

Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

4 MARCH 2005, 80th YEAR / 4 MARS 2005, 80^e ANNÉE

No. 9, 2005, 80, 77–84

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

Contents

- 77 Outbreak news:
– Plague, Democratic Republic of the Congo – update
- 78 Progress in reducing global measles deaths: 1999–2003
- 81 Influenza in the world
- 84 Influenza
- 84 International Health Regulations

Sommaire

- 77 Le point sur les épidémies:
– Peste, République démocratique du Congo – mise à jour
- 78 Réduction de la mortalité par rougeole dans le monde: progrès en 1999–2003
- 81 La grippe dans le monde
- 84 Grippe
- 84 Règlement sanitaire international

★ OUTBREAK NEWS

Plague, Democratic Republic of the Congo – update¹

On 25 February 2005, a multidisciplinary team arrived in Zobia, Bas-Uele district, Oriental province where the suspected cases of pneumonic plague have occurred.² The team now consists of epidemiologists, a clinician, data manager, logistician and experts in social mobilization from the Congolese Ministry of Health and WHO (country office, Regional Office for Africa, and headquarters), laboratory experts from the WHO Collaborating Centre, Institut Pasteur, Madagascar and a logistician and clinical management team from Médecins Sans Frontières (MSF-Belgium).

The team is carrying out intensive surveillance activities. Since 25 February, 4 probable cases (including 1 death) and 4 suspected cases have been reported. A retrospective study of cases is ongoing and an additional 34 samples have been collected for testing at the *Institut de la Recherche Biomedicale*, Kinshasa. The team is actively following up 113 contacts in surrounding areas. MSF has established a treatment centre for cases.

A committee for the control of epidemics has been created with the local authorities. WHO has provided 500 kg of equipment, including drugs and materials for case management and for laboratory sampling and diagnosis.

¹ See No. 8, 2005, p. 65.

² See http://www.who.int/csr/don/2005_02_18/en/

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Peste, République démocratique du Congo – mise à jour¹

Une équipe pluridisciplinaire est arrivée le 25 février 2005 à Zobia, dans le district du Bas-Uele (Province Orientale), où se sont produits les cas présumés de peste pulmonaire.² Cette équipe se compose désormais d'épidémiologistes, d'un clinicien, d'un gestionnaire de données, d'un logisticien et de spécialistes de la mobilisation sociale envoyés par le Ministère congolais de la Santé et l'OMS (bureau dans le pays, Bureau régional pour l'Afrique et Siège), de spécialistes de laboratoire venant du centre collaborateur de l'OMS, l'Institut Pasteur à Madagascar, ainsi que d'un logisticien et d'une équipe de prise en charge clinique dépêchés par Médecins sans Frontières (MSF-Belgique).

L'équipe a instauré une surveillance active. Depuis le 25 février, 4 cas probables (dont un mortel) et 4 cas présumés ont été signalés. Une étude rétrospective des cas est en cours et 34 échantillons supplémentaires ont été recueillis pour être analysés à l'Institut de la Recherche Biomédicale de Kinshasa. L'équipe suit activement 113 contacts vivant dans les régions voisines. MSF a mis sur pied un centre pour traiter les cas.

Un comité de lutte contre l'épidémie a été créé avec les autorités locales. L'OMS a envoyé 500 kilos de fournitures médicales: médicaments et matériel pour la prise en charge des cas, ainsi que pour le recueil des échantillons de laboratoire et le diagnostic.

¹ Voir No 8, 2005, p.65.

² Voir http://www.who.int/csr/don/2005_02_18/fr/index.html

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

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

5.000 3.2005
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

Progress in reducing global measles deaths: 1999–2003

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 countries to achieve the goal adopted by the United Nations General Assembly Special Session on Children (2002) to reduce measles deaths by half by the end of 2005 (compared with 1999 estimates). This article provides an update on progress towards this goal and summarizes recent recommendations by a panel of experts on methods to estimate global measles mortality.

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 77% in 2003. Coverage varied significantly by geographical region (Table 1). Moreover, there has been an increase in

Réduction de la mortalité par rougeole dans le monde: progrès en 1999-2003

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) le nombre des décès imputables à la rougeole. Le présent article fait le point sur les progrès accomplis dans cette voie et récapitule les recommandations formulées récemment par un groupe d'experts sur les méthodes à utiliser pour estimer la mortalité rougeoleuse dans le monde.

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 77% en 2003. La couverture varie beaucoup d'une région à l'autre (Tableau 1). En outre, la proportion de

Table 1 Routine measles vaccine coverage and estimated number of measles deaths with uncertainty bounds, by geographical region, 1999 and 2003

Tableau 1 Couverture de routine par vaccin antirougeoleux et nombre estimatif de décès par rougeole avec indication des limites de confiance, par région géographique, 1999 et 2003

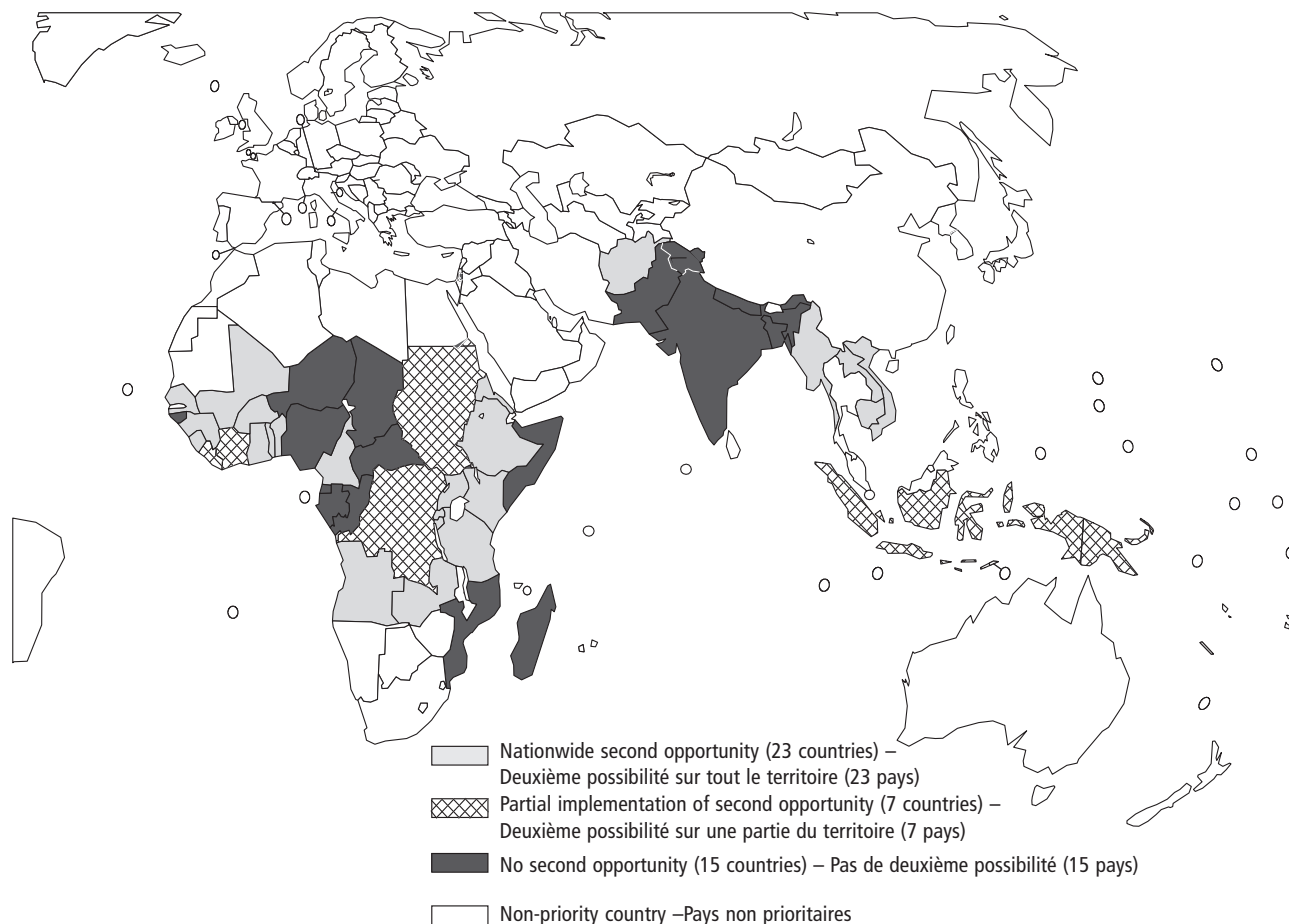
Geographical Region/ Région géographique	1999			2003		
	Routine measles vaccine coverage (%) – Couverture de routine par vaccin antirougeoleux (%)	Estimated no. of measles deaths – Nombre estimatif de décès par rougeole	Uncertainty bounds – Limites d'incertitude	Routine measles vaccine coverage (%) – Couverture de routine par vaccin antirougeoleux (%)	Estimated no. of measles deaths – Nombre estimatif de décès par rougeole	Uncertainty bounds – Limites d'incertitude
Africa – Afrique	55	519 000	379 000–706 000	65	282 000	209 000–382 000
South Asia – Asie du Sud	54	263 000	203 000–354 000	67	183 000	129 000–252 000
East Asia & Pacific – Asie de l'Est et Pacifique	83	77 000	54 000–114 000	83	57 000	40 000–85 000
Other – Autres	91	14 000	9000–22 000	92	8 000	5000–12 000
Total	71	873 000	645 000–1 196 000	77	530 000	383 000–731 000

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

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

Map 1 **Status of implementation of second-opportunity immunization against measles in the 45 WHO/UNICEF priority countries for measles mortality reduction, 2000–2003^a**

Carte 1 **Deuxième possibilité de vaccination antirougeoleuse: situation dans les 45 pays prioritaires désignés par l'OMS et l'UNICEF pour réduire la mortalité par rougeole, 2000-2003^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 material 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.

Les désignations utilisées sur cette carte 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 de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

the proportion of countries offering children a second opportunity for measles immunization. In 2003, 164 (85%) countries offered children a second opportunity compared with 150 (78%) countries in 2001 (data not available before 2001). From 2000 to 2003, more than 197 million children aged from 9 months to 14 years received measles vaccine through SIAs in 30 of the 45 WHO/UNICEF priority countries (*Map 1*). Of the 30 countries that carried out measles SIAs during this period, 23 (77%) conducted nationwide SIAs and 7 conducted subnational SIAs. Of the 30 countries that conducted SIAs, 23 (77%) were in Africa. Of the SIAs in Africa, 18 (78%) were nationwide. Reported coverage for SIAs in the priority countries ranged from 65% to 99% (median, 98%).

Mortality estimates

Given limited disease surveillance and death registration in many countries with weak infrastructure and high measles burden, routine reporting systems are currently inadequate for monitoring global measles mortality.

pays qui offrent aux enfants une deuxième possibilité d'être vaccinés contre la rougeole a augmenté: ils étaient 164 (85%) en 2003, contre 150 (78%) en 2001 (pas de données avant 2001). Entre 2000 et 2003, plus de 197 millions d'enfants de 9 mois à 14 ans ont été vaccinés contre la rougeole lors d'activités de vaccination supplémentaires (AVS) dans 30 des 45 pays prioritaires désignés par l'OMS et l'UNICEF (*Carte 1*). Sur ces 30 pays, 23 (77%) étaient situés en Afrique et 23 (77%) ont mené ce type d'activités à l'échelle nationale. Dix-huit (78%) des AVS organisées en Afrique étaient d'ampleur nationale. La couverture déclarée des AVS dans les pays prioritaires va de 65% à 99% (médiane: 98%).

Estimations de la mortalité

Vu le potentiel limité de surveillance de la maladie et d'enregistrement des décès dans de nombreux pays où les infrastructures sont peu développées et la charge de la rougeole élevée, les systèmes de déclaration ordinaires sont actuellement insuffisants pour suivre

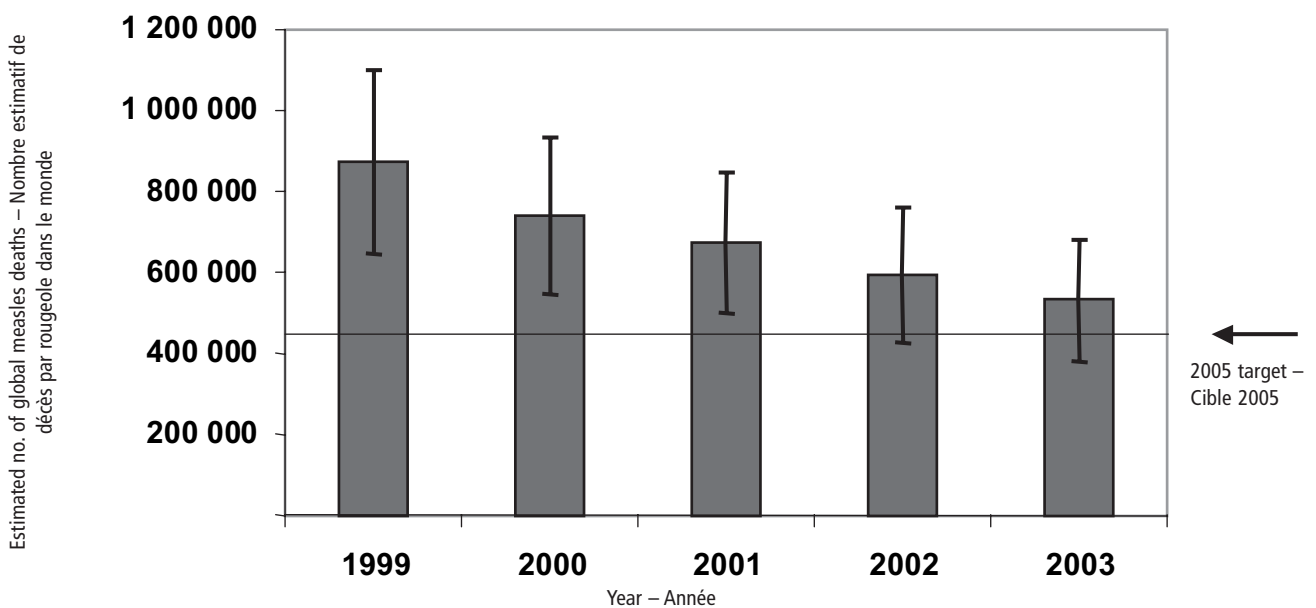
Published estimates vary in both level and precision, but all have wide uncertainty bounds that overlap. A panel of 6 experts was convened on 12 and 13 January 2005 to advise WHO on how best to monitor progress towards the 2005 measles mortality reduction goal. The panel noted the strengths and weaknesses of various approaches to estimating measles mortality but endorsed the use of surveillance data (where they are reliable) and a natural history model (where surveillance data are unreliable). The latter accounts for recent changes in vaccination coverage and is therefore best suited for monitoring trends in measles mortality.

Based on results from surveillance data and the natural history model, overall global measles mortality decreased 39% from 873 000 deaths (uncertainty bounds: 645 000 deaths; 1 196 000 deaths) in 1999 to 530 000 deaths (uncertainty bounds: 383 000 deaths; 731 000 deaths) in 2003 (Table 1, Fig. 1). The largest reduction was in Africa where estimated measles mortality decreased by 46% during this time period.

l'évolution de la mortalité rougeoleuse dans le monde. Les estimations publiées varient, leur précision aussi, mais toutes ont des limites d'incertitude très larges qui se recoupent. Un groupe de 6 experts a été convoqué les 12 et 13 janvier 2005 pour conseiller l'OMS sur la meilleure façon de suivre les progrès accomplis vers l'objectif de réduction de la mortalité par rougeole en 2005. Les experts ont déterminé les forces et les faiblesses de différentes méthodes d'estimation de la mortalité rougeoleuse. Ils ont préconisé d'utiliser les données de surveillance (lorsqu'elles sont fiables) et un modèle de l'histoire naturelle de la maladie (lorsque les données de surveillance ne sont pas fiables) car ce dernier tient compte de l'évolution récente de la couverture vaccinale et convient donc mieux pour observer les tendances de la mortalité par rougeole.

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 39% dans le monde, passant de 873 000 décès (limites d'incertitude: 645 000 décès; 1 196 000 décès) en 1999 à 530 000 décès (limites d'incertitude: 383 000 décès; 731 000 décès) en 2003 (Tableau 1, Fig. 1). La plus forte baisse s'est produite en Afrique, où la mortalité rougeoleuse estimative a diminué de 46% pendant cette période.

Fig. 1 **Estimated number of annual global measles deaths, 1999–2003^{a, b}**
 Fig. 1 **Nombre annuel estimatif de décès par rougeole dans le monde, 1999–2003^{a, b}**



^a Source: WHO. – Source: OMS.

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

Editorial note. Improvements in routine measles vaccination coverage and the implementation of measles SIAs in the priority countries have resulted in a substantial decrease in the estimated number of global measles deaths. Although difficult to quantify, the widespread use of vitamin A through polio and measles SIAs and routine services has also contributed to the reduction of measles mortality. Indeed, if 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.

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

Note de la rédaction. La hausse de la couverture par la vaccination antirougeoleuse systématique et les AVS menées dans les pays prioritaires ont entraîné une baisse sensible du nombre estimatif de décès par rougeole dans le monde. Bien que son influence soit difficile à quantifier, l'utilisation généralisée de la vitamine A lors des activités systématiques et supplémentaires de vaccination antipoliomyélitique et antirougeoleuse a contribué à la réduction de la mortalité par rougeole. Si les progrès continuent au rythme de ces dernières années, il est fort probable que l'objectif de réduction de la mortalité rougeoleuse en 2005 sera atteint.

Les estimations de la mortalité reposant sur le modèle de l'histoire naturelle de la maladie ont été corroborées par les données de pays qui ont intégralement appliqué les stratégies de vaccination recommandées et renforcé la surveillance de la rougeole. Selon une

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 (unpublished data, WHO Regional Office for Africa). This outbreak was 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. As has been the experience with polio eradication, case-based surveillance with laboratory confirmation of suspected cases should be the "gold standard" for measuring programme impact. Investments in strengthening disease surveillance and registration of cause-specific mortality are 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. Further field studies of the natural history of measles, especially documenting case-fatality ratios in high-burden settings, and the proportional mortality caused by measles in similar settings are needed to update model estimates.

A key factor contributing to progress in reducing measles mortality in Africa has been the support of the Measles Initiative.² This partnership, which was formed in 2001 and is spearheaded by the American Red Cross, the United States Centers for Disease Control and Prevention, UNICEF, WHO and the United Nations Foundation, has played a critical role in supporting African countries in their measles mortality reduction efforts. Since 2001, this partnership has been able to mobilize more than US\$ 144 million, resulting in the vaccination of over 150 million African children against measles.

Important challenges remain in reaching the 2005 measles mortality reduction goal. First, measles mortality reduction activities need to be 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 before their first birthday. Finally, 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 a very high proportion of every birth cohort. ■

² <http://www.measlesinitiative.org>

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 les AVS (données non publiées, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique). 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. Comme pour l'éradication de la poliomyélite, la surveillance basée sur l'identification des cas couplée à la confirmation en laboratoire des cas présumés devrait être la procédure de référence pour mesurer l'impact du programme. 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. D'autres études de terrain s'imposent sur l'histoire naturelle de la rougeole, notamment en ce qui concerne le taux de létalité dans les zones où la charge de la maladie est importante, et sur la mortalité proportionnelle causée par la rougeole dans des contextes comparables pour actualiser les estimations calculées à l'aide des modèles.

L'un des éléments qui ont contribué à réduire la mortalité rougeoleuse en Afrique est le soutien de l'Initiative contre la rougeole.² Formé en 2001 et dirigé par la Croix-Rouge américaine, les *Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis, l'UNICEF, l'OMS et la Fondation pour les Nations Unies, ce partenariat a joué un rôle déterminant en soutenant les efforts déployés par les pays africains pour réduire la mortalité rougeoleuse. Depuis 2001, il a mobilisé plus de US\$ 144 millions, qui ont permis de vacciner plus de 150 millions d'enfants africains contre la rougeole.

Il reste d'importantes difficultés à surmonter pour atteindre l'objectif de réduction de la mortalité rougeoleuse fixé pour 2005. 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 éviter une recrudescence des décès après la baisse enregistrée dans les 45 pays prioritaires désignés par l'OMS et l'UNICEF, 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. Enfin, 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 une très grande proportion de chaque cohorte de naissance. ■

² <http://www.measlesinitiative.org>

Influenza in the world

September 2004–January 2005

Between September 2004 and January 2005, influenza activity was generally mild to moderate, and was low compared with the same period last year.¹ Influenza activity began in October in North America and increased gradually. By

¹ See <http://www.who.int/wer/2004/wer7910/en/>

La grippe dans le monde

Septembre 2004-Janvier 2005

Entre septembre 2004 et janvier 2005, l'activité grippale est restée généralement légère à modérée, voire faible si on la compare à celle de l'année dernière à la même période.¹ L'activité grippale a commencé en octobre en Amérique du Nord et a augmenté pro-

¹ Voir <http://www.who.int/wer/2004/wer7910/en/>

January 2005, 2 countries in North America (Canada and the United States) and 5 in Europe (Belgium, Iceland, Portugal, Spain and Switzerland) reported widespread influenza activity.

Influenza A(H3N2) viruses predominated in most countries and were responsible for most of the epidemics during this period. Whereas the majority of A(H3N2) viruses were closely related to A/Fujian/411/2002 and A/Wyoming/3/2003 reference viruses, an increasing proportion of recent viruses were distinguishable from A/Wyoming/3/2003 and A/Wellington/1/2004 and were more closely related to A/California/7/2004. Influenza A(H1N1) viruses circulated at low levels in most parts of the world. The haemagglutinins of most A(H1) viruses were closely related to those of A/New Caledonia/20/99. Very few influenza A(H1N2) viruses were identified during this period. Influenza B viruses circulated at low levels, but a significant increase in influenza B activity has been observed since mid-January in Asia (Japan). B viruses from both B/Yamagata and B/Victoria lineage viruses have been characterized; the majority were closely related to B/Shanghai/361/2002 (B/Yamagata lineage).

A total of 61 countries/areas, including 6 from Africa, 9 from the Americas, 10 from Asia, 31 from Europe and 5 from Oceania, reported influenza activity between September 2004 and January 2005. Of the 61 countries/areas, 16 reported outbreaks associated with influenza A(H1N1), A(H3N2) or B viruses.

Outbreaks caused by influenza A(H1) viruses were reported in Greece and Tunisia.

Outbreaks associated with A(H3N2) viruses were reported in the Americas (Canada, United States), Asia, China (Province of Taiwan), Europe (Belgium, France, Iceland, Italy, Portugal, Russian Federation, Spain and Switzerland) and Oceania (New Zealand).

Influenza B outbreaks were reported in Asia (Japan and Sri Lanka).

Between December 2003 and 15 February 2005, 55 human cases of influenza A(H5N1) were associated with outbreaks of highly pathogenic avian influenza A(H5N1) in poultry in Cambodia, Thailand and Viet Nam.² On 6 January 2004, WHO announced influenza pandemic preparedness Phase 0 Level 2, which has remained.³ To date, there has been no evidence of sustained human-to-human transmission. ■

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

³ See http://www.who.int/csr/don/2004_01_21/en/

gressivement. En janvier 2005, 2 pays d'Amérique du nord (Canada et États-Unis) et 5 pays européens (Belgique, Espagne, Islande, Portugal et Suisse) signalaient une activité grippale généralisée.

Les virus grippaux A(H3N2) ont prédominés dans la majorité des pays et ont causé la plupart des flambées au cours de cette période. Alors que pratiquement tous les virus A(H3N2) étaient étroitement apparentés aux virus de référence A/Fujian/411/2002 et A/Wyoming/3/2003, une proportion croissante de virus récents pouvaient être distingués de A/Wyoming/3/2003 et de A/Wellington/1/2004 et étroitement apparentés à A/California/7/2004. Les virus grippaux A(H1N1) ont circulés à un faible niveau pratiquement partout dans le monde. Les antihémagglutinines de la plupart des virus A(H1) sont étroitement liés à A/New Caledonia/20/99. Très peu de virus grippaux A(H1N2) ont été identifiés au cours de cette période. Les virus grippaux B, eux, ont faiblement circulés mais depuis la mi-janvier, on a observé une importante augmentation de leur activité en Asie (Japon). Des virus B de lignées B/Yamagata et B/Victoria ont été caractérisés, la plupart d'entre eux s'étant avérés très proches de B/Shanghai/361/2002 (lignée B/Yamagata).

Au total, 66 pays/territoires, ont déclarés leurs cas de grippe entre septembre 2004 et janvier 2005: 6 en Afrique, 9 dans les Amériques, 10 en Asie, 31 en Europe et 5 en Océanie. Sur ces 61 pays, 16 ont signalés des flambées associées aux virus grippaux A(H1N1), A(H3N2) ou B.

Des flambées causées par le virus grippal A(H1) ont été signalées en Grèce et en Tunisie.

Des flambées associées au virus grippaux A(H3N2) ont été signalées dans les Amériques (Canada, États-Unis), en Asie (Chine (province de Taïwan)), en Europe (Belgique, Espagne, Fédération de Russie, France, Islande, Italie, Portugal et Suisse) et en Océanie (Nouvelle-Zélande).

Des flambées associées au virus grippal B ont été signalées en Asie (Japon et Sri Lanka).

Entre décembre 2003 et le 15 février 2005, 55 cas humains de grippe A(H5N1) ont été associés à des flambées de grippe aviaire hautement pathogène à A(H5N1) chez les volailles au Cambodge, en Thaïlande et au Viet Nam.² Le 6 janvier 2004, l'OMS a annoncé la préparation de phase 0 de niveau 2 devant le risque de pandémie grippale, laquelle est toujours de rigueur.³ A ce jour, il n'existe aucune preuve réelle d'une transmission interhumaine. ■

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

³ See http://www.who.int/csr/don/2004_01_21/fr/index.html

Table 1 **Extent and type of influenza activity worldwide confirmed by virus isolation, September 2004–January 2005**

Tableau 1 **Etendue et type de l'activité grippale dans le monde confirmée par isolement de virus ou détection directe de virus, septembre 2004-janvier 2005**

Country/area Pays/territoire	2004				2005
	September Septembre	October Octobre	November Novembre	December Décembre	January Janvier
Africa – Afrique					
Egypt – Egypte		•A	•A	••A	••A, •B
Madagascar	0	•B	•H3, •B	•H3, •B	
Morocco – Maroc	0	0	•H3, •B	••H3, •B	••H3, •B
Reunion – Réunion	H3	H3			
Senegal – Sénégal	•H3, B	•H1, B	•B	0	0
Tunisia – Tunisie				•••H1	•••H1, ••H3

Country/area Pays/territoire	2004				2005
	September Septembre	October Octobre	November Novembre	December Décembre	January Janvier
Americas – Amériques					
Argentina – Argentine	•A, •B	•A, •B	•A, •B	•A, •B	0
Brazil – Brésil	••B, •A	•A, •B	•H1, •A, •B	•A, •B	
Canada	•H3, •B	••H3, •B, •A	••H3, •B, •A	••••H3, •B, •A	••••H3, •B
Chile – Chili	•B	•B	•B	0	0
Colombia – Colombie	•A, •B	••A, ••B	••A	0	
Mexico – Mexique	•H3	•H3, •B	•B	•B	•H3, •H1, •B
Peru – Pérou	•H1, •H3, •B, •A	•H1, •H3, •B, •A	•H1, •H3, •B, •A	•H1, •H3, •B, •A	
Saint Lucia – Sainte-Lucie		B			
USA – États-Unis	•H3, •B, •A	•H3, •B, •A	•H3, •B, •A	•••H3, •H1, •B, A	••••H3, •H1, •B, •••A
Asia – Asie					
China – Chine	••H3, •B	•H3, ••B			
Hong Kong SAR – Hong Kong RAS China (Province of Taiwan) – Chine (Province de Taïwan)	••H3, •H1, •B	•H1, •H3, •B	•H3, •B, •C	•H3, •A, •B	•H1, •H3, •B
Japan – Japon	•••H3		•H1, •H3, •B	•H1, •H3, •B	
Korea (Republic of) – Corée (République de)	•H3	•H3, •B	•H1, •H3, •B	••H1, ••H3, ••B	••H3, •H1, •••B
Malaysia – Malaisie	•H3, •B	•H1	••H3	••H3, •A	•H3, A, B
Philippines	•H3, •B	•H1, •H3, B	•H3, •B	•H3, •B	•B
Singapore – Singapour	H3	H3	0	0	
Sri Lanka		H1, B	H3, B	H3	
Thailand – Thaïlande	••H1, •H3, •B	••H1, ••H3, •B	•H1, •H3, •B	•••B, •A	
Europa – Europe					
Austria – Autriche				•A, •B	•A, •B
Belgium – Belgique	0	0	•H3, •A	••H3, •H1	••••H3, •H1, •B
Bulgaria – Bulgarie	•H3				••H3
Croatia – Croatie					•A
Czech Republic – République tchèque	0	•A, •B	•A, •B		••H1, •H3, •B
Denmark – Danemark	0	0	0	•H1, •A	•H3, •H1
Finland – Finlande			•H3, •A	•H3	•H3, •A
France	•H3	•H3, •A	•A H3	•H1, •H3, •B	•••H3, •H1, •A, •B
Germany – Allemagne	0	H3	•H3	•H3, B	•H3, B
Greece – Grèce				•H3	••H3, •••H1, •B
Hungary – Hongrie			•H3, •A, •B	•B	
Iceland – Islande				••H3, •B	••••H3
Iraq				H3, A	A
Ireland – Irlande	•H1	•H1, •H3	•H1, •H3	•H1, •A	•A, •B
Israel – Israël		•H3	•H3, •A	•H1, ••H3, •B	••H3, •H1, •B
Italy – Italie		•H1, •H3	•H1, •H3	•••H3, •H1, •B	
Latvia – Lettonie	0	0	•B	•H3, •A, •B	•H3, •A, •B
Netherlands – Pays-Bas	H1, B			H3, B	
Norway – Norvège	0	0	•H3, •B	•H3, •B	•H1, •H3, •B
Poland – Pologne	0	0	0	0	•H1, •H3
Portugal	0	•H3	•H3	••H3, B	••••H3, •H1, •B
Romania – Roumanie		0	0	•H1	•H1, •H3
Russian Federation – Fédération de Russie			•H1	•H1, •H3, •B	•••H3, •A, •B
Serbia and Montenegro – Serbie- et-Montenegro					•H3
Slovenia – Slovénie	0	0	•A	•A	•H1, •H3, •B
Spain – Espagne	H3	H3	H3	•••H3, ••H1, B	••••H3, •B, •A
Sweden – Suède		0	•H3, •A, •B	••A, •B, H3	••A, •B, H3
Switzerland – Suisse	0	0	•H3	•H1, •H3, •B	••••H3, •H1, •B
Turkey – Turquie			•H1, •H3, •B	••H3, •B	•A
United Kingdom – Royaume-Uni ...		•H3	•H1, •H3, •B	••H3, •H1, •B	•H1, ••H3, •B, A
Ukraine	•	•H3	•H1, •H3	•H3	•••H1, •H3
Oceania					
Australia – Australie	•H1, ••H3, •B	•H3, •B	•H3, •B	•H1, •B	•H3, •B
Guam		H3	•H3		
New Caledonia – Nouvelle-Calédonie	•H3, •A, •B	•H3, •A, •B	•H3, •B	•A	
New Zealand – Nouvelle-Zélande	•••H3, •B	•••H3, •B	•H3, •B	•H3	

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)

Influenza

Austria.¹ Influenza A(H3N2) and B activity remained widespread.

Belgium.¹ Widespread influenza A(H3N2) activity continued to be reported, although the number of influenza viruses detected and the consultation rate of influenza-like illness (ILI) declined slightly compared with those of last week.

Canada.¹ Widespread influenza activity was reported in 4 provinces. Compared with the previous week, a decline was observed in the number of regions reporting widespread or localized activity, the overall ILI consultation rate, the number of outbreaks in long-term care facilities, the number of detections of influenza viruses and the percentage of positive influenza tests. Of the influenza viruses detected during week 7, 91% were influenza A* and 9% were B viruses.

Denmark.¹ A slight increase in influenza activity was observed, when the ILI consultation rate was just above the baseline.

Finland.¹ Influenza A(H3N2) activity continued to increase and was reported as regional.

France.¹ Influenza A continued to be epidemic throughout the country. Of the influenza viruses subtyped, the majority were A(H3N2) viruses.

Germany.¹ Since week 5, influenza A(H3) activity has increased significantly, in both the consultation rate of acute respiratory illness and the number of influenza viruses detected. Widespread activity was reported in week 7.

Italy.¹ Influenza A(H3N2) activity continued to increase and was reported as widespread.

Japan.¹ Influenza activity continued to decline. The majority of the viruses detected were influenza B viruses.

Portugal.¹ Influenza activity declined significantly after remaining widespread for 5 weeks.

Romania.¹ Influenza A(H3N2) activity increased slightly and was reported as localized.

Russian Federation.¹ Influenza activity has continued to increase since week 4 and was reported as widespread in week 7, when morbidity reached or exceeded epidemic thresholds in 63.2% of regions. Influenza A(H3N2) and B viruses co-circulated in the country.

Switzerland.¹ A slight decline in influenza A(H3N2) activity was observed for the first time since the epidemic started this season, with widespread activity remaining.

Ukraine.¹ Influenza activity continued to increase and was reported as widespread. Most of the influenza viruses detected were B viruses.

Other reports.¹ During week 7, low influenza activity was detected in Brazil, Chile (A), Hong Kong Special Administrative Region of China (H1, H3 and B), Hungary (H3 and A), Islamic Republic of Iran (H1 and H3), Israel (A and B), New Caledonia (B) and Spain. Argentina, Madagascar and Mexico reported no influenza activity.

¹ See No. 8, 2005, pp. 75-76.

* A = A non-subtyped viruses.

Grippe

Autriche.¹ L'activité grippale de type A(H3N2) et B est restée généralisée.

Belgique.¹ On a continué de signaler une activité grippale généralisée de type A(H3N2) bien que le taux de consultations pour syndromes grippaux a légèrement diminué par rapport à la semaine dernière.

Canada.¹ Une activité grippale généralisée a été signalée dans 4 provinces. Comparativement à la semaine dernière, on a observé une baisse du nombre des régions signalant une activité grippale généralisée ou locale, du taux de consultations pour syndromes grippaux, du nombre de flambées signalées dans des établissements médicaux pour longs séjours, du nombre de virus grippaux dépistés et du pourcentage de tests grippaux positifs. Sur tous les virus grippaux dépistés au cours de la semaine 7, 91% étaient de type A* et 9% de type B.

Danemark.¹ On a observé une légère augmentation de l'activité grippale, avec un taux de consultations pour syndromes grippaux juste au dessus du niveau de base.

Finlande.¹ L'activité grippale de type A(H3N2) a continué d'augmenter et a été signalée comme étant régionale.

France.¹ L'épidémie de grippe A a continué à travers tout le pays. La majorité des virus sous-typés étaient de type A(H3N2).

Allemagne.¹ Depuis la semaine 5, l'activité grippale de type A(H3) a beaucoup augmenté, tant au niveau du taux de consultations pour maladies respiratoires aiguës que du nombre de virus grippaux dépistés. On a signalé une activité généralisée au cours de la semaine 7.

Italie.¹ L'activité grippale de type A(H3N2) a continué d'augmenter et a été signalée comme étant généralisée.

Japon.¹ L'activité grippale a continué de baisser. La majorité des virus dépistés étaient de type B.

Portugal.¹ L'activité grippale a beaucoup baissé après être restée généralisée pendant 5 semaines.

Roumanie.¹ L'activité grippale de A(H3N2) a légèrement augmenté et a été signalée comme locale.

Fédération de Russie.¹ L'activité grippale de type A(H3N2) a continué d'augmenter depuis la semaine 4 et a été signalée comme généralisée au cours de la semaine 7, lorsque le taux de morbidité a atteint ou dépassé le seuil épidémique dans 63,2% des régions. Des virus grippaux A(H3N2) et B ont co-circulés dans le pays.

Suisse.¹ Pour la première fois cette saison et depuis le début de l'épidémie, on a observé une légère baisse de l'activité grippale de type A(H3N2), bien qu'elle soit toujours généralisée.

Ukraine.¹ L'activité grippale a continué d'augmenter et a été signalée comme généralisée. La majorité des virus dépistés étaient de type B.

Autres rapports.¹ Au cours de la semaine 7, une faible activité grippale a été signalée au Brésil, au Chili (A), en Espagne, à Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine (H1, H3 et B), en Hongrie (H3 et A), en République islamique d'Iran (H1 et H3), en Israël (A et B) et en Nouvelle-Calédonie (B). L'Argentine, Madagascar et le Mexique n'ont signalé aucune activité grippale.

¹ Voir No. 8, 2005, pp. 75-76.

* A = virus A sous-typés.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 25 February to 3 March 2005 / Notifications de maladies reçues du 25 février au 3 mars 2005

Cholera / Choléra

	Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès
Africa / Afrique			
Malawi	1.I-20.II	United Republic of Tanzania / République-Unie de Tanzanie	7-20.II
.....	576	61
	5		1