir N° 39, 1998, pp. 297-300; N° 34, 2001, pp. 258-263; N° 38, 2002, pp. 318-324.

officers (SMOs) who assist local health authorities in defined areas. Of 203 SMOs nationwide, 66 work in UP and 32 in Bihar, the two states with the most intense poliovirus transmission.

Nationally, India has exceeded the WHO-established AFP surveillance quality targets since 2000: a non-polio AFP rate of ≥ 1 per 100 000 population aged <15 years, and adequate stool specimens³ taken from $\geq 80\%$ of AFP cases (Table 1). AFP quality indicators varied by state during 2002. During 2002, non-polio AFP rates were below 1/100 000 in five small states – Andaman and Nicobar Islands, Arunachal Pradesh, Manipur, Nagaland, and Sikkim. Collection of adequate stool specimens was below 80% in seven states – Andaman and Nicobar Islands, Arunachal Pradesh, Bihar (76%), Chhattisgarh, Delhi, Rajasthan, and UP (79%). The non-polio enterovirus isolation rate (target $\geq 10\%$), a marker of both laboratory performance and the ability to keep stool specimens in good condition from collection to arrival in the laboratory, ranged from 11% to 26% in the 9 polio laboratories in the national laboratory network.

surveillance et qui aident les autorités sanitaires locales dans des zones définies. Sur 203 médecins ainsi qualifiés, 66 sont affectés à l'Uttar Pradesh et 32 au Bihar, les deux états où la transmission du poliovirus est la plus intense.

Au niveau national, l'Inde a dépassé les cibles de qualité de la surveillance de la PFA établies par l'OMS depuis 2002: un taux de PFA non poliomyélique ≥ 1 pour 100 000 habitants de moins de 15 ans et la collecte adéquate d'échantillons coprologiques³ pour au moins 80% des cas de PFA (Tableau 1). En 2002, les indicateurs de qualité de surveillance de la PFA variaient selon les états; les taux de PFA non poliomyélique demeuraient inférieurs à 1/100 000 dans cinq petits états – îles Andaman et Nicobar, Arunachal Pradesh, Manipur, Nagaland et Sikkim et la collecte d'échantillons coprologiques adéquats se situait au-dessous de 80% dans sept états – îles Andaman et Nicobar, Arunachal Pradesh, Bihar (76%), Chhattisgarh, Delhi, Rajasthan et Uttar Pradesh (79%). Le taux d'isolement d'entérovirus non poliomyéliqués ($\geq 10\%$), marqueur tant de l'efficacité des laboratoires que de l'aptitude à conserver des échantillons coprologiques en bon état depuis la collecte jusqu'à l'arrivée au laboratoire, était compris entre 11% et 26% dans les 9 laboratoires de la poliomyélite du réseau national de laboratoires.

Table 1. Number of reported cases of acute flaccid paralysis (AFP), non-polio AFP rates, and confirmed poliomyelitis cases – India, 2002^a

Tableau 1. Nombre de cas de paralysie flasque aiguë signalés (PFA), taux de PFA non poliomyélique et cas confirmés de poliomyélite – Inde, 2002^a

| | AFP cases reported Cas de PFA signalés | | Nonpolio AFP rate ^b Taux de PFA non poliomyélique ^b | | % of persons with AFP with adequate specimens ^c % de cas de PFA avec échantillons satisfaisants ^c | | Confirmed wild poliovirus cases Cas de poliomyélite (virus sauvage) confirmés | |
|--|---|------|---|------|--|------|---|------|
| | 2001 | 2002 | 2001 | 2002 | 2001 | 2002 | 2001 | 2002 |
| India – Inde | 7470 | 9674 | 1.76 | 1.77 | 84 | 82 | 268 | 1556 |
| Uttar Pradesh (UP) | 1858 | 3502 | 2.24 | 2.57 | 80 | 79 | 216 | 1218 |
| Western UP – UP occidentale | 1038 | 1729 | 2.75 | 2.76 | 76 | 77 | 189 | 647 |
| Eastern/Central UP – UP oriental/central | 820 | 1773 | 1.91 | 2.44 | 84 | 83 | 27 | 571 |
| Bihar | 710 | 867 | 1.96 | 1.83 | 81 | 76 | 27 | 119 |

^a Data as of 25 January 2003. – Données au 25 janvier 2003.

^b Cases per 100 000 population aged <15 years. – Cas pour 100 000 habitants de moins de 15 ans

^c Two stool specimens, collected ≥ 24 hours apart, within 14 days of onset of paralysis. – Deux échantillons coprologiques ont été recueillis à au moins 24 heures d'intervalle dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie.

Wild poliovirus incidence

A total of 1556 wild poliovirus cases were reported from India during 2002, a substantial increase from the 268 cases reported in 2001 (Table 1). Of these, 1445 (92.8%) were due to wild poliovirus type 1 (P1), 108 (7.0%) were type 3 (P3), and 3 (0.2%) were mixtures of P1 and P3. There were 1218 (79%) cases in UP, with 119 (7%) in Bihar and the rest in other states. Cases were reported from 155 out of 584 districts nationwide, compared with 63 districts with wild poliovirus in 2001 (Map 1). Wild poliovirus was found in 65 of 68 districts in UP and in 29 of 37 districts in Bihar. P3 circulation was confined mostly to western UP. Of all virologically confirmed cases in UP, 59% occurred in a minority group which comprises 17% of the total population of UP.

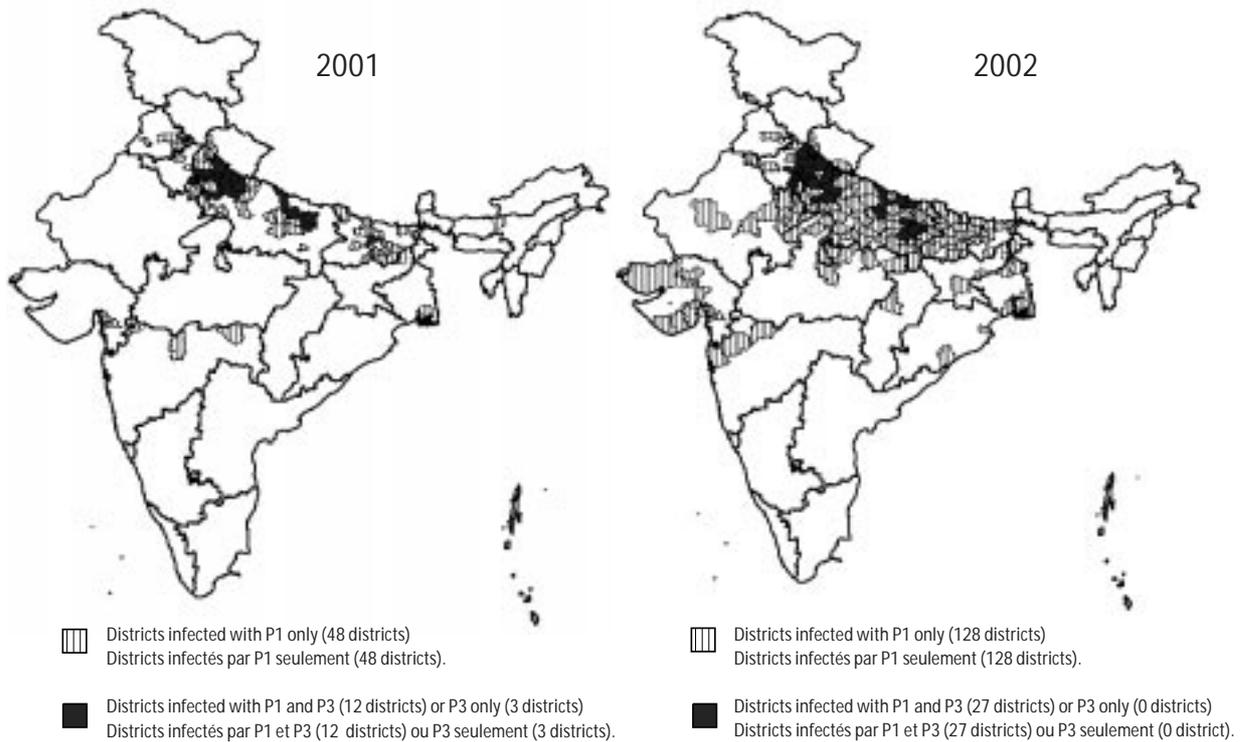
Incidence du poliovirus sauvage

Un total de 1556 cas de poliovirus sauvage ont été signalés en Inde en 2002, soit une augmentation substantielle par rapport aux 268 cas notifiés en 2001 (Tableau 1). Sur ce chiffre, 1445 cas (92,8%) étaient dus au poliovirus sauvage de type 1 (P1), 108 (7%) au type 3 (P3) et 3 (0,2%) associaient P1 et P3. On dénombrait 1218 cas (79%) en Uttar Pradesh, 119 (7%) au Bihar et le reste dans les autres États. Des cas ont été signalés par 155 des 584 districts du pays contre 63 districts notifiant la présence de poliovirus sauvage en 2001 (Carte 1). Le poliovirus sauvage a été retrouvé dans 65 des 68 districts d'Uttar Pradesh et 29 des 37 districts du Bihar. La circulation du P3 a été en gros circonscrite à l'ouest de l'Uttar Pradesh. Sur l'ensemble des cas confirmés virologiquement en Uttar Pradesh, 59% sont survenus dans un groupe minoritaire comprenant 17% de la population totale de l'Uttar Pradesh.

³ Two specimens collected ≥ 24 hours apart, both within 14 days of paralysis onset, and shipped properly to the laboratory.

³ Deux échantillons prélevés à au moins 24 heures d'intervalle, dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie et expédiés dans de bonnes conditions au laboratoire.

Map 1. **Districts infected with wild poliovirus, India, 2001–2002**
 Carte 1. **Districts infectés par le poliovirus sauvage, Inde, 2001–2002**



During 2001–2002, the number of circulating major genetic lineages of wild poliovirus remained the same for P1 (3 major lineages) and for P3 (4 major lineages). Analysis of genetic data demonstrates that all lineages identified in India in 2002 were derived from strains that were circulating in UP in 2000–2001.

Immunization coverage

According to the most recent reported government estimates, 70% of infants aged <1 year nationwide received ≥ 3 doses of oral poliovirus vaccine (OPV3 coverage) through routine immunization in 2001. However, UNICEF survey data from 2001 show substantial variation of OPV3 coverage by state (Bihar 21%, Rajasthan 35%, Jharkhand 37%, UP 41%, Kerala 97%).

National immunization days (NIDs)⁴ – two rounds of supplementary OPV immunization activities (SIAs) annually, using fixed immunization posts – have been conducted to supplement routine OPV immunization since 1995. Starting in 1999, SIAs have been intensified with the addition of house-to-house vaccine delivery following the initial day of fixed-site activities. The number of large-scale NIDs/SNIDs (subnational immunization days) conducted in India fell from 6 during the 1999–2000 low transmission season (winter months), to 4 during 2000–2001, and to 3 during the 2001–2002 low season (Fig. 1).

Two rounds of NIDs were conducted in December 2001 and January 2002, covering 156 million and 163 million chil-

En 2001–2002, le nombre de lignées génétiques principales du poliovirus sauvage en circulation est resté le même pour le P1 (3 lignées principales) et pour le P3 (4 lignées principales). L'analyse des données génétiques montre que toutes les lignées identifiées en Inde en 2002 étaient dérivées de souches circulant dans l'Uttar Pradesh en 2000–2001.

Couverture vaccinale

Selon les dernières estimations gouvernementales signalées, 70% des nourrissons âgés de moins de 1 an du pays avaient reçu au moins 3 doses de vaccin antipoliomyélique buccal (VPO3) dans le cadre de la vaccination systématique en 2001. Toutefois, les données de l'enquête réalisée par l'UNICEF montrent, pour 2001, des variations substantielles dans la couverture par le VPO3 selon les états (Bihar à 21%, Rajasthan 35%, Jharkhand 37%, Uttar Pradesh 41%, Kerala 97%).

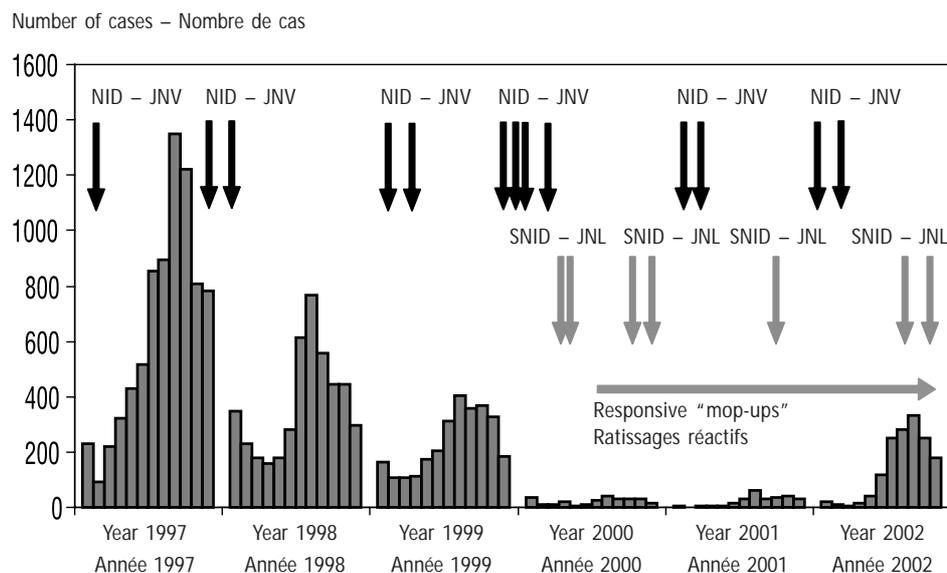
Des journées nationales de vaccination (JNV)⁴ – deux tournées de vaccination supplémentaire par an, dans des postes de vaccination fixes – ont été organisées pour compléter la vaccination systématique par le VPO depuis 1995. A partir de 1999, les activités de vaccination supplémentaire ont été renforcées en y ajoutant l'administration de vaccins porte-à-porte dès le lendemain de la date prévue pour la vaccination aux postes fixes. Le nombre des JNV/JLV (journées locales de vaccination) à grande échelle organisées en Inde est passé de 6 pendant la saison de faible transmission 1999–2000 (mois d'hiver) à 4 en 2000–2001, puis 3 en 2001–2002 (Fig. 1).

Deux séries de JNV ont été organisées en décembre 2001 et janvier 2002, couvrant respectivement 156 millions et 163 millions d'en-

⁴ Nationwide mass campaigns over a short period (days to weeks) in which 2 doses of OPV are administered to all children (usually aged <5 years), regardless of previous vaccination history, with an interval of 4–6 weeks between doses.

⁴ Campagnes de masse au niveau national conduites sur une brève période (de plusieurs jours à plusieurs semaines) au cours desquelles deux doses de VPO sont administrées à tous les enfants (généralement âgés de moins de 5 ans), quels que soient leurs antécédents vaccinaux, avec un intervalle de 4 à 6 semaines entre les doses.

Fig. 1. Monthly incidence of poliomyelitis* in India, January 1997–November 2002*
 Fig. 1. Incidence mensuelle de la poliomyélite en Inde, janvier 1997–novembre 2002*



Reported incidence adjusted for surveillance sensitivity of 10% before June 1997; as per non-polio AFP rate from June 1997 onward. – L'incidence notifiée était ajustée sur une sensibilité de la surveillance de 10% avant juin 1997 et est ajustée sur le taux de PFA non poliomyélique à partir de juin 1997.

NID: National Immunization Day, SNID: Sub-National Immunization Day. – JNV: Journée nationale de vaccination; JLV: Journée locale de vaccination.

* Data as on 25 January 2003. – Données au 25 janvier 2003.

dren aged <5 years respectively. In addition to the NIDs, SNIDs were implemented in September and November of 2002 throughout the states of Bihar, Delhi, Haryana, and UP, as well as in selected areas of Gujarat, Jharkhand, Madhya Pradesh, Maharashtra, and West Bengal, covering 61 million and 60 million children aged <5 years, respectively. During 2002, a total of 62 mop-up immunization campaigns were conducted in response to the detection of wild poliovirus in specific areas, covering 37.65 million children aged <5 years. To reduce existing chains of poliovirus transmission in high-risk areas just before the high transmission season, additional large rounds of house-to-house immunization were conducted in high-risk areas of 3 states, covering approximately 8 million children aged <5 years in March and April 2002.

Data on immunization status of AFP cases not due to polio (non-polio AFP cases, used as a proxy for the general population of children <5) indicated deteriorating OPV coverage in most states with increased polio incidence in 2002, particularly in UP. In western UP, the proportion of non-polio AFP cases aged <5 years who had ≤ 3 OPV doses (routine or supplemental) was 13% in 2000 and 10% in 2001, but rose to 19% in 2002. In eastern and central UP, the proportion of non-polio AFP cases with ≤ 3 OPV doses rose from 9% in 2001 to 33% in 2002.

Spread of disease during 2002 seemed related to the reported OPV coverage of non-polio AFP cases aged <5 years. Little or no subsequent spread of disease occurred following importation of wild poliovirus from UP into states with high reported coverage, such as Chhattisgarh, Maharashtra,

fants âgés de moins de 5 ans. Outre les JNV, des JLV ont été menées en septembre et novembre 2002 dans l'ensemble des états du Bihar, de Delhi, d'Haryana et de l'Uttar Pradesh ainsi que dans certaines régions du Gujarat, du Jharkhand, du Madhya Pradesh, du Maharashtra et du Bengale occidental, ce qui a permis de toucher respectivement 61 millions et 60 millions d'enfants de moins de 5 ans. En 2002, suite à la détection du poliovirus sauvage dans certaines zones, 62 campagnes de vaccination de ratissage au total ont été organisées, touchant 37,65 millions d'enfants de moins de 5 ans. Afin de réduire les chaînes de transmission existantes du poliovirus dans les zones à haut risque juste avant la haute saison de la transmission, de vastes tournées supplémentaires de vaccination porte-à-porte ont été organisées dans les zones à haut risque de 3 états, ce qui a permis d'atteindre quelque 8 millions d'enfants de moins de 5 ans en mars et avril 2002.

Les données sur l'état vaccinal des cas de PFA non poliomyélique (utilisés comme indicateur indirect de l'état vaccinal pour la population générale des enfants de moins de 5 ans) ont montré une détérioration de la couverture par le VPO dans la plupart des états avec une incidence accrue de la poliomyélite en 2002, particulièrement dans l'Uttar Pradesh. Dans l'Uttar Pradesh occidentale, la proportion de cas de PFA non poliomyélique chez les sujets de moins de 5 ans qui avaient reçu ≤ 3 doses de VPO (vaccination systématique ou supplémentaire) était de 13% en 2000 et 10% en 2001 mais était passée à 19% en 2002. Dans l'Uttar Pradesh oriental et central, la proportion de cas de PFA non poliomyélique ayant reçu ≤ 3 doses de VPO est passée de 9% en 2001 à 33% en 2002.

La propagation de la maladie en 2002 semblait corrélée au taux notifié de couverture par le VPO des cas de PFA non poliomyélique chez les enfants âgés de moins de 5 ans. La propagation de la maladie a été faible ou nulle suite à l'importation du poliovirus sauvage de l'Uttar Pradesh dans les états qui notifiaient une couver-

Orissa, and Punjab where >90% of non-polio AFP cases <5 years had ≤ 3 OPV doses. In contrast, spread after introduction was substantial in states where the proportion of non-polio AFP with ≤ 3 OPV doses was lower, such as Gujarat (85%) and West Bengal (76%).

Editorial note. India, the only remaining country in WHO's South-East Asia Region with continuing indigenous wild poliovirus transmission, suffered a major resurgence of poliomyelitis in 2002; surveillance data indicate that UP is the primary source of this transmission. The main reason for continued wild poliovirus transmission is failure to reach sufficiently high OPV immunization coverage (through routine immunization and SIAs) to interrupt transmission, especially in UP and Bihar, two states with very large annual birth cohorts. The rapid increase in the number of susceptible children in central and eastern UP in 2002 facilitated epidemic spread of wild poliovirus once it was introduced from endemic areas in western UP. Epidemic spread of imported virus from UP also was seen in other states with low OPV coverage.

The decline in OPV coverage in 2002 in critical areas had several causes. First, the number of annual large-scale immunization rounds (NIDs/SNIDs) decreased between 1999 and 2002. Secondly, no NIDs or SNIDs were conducted during January–September 2002, an interval that permitted the accumulation of a large, susceptible cohort of newborns. There was also a reduction in the geographical extent of SIA implementation: although some smaller-scale SIAs were conducted in selected districts where cases occurred in the early part of 2002, most of eastern and central UP was not targeted, leaving this area at particular risk. Thirdly, the quality of all SIAs deteriorated, with substantial numbers of children missed during SIA rounds. Although earlier comparative data are not available, data from SIA rounds in western UP during June–August 2002 show that house-to-house teams failed to reach up to 15% of houses. This suggests that hundreds of thousands of children were missed in areas where high population density and poor sanitation already favour virus transmission. A major contributory factor in the poor SIA quality in UP was inadequate engagement and involvement of the general community, in particular the high-risk minority groups.

Additional SIAs are planned for 2003, and major steps to improve SIA quality are under way.

India conducted two nationwide NID rounds in January and February 2003, each targeting >164 million children. Four large SNID rounds are planned for April, June, September, and November 2003, targeting approximately 95 million children in high-risk northern states including Bihar, Delhi, Haryana, and UP. Two full NID rounds will follow in January and February 2004.

Significant moves to improve the quality of SIAs are now under way. A major expansion of communication and social mobilization activities has been undertaken with sup-

ture élevée comme le Chhattisgarh, le Maharashtra, l'Orissa et le Pendjab où plus de 90% des cas de PFA non poliomyélitique de moins de 5 ans avaient reçu ≤ 3 doses de VPO. En revanche, la propagation après introduction du poliovirus était importante dans les états où la proportion de cas de PFA non poliomyélitique ayant reçu ≤ 3 doses de VPO était plus faible comme le Gujérat (85%) et le Bengale occidental (76%).

Note de la rédaction. L'Inde, dernier pays de la Région OMS de l'Asie du Sud-Est où la transmission du poliovirus sauvage autochtone se poursuit, a connu une résurgence majeure de la poliomyélite en 2002; les données de surveillance montrent que l'Uttar Pradesh est la principale source de cette transmission. La poursuite de la transmission du poliovirus sauvage est principalement imputable au fait que l'on n'ait pas pu atteindre une couverture vaccinale par le VPO suffisamment élevée (par la vaccination systématique et les activités supplémentaires de vaccination) pour interrompre la transmission, notamment dans l'Uttar Pradesh et au Bihar, deux états où les cohortes de naissances annuelles sont très nombreuses. L'augmentation rapide du nombre d'enfants vulnérables dans le centre et l'est de l'Uttar Pradesh en 2002 a facilité la propagation de l'épidémie de poliovirus sauvage une fois celui-ci introduit à partir des zones d'endémie de l'Uttar Pradesh occidental. La propagation de l'épidémie de virus importé de l'Uttar Pradesh a également été observée dans d'autres états à faible couverture par le VPO.

La baisse de la couverture par le VPO en 2002 dans des zones critiques s'explique par plusieurs facteurs. Premièrement, le nombre de tournées annuelles de vaccination à grande échelle (JNV/JLV) a diminué entre 1999 et 2002. Deuxièmement, aucune JNV ou JLV n'a été organisée entre janvier et septembre 2002, intervalle qui a permis l'accumulation d'une cohorte importante de nouveau-nés vulnérables. On a également observé une réduction de la portée géographique des activités de vaccination systématique: de telles activités ont bien été menées à petite échelle dans certains districts où des cas étaient survenus au début de 2002, mais la plus grande partie de l'Uttar Pradesh oriental et central n'a pas été concernée, ce qui a exposé cette région à un risque particulier. Troisièmement, la qualité des activités de vaccination supplémentaire s'est dans l'ensemble détériorée, un nombre important d'enfants passant au travers des mailles du filet lors des tournées. Bien que l'on ne dispose pas de données comparatives antérieures, les chiffres provenant des tournées de vaccination supplémentaires dans l'ouest de l'Uttar Pradesh en juin-août 2002 montrent que les équipes de vaccination porte-à-porte n'ont même pas réussi à avoir accès à 15% des habitations. Cela sous-entend donc que des centaines de milliers d'enfants n'ont pas pu être vaccinés dans des zones où la forte densité de population et de mauvaises conditions d'assainissement favorisent déjà la transmission du virus. L'un des principaux facteurs de la mauvaise qualité des activités de vaccination supplémentaire dans l'Uttar Pradesh a été le manque de mobilisation et de participation de la communauté, en particulier dans les groupes minoritaires à haut risque.

Des activités supplémentaires de vaccination sont prévues pour 2003 et d'importantes mesures sont en train d'être prises afin d'améliorer leur qualité.

L'Inde a organisé deux séries de JNV dans l'ensemble du pays en janvier et février 2003, visant chacune plus de 164 millions d'enfants. Quatre séries de JLV importantes, visant quelque 95 millions d'enfants dans les états septentrionaux à haut risque y compris le Bihar, Delhi, l'Haryana et l'Uttar Pradesh sont prévues pour avril, juin, septembre et novembre 2003. Deux séries de JNV suivront en janvier et février 2004.

Des mesures importantes sont actuellement prises pour améliorer la qualité des activités de vaccination supplémentaire. De grands efforts de développement de la communication et des activités de

port from UNICEF. Lessons learned about SIA quality during 2002, including the importance of local involvement, are being used to improve coverage of immunization rounds. Detailed data on SIA quality are being collected during each round, using recently introduced vaccinator data collection forms and standardized independent observer checklists. These data are being used both to identify general programmatic areas of weakness and to focus attention on specific districts and blocks that show deficiencies in SIA quality. A plan for strengthening routine immunization is being readied for implementation in the state of UP in early 2003. Surveillance reviews are planned to assess possible gaps in AFP surveillance quality. Finally, the UP state government, WHO, and UNICEF are providing increased support to the programme through additional personnel and funding for polio eradication.

The 2002 outbreak in India represented a setback for the national and global polio initiative. However, appropriate steps are being taken to further develop and fine-tune SIA quality assessment systems and to correct identified problems. In addition, the large number of children naturally immunized during the outbreak through infection with wild poliovirus will provide an opportunity to maximize the impact of successfully implemented SIAs in early 2003. Finally, the outbreak served to alert health authorities that there can be no complacency during this critical phase. Achievement of polio eradication in India will require intensified efforts focusing on UP. National and state governments, as well as major international partners, must remain committed and work together effectively to meet this goal. ■

mobilisation sociale ont été entrepris avec l'aide de l'UNICEF. Les enseignements tirés de l'évaluation de la qualité de la vaccination supplémentaire en 2002, et notamment l'importance de la participation locale, permettent d'améliorer la couverture des tournées de vaccination. Des données détaillées sur la qualité de la vaccination supplémentaire sont recueillies au cours de chaque tournée, au moyen de nouveaux formulaires de collecte de données remis aux vaccinateurs et de listes de vérification normalisées devant être remplies par des observateurs indépendants. Ces données servent à la fois à repérer les faiblesses générales des programmes et à focaliser l'attention sur certains districts et blocs où l'on constate que la qualité des activités de vaccination supplémentaire laisse à désirer. Un plan de renforcement de la vaccination systématique est actuellement mis au point; il sera appliqué dans l'état d'Uttar Pradesh début 2003. Des études sont prévues afin de repérer les éventuelles lacunes dans la qualité de la surveillance de la PFA. Enfin, le Gouvernement de l'état d'Uttar Pradesh, l'OMS et l'UNICEF fournissent un soutien accru au programme à travers l'envoi de personnel et l'octroi de fonds supplémentaires pour l'éradication de la poliomyélite.

La flambée observée en Inde en 2002 a représenté un recul pour l'initiative en faveur de l'éradication de la poliomyélite aux niveaux national et mondial. Toutefois, des mesures appropriées sont maintenant prises pour développer et affiner les systèmes d'évaluation de la qualité de la vaccination supplémentaire et remédier aux problèmes recensés. En outre, le grand nombre d'enfants naturellement immunisés au cours de la flambée à travers l'infection par le poliovirus sauvage permettra d'accroître l'impact des activités de vaccination supplémentaire mises en œuvre avec succès début 2003. Enfin, la flambée a eu le mérite d'alerter les autorités sanitaires et de leur montrer que l'on ne saurait relâcher les efforts pendant cette phase critique. L'éradication de la poliomyélite en Inde exigera des efforts intensifiés axés en priorité sur l'Uttar Pradesh. Aussi bien le gouvernement national que les gouvernements des états et les principaux partenaires internationaux doivent maintenir leur engagement et continuer à travailler ensemble afin d'atteindre ce but. ■

Influenza

Croatia (1 March 2003).¹ Influenza activity remained at regional level since the third week of February. The first influenza A viruses were isolated for the season.

Hong Kong Special Administrative Region of China (1 March 2003).¹ Influenza A(H3N2) and B viruses continued to circulate but no outbreaks were detected. During the previous week, an increasing number of influenza A(H3N2) was noted. Influenza A(H5N1) virus was isolated from two members of the same family.

Norway (22 February 2003).² While remaining below the epidemic threshold in all regions, the rate of consultations for influenza-like illness slightly increased during the second and third weeks of February. There was also an increase in the number of influenza B virus detections. Eight additional cases of influenza A and 11 cases of influenza B were detected among 377 serological tests.

Slovakia (1 March 2003).³ Influenza activity has reached widespread level during the last week of February. Compared to the previous week, the incidence of influenza-like illness increased to 52.7%. Primary schoolchildren are the most affected age group; this has been noted particularly in

Grippe

Croatie (1^{er} mars 2003).¹ L'activité grippale s'est maintenue à un niveau régional depuis la troisième semaine de février. Les premiers virus grippaux A de la saison ont été isolés.

Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine (1^{er} mars 2003).¹ Les virus grippaux A(H3N2) et B ont continué à circuler mais aucune flambée n'a été détectée. On a enregistré un nombre croissant de virus A(H3N2) au cours de la semaine précédente. Le virus A(H5N1) a été isolé chez deux membres d'une même famille.

Norvège (22 février 2003).² Bien que n'ayant dépassé le seuil épidémique dans aucune région, le taux de consultations pour syndromes grippaux a légèrement augmenté au cours de la deuxième et de la troisième semaine de février. Le nombre de détections à lui aussi légèrement augmenté. Huit cas supplémentaires de grippe A et 11 cas de grippe B ont été dépistés parmi les 377 tests sérologiques effectués.

Slovaquie (1^{er} mars 2003).³ L'activité grippale a atteint un niveau général au cours de la dernière semaine de février. Par rapport à la semaine précédente, l'incidence des syndromes grippaux est montée à 52,7%. Les enfants des écoles primaires font partie du groupe d'âge le plus touché; cela a été surtout noté à l'est et au centre de la

¹ See No. 4, 2003, p. 24.

² See No. 6, 2003, p. 39.

³ See No. 9, 2003, p. 64.

¹ Voir N° 4, 2003, p. 24.

² Voir N° 6, 2003, p. 39.

³ Voir N° 9, 2003, p. 64.

eastern and central Slovakia, where many local outbreaks have been recorded. Influenza A(H1N1) and A(H3N2) viruses were isolated and are closely related to the current vaccine strains.

Ukraine (22 February 2003).³ Influenza activity peaked during the second and third weeks of February, affecting most regions of the country. Influenza A(H1N1) and B viruses were isolated during the outbreaks. One virus was identified as being A/New Caledonia/20/99(H1N1)-like strain.

Yugoslavia (22 February 2003). In February, an increase in the number of influenza-like illness was registered in the province of Vojvodina. Influenza viruses were isolated from 2 children, the most affected age group for the season. Both children are from Novi Sad. Influenza cases were also detected in Belgrade, mostly in schoolchildren; influenza B virus was isolated from one of them. ■

Slovaquie, où de nombreuses flambées ont été enregistrées. Les virus grippaux A(H1N1) et A(H3N2) ont été isolés et s'avèrent étroitement liés aux souches vaccinales actuelles.

Ukraine (22 février 2003).³ L'activité grippale a atteint des sommets au cours de la deuxième et de la troisième semaine de février, touchant la plupart des régions du pays. Les virus grippaux A(H1N1) et B ont été isolés au cours des flambées. Un virus a été identifié comme étant de souche analogue à A/New Caledonia/20/99(H1N1).

Yugoslavie (22 février 2003). En février, on a noté un nombre croissant de syndromes grippaux dans la province de la Voïvodine. Les virus grippaux ont été isolés chez 2 enfants, le groupe d'âge le plus touché de la saison. Les deux enfants vivent à Novi Sad. Des cas de grippe ont également été dépistés à Belgrade, principalement chez des enfants; le virus grippal B a été isolé chez l'un d'entre eux. ■

WHO websites on infectious diseases – update* Sites web de l'OMS sur les maladies infectieuses – mise à jour*

| | | |
|---|--|--|
| Antimicrobial resistance information bank | http://oms2.b3e.jussieu.fr/arinfobank/ | Banque de données sur la pharmacorésistance |
| Buruli ulcer | http://www.who.int/gtb-buruli | Ulcère de Buruli |
| Cholera* | http://www.who.int/csr/disease/cholera | Choléra* |
| Deliberate use of biological and chemical agents* | http://www.who.int/csr/delibepidemics/ | Usage délibéré d'agents chimiques et biologiques* |
| Eradication/elimination programmes | http://www.who.int/infectious-disease-news/ | Programmes d'éradication/élimination |
| Filariais | http://www.filariosis.org | Filariose |
| Geographical information systems* | http://www.who.int/csr/mapping/ | Systèmes d'information géographique* |
| Health topics | http://www.who.int | La santé de A à Z |
| Infectious diseases | http://www.who.int/health-topics/idindex.htm | Maladies infectieuses |
| Influenza network (FluNet) | http://oms.b3e.jussieu.fr/flunet/ | Réseau grippe (FluNet) |
| Integrated management of childhood illnesses | http://www.who.int/chd/ | Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance |
| International travel and health | http://www.who.int/ith/ | Voyages internationaux et santé |
| Intestinal parasites | http://www.who.int/ctd/intpara | Parasites intestinaux |
| Leprosy | http://www.who.int/lep/ | Lèpre |
| Malaria | http://www.rbm.who.int | Paludisme |
| Newsletter (<i>Action against infection</i>) | http://www.who.int/infectious-disease-news/ | Bulletin (<i>Agir contre les infections</i>) |
| Outbreaks* | http://www.who.int/csr/don | Flambées d'épidémies* |
| Poliomyelitis | http://www.who.int/gpv/ | Poliomyélite |
| Rabies network (RABNET) | http://oms.b3e.jussieu.fr/rabnet/ | 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 |
| Surveillance and response* | http://www.who.int/csr/ | Surveillance et action* |
| Tropical disease research | http://www.who.int/tdr/ | Recherche sur les maladies tropicales |
| Tuberculosis | http://www.who.int/gtb/ 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 pesticide evaluation scheme (WHOPES) | http://www.who.int/ctd/whopes/ | Schéma OMS d'évaluation des pesticides (WHOPES) |

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 28 February to 6 March 2003 / Notifications de maladies reçues du 28 février au 6 mars 2003

| Cholera / Choléra | Cases / Deaths Cas / Décès | Cases / Deaths Cas / Décès |
|---|-------------------------------|------------------------------------|
| Africa / Afrique | | |
| Democratic Republic of the Congo/ République démocratique du Congo | 1.I-9.II. 1702 | Uganda/Ouganda 1.I-9.II. 296 |
| | 70 | 10 |

WWW access • <http://www.who.int/wer>
E-mail • send message **subscribe wer-reh** to majordomo@who.int
Fax: (+41-(0)22 791 48 21/791 42 85
Contact: wantzc@who.int

Accès WWW • <http://www.who.int/wer>
Courrier électronique • envoyer message **subscribe wer-reh** à majordomo@who.int
Fax: (+41-(0)22 791 48 21/791 42 85
Contact: wantzc@who.int