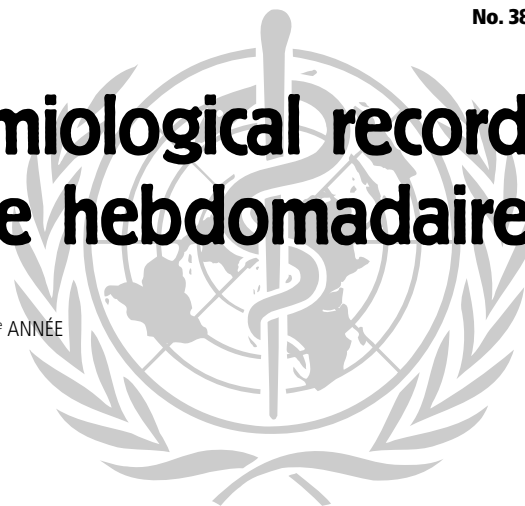


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

23 SEPTEMBER 2005, 80th YEAR / 23 SEPTEMBRE 2005, 80^e ANNÉE

No. 38, 2005, 80, 321–332

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

Contents

- 321 Outbreak news
- 322 Nationwide distribution of insecticide-treated bednets during a child immunization campaign, Togo, West Africa, December 2004
- 330 Advisory committee on polio eradication – standing recommendations for responding to circulating polioviruses in polio-free areas
- 331 Emergency measures against malaria in Niger
- 332 Corrigendum
- 332 International Health Regulations

Sommaire

- 321 Le point sur les épidémies
- 322 Distribution nationale de moustiquaires de lit imprégnées d'insecticide au cours d'une campagne de vaccination de l'enfant au Togo, Afrique de l'Ouest, décembre 2004
- 330 Recommandations en vigueur du Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite concernant les poliovirus circulant dans les zones exemptes de poliomyélite
- 331 Mesures d'urgence contre le paludisme au Niger
- 332 Rectificatif
- 332 Règlement sanitaire international

**WORLD HEALTH
ORGANIZATION**
Geneva

**ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ**
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 334.–

5.000 9.2005

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Avian influenza, Indonesia

On 16 September 2005, the Ministry of Health in Indonesia confirmed a fatal case of human infection with H5N1 avian influenza. The case occurred in a 37-year-old woman who resided in Jakarta. She developed symptoms on 31 August, was hospitalized on 6 September, and died on 10 September.

The positive test results were received from a WHO reference laboratory in Hong Kong.

The government has launched investigations, assisted by WHO, aimed at identifying the source of the woman's infection and tracing her close contacts, including family members, neighbours, and hospital staff engaged in her treatment.

The woman lived in an area with multiple opportunities for exposure to chickens and ducks. No recent poultry deaths have been reported in the area. Poultry samples have been taken by agriculture authorities as part of the ongoing investigation.

This is the country's second laboratory-confirmed case.

In July 2005, a cluster of 3 deaths in one family was investigated. H5N1 infection was confirmed in the 38-year-old father but laboratory test results for his two daughters did not meet criteria for acute H5N1 infection. WHO only reports laboratory-confirmed cases.

Investigation of the July family cluster was unable to determine the source of exposure. Testing and monitoring of more than 300 close contacts failed to detect any further cases.

Avian influenza, Viet Nam – update¹

On 19 September 2005, the Ministry of Health in Viet Nam retrospectively confirmed

¹ See No. 27, 2005, pp. 233–234.

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Grippe aviaire, Indonésie

Le 16 septembre 2005, le Ministère indonésien de la Santé a confirmé un cas mortel d'infection humaine par le virus H5N1 de la grippe aviaire chez une femme de 37 ans qui vivait à Jakarta. Les symptômes sont apparus le 31 août; l'hospitalisation a eu lieu le 6 septembre et le décès le 10 septembre.

Les résultats positifs des tests ont été reçus d'un laboratoire de référence de l'OMS à Hong Kong.

Les autorités ont ouvert une enquête avec l'aide de l'OMS afin de déterminer la source de l'infection et de retrouver les contacts proches – notamment les membres de la famille, les voisins et le personnel hospitalier qui a soigné la malade.

L'intéressée vivait dans une zone où les possibilités d'exposition aux poules et aux canards sont multiples. Aucune mort de volaille n'a cependant été signalée dans la zone. Les autorités responsables de l'agriculture ont prélevé des échantillons de volailles dans le cadre de l'enquête.

Il s'agit là du deuxième cas indonésien confirmé au laboratoire.

En juillet 2005, une enquête a été menée sur un groupe de 3 cas au sein d'une même famille. L'infection à H5N1 a été confirmée chez le père âgé de 38 ans, mais les critères d'une infection aiguë à H5N1 n'ont pas été remplis chez ses deux filles. L'OMS ne notifie que les cas confirmés au laboratoire.

L'enquête effectuée sur le groupe de 3 cas survenus en juillet n'a pas permis de déterminer la source de l'exposition. Aucun autre cas n'a été détecté chez les plus de 300 contacts proches testés et suivis.

Grippe aviaire, Viet Nam – mise à jour¹

Le Ministère vietnamien de la Santé a rétrospectivement confirmé un cas mortel supplémentaire

¹ Voir N° 27, 2005, pp. 233–234.

an additional fatal case of H5N1 infection that dates back to July 2005. The case, a 35-year-old male farmer from Ben Tre Province, developed symptoms on 25 July and died on 31 July.

The newly confirmed case brings the total in Viet Nam since mid-December 2004 to 64 cases, of which 21 were fatal.

Japanese encephalitis, India

Between 29 July and 30 August 2005, 1145 cases of Japanese encephalitis were reported from 14 districts of the Uttar Pradesh Province, India. About one-fourth of these (n=296) have died; 90 cases from the adjoining districts of Bihar were also admitted to hospitals in Uttar Pradesh.

The majority of the affected villages have reported only single cases. Entomological surveys in the affected villages have revealed high densities of *Culex tritaeniorhynchus* and *Culex vishnui* – the vectors of Japanese encephalitis.

For more information, please see the web site of the WHO Regional Office for South-East Asia at http://w3.whosea.org/en/Section10/Section392_10243.htm

Poliomyelitis, Somalia

One case of poliomyelitis has been reported in Mogadishu, Somalia, where a 15-month-old girl had onset of paralysis on 12 July 2005. Genetic sequencing is ongoing to determine the origin of the virus. Somalia, had been polio-free since 2002.

On 13 September 2005, the Global Polio Eradication Initiative – spearheaded by WHO, Rotary International, the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and UNICEF – launched an ambitious new series of polio immunization campaigns to prevent the re-establishment of the disease in the Horn of Africa.

Further information can be found at <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr42/en/index.html> and <http://www.polioeradication.org/pressreleases.asp> ■

d'infection à H5N1 qui remonte à juillet 2005. Le cas concernait un fermier de 35 ans de la province de Ben Tre. Les symptômes sont apparus le 25 et le décès est intervenu le 31 juillet.

Ce nouveau cas porte à 64 le nombre de cas confirmés au Viet Nam depuis mi-décembre 2004, dont 21 mortels.

Encéphalite japonaise, Inde

Du 29 juillet au 30 août 2005, dans 14 districts de la province indienne de l'Uttar Pradesh, 1145 cas d'encéphalite japonaise ont été signalés, dont environ un quart (290) mortels. En outre, 90 malades venant de districts voisins du Bihar ont été hospitalisés en Uttar Pradesh.

La majorité des villages touchés n'ont signalés que des cas isolés. Les enquêtes épidémiologiques effectuées dans les villages touchés ont révélé une forte densité de moustiques de l'espèce *Culex tritaeniorhynchus* et *Culex vishnui* – les vecteurs de l'encéphalite japonaise.

Pour plus de renseignements, se reporter au site web du Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est: http://w3.whosea.org/en/Section10/Section392_10243.htm

Poliomyélite, Somalie

Un cas de poliomyélite a été signalé à Mogadishu chez une fillette de 15 mois, avec début de la paralysie le 12 juillet 2005. Le séquençage génique est en cours pour déterminer l'origine du virus. La Somalie était exempte de poliomyélite depuis 2002.

Le 13 septembre 2005, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite – dirigée par l'OMS, le Rotary International, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des Etats-Unis et l'UNICEF – a lancé une ambitieuse nouvelle série de campagnes de vaccination visant à éviter la réimplantation de la maladie dans la Corne de l'Afrique.

Pour plus d'informations, merci de consulter les liens suivants: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr42/fr/index.html> et <http://www.polioeradication.org/pressreleases.asp> ■

Nationwide distribution of insecticide-treated bednets during a child immunization campaign, Togo, West Africa, December 2004

Background

From 13 to 19 December 2004, Togo, a West African nation with a population of 5 098 380, conducted its first-ever nationwide distribution of insecticide-treated bednets (ITNs) for prevention of malaria. A measles supplementary immunization activity (SIA), conducted as part of Togo's measles mortality reduction strategy and targeting all children aged 9–59 months, provided the opportunity to distribute ITNs, oral poliovirus vaccine (OPV) and the anthelmintic, mebendazole.

Distribution nationale de moustiquaires de lit imprégnées d'insecticide au cours d'une campagne de vaccination de l'enfant au Togo, Afrique de l'Ouest, décembre 2004

Introduction

Du 13 au 19 décembre 2004, le Togo, un pays de l'Afrique de l'Ouest peuplé de 5 098 380 habitants, a procédé à la première distribution nationale de moustiquaires de lit imprégnées d'insecticide pour la prévention du paludisme. Une activité de vaccination antirougeoleuse supplémentaire dans le cadre de la stratégie togolaise de réduction de la mortalité rougeoleuse visant l'ensemble des enfants âgés de 9 à 59 mois a servi de support à d'autres interventions, à savoir la distribution de moustiquaires imprégnées, du vaccin antipoliomyélique oral (VPO) et d'un antihelminthique, le mebendazole.

From 1995 to 2001, Togo experienced an annual average of 2648 reported measles cases and 15 reported measles deaths. After the 2001 nationwide measles SIA that initiated Togo's measles mortality reduction activities, reported measles cases declined to 358 in 2002, 296 in 2003 and 532 in 2004 (January to November), while reported measles deaths declined to 1, 0 and 0 respectively. Malaria, endemic throughout Togo, accounted for approximately one quarter to one third of all deaths in Togolese children aged under 5 years in 2003; however an unpublished morbidity survey in September 2004 found only 0.4% of children in this age group slept under an ITN during the night before the survey. Although Togo's last wild poliovirus case occurred in 2003, wild poliovirus circulation remains endemic in 2 West African countries, Nigeria and Niger. Soil-transmitted helminth infection is prevalent in West Africa, with children aged 2–5 years among those at greatest risk.

This article describes the planning, implementation and results of this campaign with emphasis on ITN distribution, and demonstrates the feasibility of integrating delivery of the above-mentioned services in a campaign setting.

National integrated child health campaign

The campaign aimed to achieve $\geq 95\%$ coverage of the 866 725 target-aged children with measles vaccine, OPV, 1 tablet of mebendazole and 1 ITN. An Interagency Coordination Committee (ICC) for the Ministry of Health's Expanded Programme on Immunization approved the campaign plan, mobilized resources, monitored campaign preparations and disbursed funds. A national steering committee under the ICC oversaw 3 groups: the technical working group prepared guidelines, reporting forms and evaluation tools; the logistics working group prepared the plan for procuring and distributing vaccines, injection materials, ITNs and mebendazole tablets, and developed the waste management plan; and the social mobilization working group developed the communications and social mobilization plan and materials.

International partner organizations under the Measles Initiative¹ and local agencies, such as the Togolese Red Cross, provided funding and consultants to support campaign planning, implementation and evaluation. Donor campaign contributions came to nearly US\$ 6 million, with approximately US\$ 5.3 million covering vaccine, mebenda-

De 1995 à 2001, le Togo a enregistré une moyenne annuelle de 2648 cas signalés de rougeole dont 15 mortels. Après l'activité de vaccination supplémentaire entreprise au niveau national en 2001 qui a constitué le point de départ des activités de réduction de la mortalité rougeoleuse, le nombre des cas signalés de rougeole a été ramené à 358 en 2002, à 296 en 2003 et à 532 en 2004 (janvier à novembre) alors que les décès dus à cette maladie étaient respectivement de 1, 0 et 0 pour ces 3 années. En 2003, le paludisme, endémique dans l'ensemble du Togo, a été à l'origine d'une proportion des décès d'enfants de moins de 5 ans située entre un quart et un tiers, alors qu'une enquête non publiée sur la morbidité en septembre 2004 a permis de constater que 0,4 % seulement des enfants de ce groupe d'âge avaient dormi sous une moustiquaire imprégnée au cours de la nuit précédant la réponse. Si le dernier cas de poliomyélite dû au poliovirus sauvage a été enregistré en 2003, la circulation du poliovirus sauvage reste endémique dans 2 pays d'Afrique de l'Ouest. Les géohelminthiases restent prévalentes en Afrique de l'Ouest, les enfants de 2 à 5 ans étant parmi les plus exposés.

Le présent article décrit la planification, l'application et les résultats de la campagne en mettant l'accent sur la distribution des moustiquaires imprégnées et démontre qu'il est possible d'intégrer les services susmentionnés dans le cadre d'une campagne.

Campagne nationale intégrée en faveur de la santé de l'enfant

La campagne visait à obtenir une couverture $\geq 95\%$ chez les 866 725 enfants de l'âge cible pour le vaccin antirougeoleux, le VPO, d'un comprimé de mébendazole et d'une moustiquaire imprégnée. Le Comité de Coordination interorganisations (CCI) du Programme élargi de vaccination du Ministère de la Santé a approuvé le plan de la campagne, mobilisé les ressources, surveillé les préparatifs de la campagne et engagé les fonds. Trois groupes relevaient du Comité d'orientation national placé sous la direction du CCI: le groupe de travail technique a établi des lignes directrices, des formules de notification et des instruments d'évaluation; le groupe de travail logistique a préparé le plan pour l'acquisition et la distribution des vaccins, du matériel d'injection, des moustiquaires imprégnées et des comprimés de mébendazole, et a élaboré le plan d'élimination des déchets; et le groupe de travail de la mobilisation sociale a élaboré le plan et les matériels de communication et de mobilisation sociale.

Les partenaires internationaux de l'initiative antirougeoleuse¹ et les agences locales telles que la Croix-Rouge togolaise ont fourni les fonds et les consultants nécessaires à la planification, à l'application et à l'évaluation de la campagne. Les contributions des donateurs s'élevaient à près de US\$ 6 millions, dont environ US\$ 5,3 millions pour les vaccins, le mébendazole, les moustiquaires imprégnées et

¹ The Measles Initiative is a long-term commitment to control measles deaths in Africa by vaccinating 200 million children through mass vaccination campaigns in up to 36 sub-Saharan African countries by 2006. Partner agencies leading the initiative are the American Red Cross, the United Nations Foundation, the United States Centers for Disease Control and Prevention, WHO and UNICEF. Key contributors to the Togo campaign included national Red Cross societies and the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, academic institutions, private corporations, nongovernmental organizations and international development aid organizations.

¹ L'initiative antirougeoleuse est un engagement à long terme visant à lutter contre la mortalité rougeoleuse en Afrique en vaccinant 200 millions d'enfants grâce à des campagnes de vaccination de masse dans 36 pays d'Afrique subsaharienne d'ici 2006. Les principaux partenaires de l'initiative sont l'American Red Cross, la Fondation des Nations Unies, les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis, l'OMS et l'UNICEF. D'importantes contributions ont été apportées à la campagne togolaise par les sociétés nationales de la Croix-Rouge et la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, des établissements universitaires, des entreprises privées, des organisations non gouvernementales et des organisations internationales d'aide au développement.

zole, ITNs and supplies, and US\$ 0.7 million covering operational costs (i.e. external donor support of approximately US\$ 6.92 per child). These costs do not include local and national inputs (e.g. by the Ministry of Health) for items such as staff and vehicles.

The government established 565 fixed and 628 outreach post, and 146 mobile teams. Each fixed post, serving at least 300 children daily and staffed by 2 vaccinators and 2 volunteers, was organized as follows: (i) a volunteer tallied eligible children and distributed campaign cards; (ii) a vaccinator gave the measles injection; (iii) a second vaccinator administered OPV and mebendazole; and (iv) a volunteer provided an ITN for each child and documented the services provided on each child's card. Outreach teams included 1 vaccinator and 2 volunteers, while the mobile teams included 1 vaccinator and 1 volunteer. Supervisors used checklists to monitor the quality of services. A total of 32 De Montfort incinerators for the destruction of used injection equipment were built to supplement the 100 already existing; 99% of filled safety boxes were incinerated, and the rest were burnt in pits. No severe adverse events following vaccination were reported.

One month after the campaign, a probability-based survey of 2599 target-age children from 142 enumeration areas and 6 districts was conducted and showed coverage of eligible children of 93.1% (95% confidence interval (CI): 90.8–95.4) for measles vaccine, 93.7% (95% CI: 91.4–96.1) for OPV, 90.8% (95% CI: 88.1–93.4) for an ITN, and 92.7% (95% CI: 90.3–95.1) for mebendazole (Fig. 1).

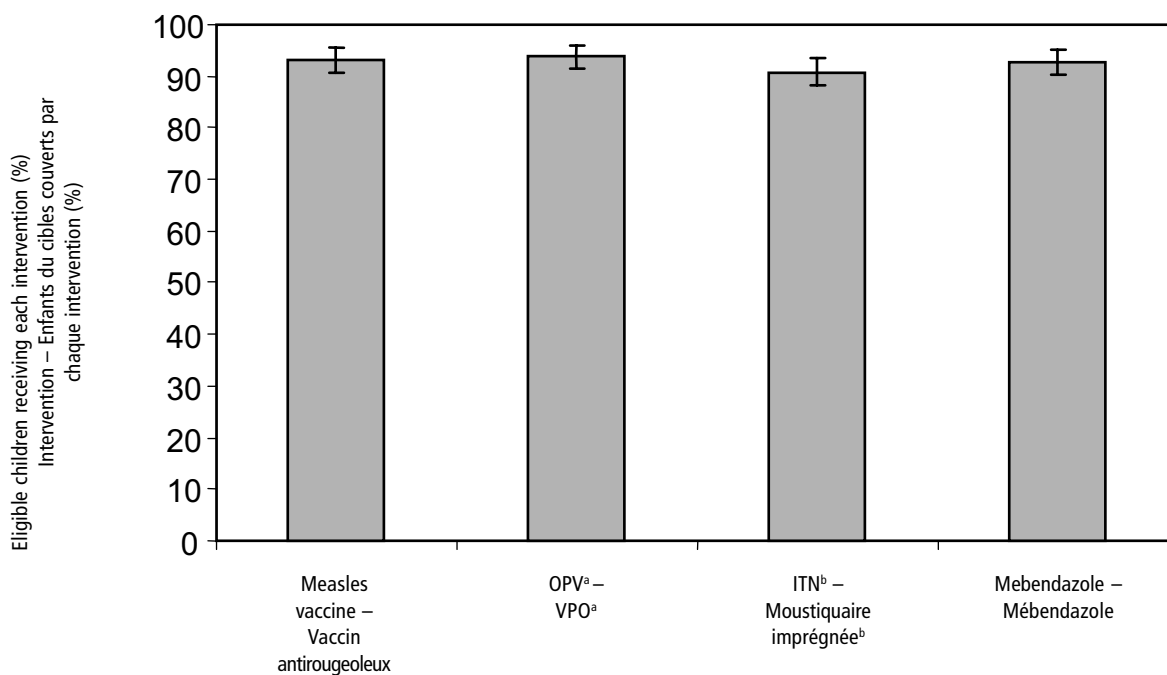
les fournitures et US\$ 0,7 million pour les frais de fonctionnement (ce qui correspond à un appui des donateurs extérieurs d'environ US\$ 6,92 par enfant). Ces coûts n'englobent pas les contributions locales et nationales (par exemple du Ministère de la Santé) pour des postes tels que le personnel et les véhicules.

Les autorités ont mis en place 565 postes fixes et 628 antennes ainsi que 146 équipes mobiles. Chaque poste fixe, accueillant au moins 300 enfants par jour et desservi par 2 vaccinateurs et 2 volontaires, était organisé comme suit: i) un volontaire sélectionnait les enfants à traiter et distribuait les fiches pour la campagne; ii) un vaccinateur administrait le vaccin; iii) un deuxième vaccinateur administrait le VPO et le mébendazole; et iv) un volontaire offrait une moustiquaire imprégnée à chaque enfant, inscrivait les services fournis sur la fiche de chaque enfant. Les antennes comprenaient 1 vaccinateur et 2 volontaires et les équipes mobiles 1 vaccinateur et 1 volontaire. Des responsables vérifiaient la qualité des services au moyen de listes appropriées. Au total, 32 incinérateurs De Montfort servant à la destruction de matériel d'injection utilisé sont venus se rajouter aux 100 incinérateurs déjà existants; 99% des boîtes de sécurité ont été incinérées et les autres brûlées dans des fosses. Aucun événement indésirable n'a été relevé après la vaccination.

Un mois après la campagne, on a procédé à une enquête de probabilité portant sur 2599 enfants de l'âge cible dans 142 zones d'énumération et 6 districts qui a donné les résultats suivants concernant la couverture: 93,1% des enfants cibles (intervalle de confiance (IC) 95%: 90,8-95,4) pour le vaccin antirougeoleux, 93,7% (IC 95%: 91,4-96,1) pour le VPO, 90,8% (IC 95%: 88,1-93,4) pour une moustiquaire imprégnée et 92,7% (IC 95%: 90,3-95,1) pour le mébendazole (Fig. 1).

Fig. 1 **Percentage (with 95% confidence interval) of eligible children receiving each intervention during the national integrated child health campaign in Togo, December 2004**

Fig. 1 **Pourcentage (intervalle de confiance 95 %) des enfants cibles couverts par chaque intervention au cours de la campagne nationale intégrée de santé de l'enfant au Togo, décembre 2004**



^a Oral poliovirus vaccine. – Vaccin antipoliomyélitique oral.

^b Insecticide-treated bednet.

Household ownership of ITNs increased from 8.0% (95% CI: 5.7–10.2) to 62.5% (95% CI: 58.3–66.6) before and after the campaign respectively, although only 43.5% (95% CI: 38.4–48.7) of children aged under 5 years had slept under an ITN the night before the survey.

Editorial note. The December 2004 national integrated child health campaign in Togo was the first of its kind to distribute ITNs free of charge in conjunction with a national immunization campaign. In order to reach the Roll Back Malaria Partnership (RBM) goals² in Africa and achieve national scaling up of interventions to prevent malaria, WHO and UNICEF recommend free distribution of ITNs to children and pregnant women. Previously, rapid district-level scale up of ITNs was achieved through distribution in an SIA in 1 district of Ghana and 5 districts of Zambia. Like these previous efforts, the campaign in Togo achieved a substantial increase in ITN ownership without compromising delivery of the other child health interventions provided during the campaign, in this case measles and polio vaccination and anthelmintic treatment. Successful national scaling up of malaria-prevention activities is crucial if control efforts are to succeed in reducing the burden of disease in Africa. The Togo campaign increased household ownership of at least 1 ITN from 8.0% to 62.5%, and coverage for all interventions was greater than 90%. Coverage levels were similar among all economic quintiles.

The overall goal of the campaign was to reduce morbidity and mortality in young children in Togo by achieving high coverage of all services provided in the campaign. Community-based trials in western Kenya demonstrated that 2 of the key determinants of ITN effectiveness were level of coverage and percentage of people using bednets properly each night. When high coverage and appropriate ITN use were achieved in Kenya – a country similar to Togo with intense perennial transmission – both malaria morbidity in children under 3 years of age and all-cause mortality in children aged 1–11 months were reduced. Although ITN coverage substantially increased in all regions after the Togo campaign, a coverage survey conducted 1 month after the campaign demonstrated considerable regional variation in usage (30.9–72.9%). This result might not be surprising as the survey was conducted in the hot and dry low-transmission season, and use of ITNs tends to be reduced when temperatures are high and mosquito populations are low. Nonetheless, the highly variable usage rate underscores the need for post-campaign efforts to encourage

La proportion des ménages disposant de moustiquaires imprégnées est passée de 8,0% (IC 95%: 5,7-10,2) avant la campagne à 62,5% (IC 95%: 58,3-66,6) après, bien que seuls 43,5% (IC 95%: 38,4-48,7) des enfants de >5 ans avaient dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête.

Note de la rédaction: La campagne nationale intégrée de santé de l'enfant de décembre 2004 au Togo était la première du genre à distribuer gratuitement des moustiquaires imprégnées dans le cadre d'une campagne nationale de vaccination. Afin d'atteindre les buts² du partenariat Faire reculer le paludisme (RBM) en Afrique et de renforcer les interventions nationales de prévention du paludisme, l'OMS et l'UNICEF recommandent la distribution gratuite des moustiquaires imprégnées aux enfants et aux femmes enceintes. Précédemment, une augmentation rapide du nombre de moustiquaires offertes a été assurée au niveau du district par des distributions dans le cadre d'une activité de vaccination supplémentaire dans 1 district du Ghana et dans 5 districts de la Zambie. Comme lors de ces précédents efforts, la campagne togolaise a permis une augmentation sensible du nombre de familles disposant de moustiquaires sans compromettre les autres interventions de santé de l'enfant assurées au cours de la campagne – en l'occurrence la vaccination antirougeoleuse et antipoliomyélitique et un traitement antihelminthique. Le renforcement des activités de prévention du paludisme est indispensable le l'on veut que les efforts de lutte réduisent la charge de morbidité en Afrique. La campagne togolaise a permis de faire passer la proportion des ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée de 8% à 62,5%, la couverture par l'ensemble des interventions dépassent 90%. On a observé des niveaux de couverture similaires dans tous les quintiles économiques.

L'objet global de la campagne était de réduire la morbidité et la mortalité chez le jeune enfant au Togo grâce à une couverture élevée de l'ensemble des services fournis au cours de la campagne. Les essais à base communautaire effectués dans l'ouest du Kenya ont montré que deux des déterminants clés de l'efficacité des moustiquaires imprégnées étaient le niveau de couverture et le pourcentage des personnes les utilisant convenablement chaque nuit. Une fois que les deux conditions, à savoir une couverture élevée et une utilisation appropriée, ont été réunies au Kenya – un pays semblable au Togo avec une transmission intense tout au long de l'année – on a pu constater une réduction tant de la morbidité palustre chez l'enfant de >3 ans qu'une réduction de la mortalité toutes causes confondues entre 1 et 11 mois. Malgré une augmentation substantielle de la couverture par les moustiquaires imprégnées dans toutes les régions après la campagne togolaise, une enquête sur la couverture menée après la campagne a fait apparaître des variations considérables selon les régions en ce qui concerne l'utilisation des moustiquaires (30,9-72,9%). Ceci n'est peut-être pas surprenant car l'enquête a été effectuée au cours de la saison chaude et sèche

² The RBM Partnership was launched in 1998 by WHO, UNICEF, the United Nations Development Programme and the World Bank to provide a coordinated global approach to fighting malaria. Since its launch, the RBM Partnership has grown rapidly and is now made up of a variety of partners, including malaria-endemic countries, their bilateral and multilateral development partners, nongovernmental and community-based organizations, foundations, and research and academic institutions. The goal of the RBM Partnership is to halve malaria-associated mortality by 2010 and halve it again by 2015.

² Le partenariat RBM a été lancé en 1998 par l'OMS, l'UNICEF, le Programme des Nations Unies pour le Développement et la Banque mondiale afin d'offrir une approche mondiale coordonnée de lutte contre le paludisme. Depuis sa création, le partenariat RBM a rapidement pris de l'importance et il est à présent composé de partenaires variés, y compris des pays où le paludisme est endémique, partenaires d'un développement bilatéral et multilatéral; il compte aussi des organisations non gouvernementales et communautaires, des fondations, des instituts de recherche et des établissements universitaires. L'objectif du Partenariat RBM est de réduire de moitié le nombre de décès associés au paludisme d'ici 2010 et de le réduire de nouveau de moitié d'ici 2015.

proper night-time use of ITNs in the community. A multi-disciplinary evaluation of the impact of the campaign is being conducted, including pre- and post-campaign morbidity studies during the high-transmission season, as well as health facility-based surveillance.

The campaign faced some challenges. A unified message was not clearly communicated to the health posts regarding the 1-net-per-child strategy. Fear of shortages prompted health posts in 1 region to switch from the Ministry of Health-recommended 1-net-per-child policy to a 1-net-per-household policy. In addition, the target age group for the campaign was optimal for a follow-up measles SIA but not for the other health interventions provided. Children under 9 months of age are some of the most vulnerable to malaria, and a recent study in Togo found the burden of malaria-related anaemia and parasitaemia to be substantial in this age range. Polio immunization campaigns also include children under 9 months of age. Finally, administration of mebendazole tablets was problematic; children under 2 years of age in particular had difficulty swallowing or chewing the tablets, and efforts to break up tablets in water and administer directly were time-consuming.

Although the incorporation of bednets into immunization campaigns is logistically challenging, the Togo campaign was successful at increasing both ownership and use of ITNs, even with approximately 130 000 ITNs arriving in port only days before the beginning of the campaign. A number of factors contributed to the success of the campaign: a highly committed Ministry of Health; strong support from a global partnership and nongovernmental organizations, such as the Togolese Red Cross; effective coordination of the global partnership's inputs through the ICC; and the use of an ICC-approved campaign plan to mobilize resources and oversee campaign implementation.

The Togolese experience illustrates how using a mass immunization campaign as a platform to deliver other health services can achieve high (>90%) coverage for all interventions and attract donors in resource-poor countries at the national level. The Togo national campaign and the district-level campaigns in Ghana and Zambia have demonstrated that integrating of ITN distribution with an immunization campaign is a way to quickly and equitably distribute ITNs to high-risk populations – a crucial component of malaria-control efforts. Nonetheless, continued efforts are needed to determine barriers to and encourage ITN use. The Measles Partnership anticipates that up to 12 African countries will incorporate ITN distribution into their measles immunization campaigns at the national or subnational level during 2005–2006. ■

de faible transmission et l'on a tendance à moins utiliser les moustiquaires imprégnées lorsque la température est élevée et les moustiques moins nombreux. Néanmoins, les taux d'utilisation très variables soulignent bien que des efforts doivent être entrepris après la campagne pour encourager l'utilisation appropriée des moustiquaires imprégnées dans la communauté pendant la nuit. Une évaluation pluridisciplinaire est en cours sur l'effet de la campagne; elle comprend des études de morbidité avant et après la campagne au cours de la saison de forte transmission ainsi qu'une surveillance dans les établissements de santé.

La campagne s'est heurtée à plusieurs problèmes. Il n'y a pas eu de message unifié clairement communiqué aux postes sanitaires concernant la stratégie «une moustiquaire par enfant». Ainsi, la crainte de se retrouver en rupture de stock a poussé les postes sanitaires dans une région à ne distribuer qu'une moustiquaire par ménage et non plus une moustiquaire par enfant, comme le préconisait le Ministère de la Santé. En outre, le groupe d'âge cible de la campagne était optimal pour une activité de vaccination antirougeoleuse supplémentaire de suivi, mais pas pour les autres interventions prévues. Les enfants de moins de 9 mois sont parmi les plus exposés au paludisme et une récente étude au Togo a permis de constater que la charge de l'anémie et de la parasitémie palustres était forte dans ce groupe d'âge. Les campagnes de vaccination antipoliomyélitique sont également ciblées sur des enfants de >9 mois. Enfin, l'administration des comprimés de mébendazole était problématique; les enfants de >2 ans en particulier avaient du mal à avaler ou mâcher les comprimés et les efforts visant à les dissoudre dans de l'eau et à les administrer directement prenaient du temps.

Si la distribution des moustiquaires de lit dans le cadre de campagnes de vaccination constitue un défi logistique, la campagne togolaise a réussi à accroître aussi bien le nombre des familles disposant de moustiquaires que leur utilisation, même si quelque 130 000 moustiquaires ne sont pas arrivées que quelques jours avant le début de la campagne. Plusieurs facteurs ont contribué au succès de la campagne: un engagement remarquable de la part du Ministère de la Santé, un appui marqué d'un partenariat d'ensemble et d'organisations non gouvernementales telles que la Croix-Rouge togolaise, une bonne coordination des diverses contributions du partenariat par l'intermédiaire du CCI et l'utilisation d'un plan de campagne approuvé par le CCI pour mobiliser des ressources et surveiller l'application de la campagne.

L'expérience togolaise illustre comment une campagne de vaccination de masse utilisée comme plate-forme pour offrir d'autres services de santé peut permettre d'atteindre une couverture élevée (>90%) pour toute une série d'interventions et susciter l'intérêt des donateurs dans les pays pauvres en ressources au niveau national. La campagne nationale togolaise, ainsi que les campagnes au niveau du district au Ghana et en Zambie ont démontré que la distribution de moustiquaires imprégnées dans le cadre d'une campagne de vaccination est un moyen de distribution rapide et équitable pour les populations très exposées au risque de paludisme – ce qui constitue un aspect crucial des efforts de lutte antipaludique. Néanmoins, les efforts doivent être poursuivis pour déterminer les obstacles à l'utilisation des moustiquaires et encourager leur emploi. ■

PERFORMANCE OF ACUTE FLACCID PARALYSIS (AFP) SURVEILLANCE AND INCIDENCE OF POLIOMYELITIS, 2004–2005

(DATA RECEIVED IN WHO HEADQUARTERS AS OF 1 SEPTEMBER 2005)

FONCTIONNEMENT DE LA SURVEILLANCE DE LA PARALYSIE FLASQUE AIGUË (PFA) ET INCIDENCE DE LA POLIOMYÉLITE, 2004-2005

(DONNÉES REÇUES PAR LE SIÈGE DE L'OMS AU 1^{er} SEPTEMBRE 2005)

| Country/area Pays/territoire | Performance of AFP surveillance, 2005 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2005 | | | Polio cases Cas de poliomyélite | |
|---|--|---|---|--|--|
| | AFP cases reported ¹ Cas de PFA signalés ¹ | Annualized non-poliomyelitis AFP rate ² Taux de PFA non poliomyélique annuel ² | AFP cases with adequate specimens ³ Cas de PFA avec échantillons ³ | 2005 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2005 (virus sauvage) ⁴ | 2004 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2004 (virus sauvage) ⁴ |
| Regional totals — Totaux régionaux | | | | | |
| AFR | 6 401 | 2.90 | 86% | 410 (408) | 934 (934) |
| AMR | 1 048 | 0.99 | 79% | 0 (0) | 0 (0) |
| EMR | 5 512 | 3.50 | 88% | 483 (483) | 187 (187) |
| EUR | 916 | 1.12 | 84% | 0 (0) | 0 (0) |
| SEAR | 17 900 | 3.74 | 83% | 257 (253) | 134 (134) |
| WPR | 3 513 | 1.29 | 87% | 0 (0) | 3 (0) |
| Global total — Total mondial | 35 290 | 2.81 | 85% | 1 150(1144) | 1 258 (1255) |
| African Region — Région africaine (AFR) | | | | | |
| Algeria — Algérie | | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Angola | 95 | 1.60 | 88% | 7 (7) ⁶ | 0 (0) |
| Benin — Bénin | 23 | 1.00 | 100% | 0 (0) | 6 (6) ⁶ |
| Botswana | 7 | 1.50 | 86% | 0 (0) | 1 (1) ⁶ |
| Burkina Faso | 60 | 1.40 | 88% | 0 (0) ⁷ | 9 (9) ⁷ |
| Burundi | 32 | 1.50 | 94% | 0 (0) | 0 (0) |
| Cameroon — Cameroun | 139 | 2.50 | 77% | 1 (1) ⁶ | 13 (13) ⁶ |
| Cape Verde — Cap-Vert | 1 | 0.80 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Central African Republic — République centrafricaine | 69 | 5.40 | 78% | 0 (0) ⁷ | 30 (30) ⁷ |
| Chad | 78 | 2.40 | 85% | 1 (1) ⁷ | 24 (24) ⁷ |
| Comoros — Comores | 0 | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Congo | 38 | 3.20 | 97% | 0 (0) | 0 (0) |
| Democratic Republic of the Congo — République démocratique du Congo | 694 | 4.10 | 86% | 0 (0) | 0 (0) |
| Côte d'Ivoire | 87 | 1.30 | 77% | 0 (0) ⁷ | 17 (17) ⁷ |
| Equatorial Guinea — Guinée équatoriale | 2 | 1.50 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Eritrea — Érythée | 26 | 3.10 | 92% | 1 (1) ⁶ | 0 (0) |
| Ethiopia — Éthiopie | 558 | 2.40 | 76% | 15 (15) ⁶ | 1 (1) ⁶ |
| Gabon | 5 | 1.10 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Gambia — Gambie | 6 | 1.30 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Ghana | 76 | 1.10 | 87% | 0 (0) | 0 (0) |
| Guinea-Bissau — Guinée-Bissau | 0 | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Guinea — Guinée | 80 | 2.50 | 95% | 0 (0) | 7 (7) ⁶ |
| Kenya | 164 | 1.70 | 92% | 0 (0) | 0 (0) |
| Lesotho | 9 | 1.50 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Liberia — Libéria | 25 | 1.70 | 88% | 0 (0) | 0 (0) |
| Madagascar | 95 | 2.00 | 89% | 2 ⁸ (0) | 0 (0) |
| Malawi | 37 | 1.00 | 84% | 0 (0) | 0 (0) |
| Mali | 110 | 2.80 | 70% | 3 (3) ⁷ | 19 (19) ⁷ |
| Mauritania — Mauritanie | 35 | 3.80 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Mauritius — Maurice | 5 | 1.50 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Mozambique | 59 | 1.00 | 95% | 0 (0) | 0 (0) |
| Namibia — Namibie | 9 | 1.70 | 89% | 0 (0) | 0 (0) |
| Niger | 128 | 2.50 | 71% | 3 (3) ⁵ | 25 (25) ⁵ |
| Nigeria | 2 878 | 6.10 | 87% | 377 (377) ⁵ | 782 (782) ⁵ |
| Reunion — Réunion | | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Rwanda | 44 | 2.10 | 95% | 0 (0) | 0 (0) |
| Saint Helena — Sainte-Hélène | | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Sao Tome and Principe — Sao Tomé-et-Principe | 0 | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Senegal — Sénégal | 45 | 1.30 | 91% | 0 (0) | 0 (0) |
| Seychelles | 0 | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Sierra Leone | 35 | 2.10 | 94% | 0 (0) | 0 (0) |
| South Africa — Afrique du Sud | 121 | 1.20 | 91% | 0 (0) | 0 (0) |
| Swaziland | 6 | 1.80 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Togo | 18 | 1.00 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Uganda — Ouganda | 181 | 2.00 | 90% | 0 (0) | 0 (0) |
| United Republic of Tanzania — République-Unie de Tanzanie | 175 | 1.60 | 90% | 0 (0) | 0 (0) |
| Zambia — Zambie | 85 | 2.20 | 96% | 0 (0) | 0 (0) |
| Zimbabwe | 61 | 1.70 | 83% | 0 (0) | 0 (0) |
| Region of the Americas — Région des Amériques (AMR) | | | | | |
| Argentina — Argentine | 87 | 1.34 | 70% | 0 (0) | 0 (0) |
| Bolivia — Bolivie | 36 | 1.59 | 86% | 0 (0) | 0 (0) |
| Brazil — Brésil | 265 | 0.81 | 77% | 0 (0) | 0 (0) |
| Canada | | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| CAREC* — Centre d'Epidémiologie des Caraïbes* | 19 | 1.54 | 47% | 0 (0) | 0 (0) |
| Chile — Chili | 64 | 2.34 | 77% | 0 (0) | 0 (0) |
| Colombia — Colombie | 72 | 0.81 | 82% | 0 (0) | 0 (0) |
| Costa Rica | 1 | 0.13 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Cuba | 19 | 0.67 | 95% | 0 (0) | 0 (0) |
| Dominican Republic — République dominicaine | 11 | 0.57 | 64% | 0 (0) | 0 (0) |

Table (continued) – Tableau (suite)

| Country/area Pays/territoire | Performance of AFP surveillance, 2005 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2005 | | | Polio cases Cas de poliomyélite | |
|---|--|---|--|--|--|
| | AFP cases reported ¹ Cas de PFA signalés ¹ | Annualized non-poliomyelitis AFP rate ² Taux de PFA non poliomyélique annuel ² | AFP cases with adequate specimens ³ Cas de PFA avec échantillons ³ | 2005 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2005 (virus sauvage) ⁴ | 2004 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2004 (virus sauvage) ⁴ |
| Ecuador — Equateur | 17 | 0.62 | 47% | 0 (0) | 0 (0) |
| El Salvador | 30 | 2.03 | 93% | 0 (0) | 0 (0) |
| Guatemala | 60 | 2.08 | 88% | 0 (0) | 0 (0) |
| Haiti — Haïti | 5 | 0.25 | 20% | 0 (0) | 0 (0) |
| Honduras | 47 | 2.72 | 96% | 0 (0) | 0 (0) |
| Mexico — Mexique | 170 | 0.82 | 80% | 0 (0) | 0 (0) |
| Nicaragua | 23 | 1.56 | 96% | 0 (0) | 0 (0) |
| Panama | 4 | 0.65 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Paraguay | 9 | 0.68 | 67% | 0 (0) | 0 (0) |
| Peru — Pérou | 41 | 0.75 | 83% | 0 (0) | 0 (0) |
| Uruguay | 5 | 0.96 | 60% | 0 (0) | 0 (0) |
| United States of America — Etats-Unis | | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Venezuela (Bolivarian Republic of) — Venezuela (République bolivarienne du) | 63 | 1.19 | 83% | 0 (0) | 0 (0) |
| * These countries have been grouped together for reporting purposes. — Ces pays ont été regroupés aux fins de la déclaration. | | | | | |
| Eastern Mediterranean Region — Région de la Méditerranée orientale (EMR) | | | | | |
| Afghanistan | 529 | 5.40 | 93% | 4 (4) ⁵ | 4 (4) ⁵ |
| Bahrain — Bahreïn | 2 | 1.52 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Djibouti | 0 | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Egypt — Egypte | 516 | 2.87 | 90% | 0 (0) ⁵ | 1 (1) ⁵ |
| Iran (Islamic republic of) — Iran (République islamique d') | 251 | 1.48 | 91% | 0 (0) | 0 (0) |
| Iraq | 222 | 2.96 | 94% | 0 (0) | 0 (0) |
| Jordan — Jordanie | 21 | 1.44 | 86% | 0 (0) | 0 (0) |
| Kuwait — Koweït | 8 | 2.13 | 88% | 0 (0) | 0 (0) |
| Lebanon — Liban | 8 | 0.86 | 88% | 0 (0) | 0 (0) |
| Libyan Arab Jamahiriya — Jamahiriya arabe libyenne | 29 | 2.27 | 93% | 0 (0) | 0 (0) |
| Morocco — Maroc | 64 | 1.03 | 86% | 0 (0) | 0 (0) |
| Oman | 13 | 2.42 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Pakistan | 2 414 | 5.01 | 89% | 15 (15) ⁵ | 53 (53) ⁵ |
| Qatar | 4 | 3.85 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Saudi Arabia — Arabie saoudite | 72 | 1.45 | 96% | 0 (0) | 2 (2) ⁶ |
| Somalia — Somalie | 79 | 3.34 | 91% | 0 (0) | 0 (0) |
| Sudan — Soudan | 331 | 3.19 | 88% | 26 (26) ⁷ | 127 (127) ⁷ |
| Syrian Arab Republic — République arabe syrienne | 100 | 2.01 | 82% | 0 (0) | 0 (0) |
| Tunisia — Tunisie | 19 | 1.12 | 90% | 0 (0) | 0 (0) |
| United Arab Emirates — Emirats arabes unis | 16 | 2.30 | 94% | 0 (0) | 0 (0) |
| West Bank and Gaza — Cisjordanie et bande de Gaza | 11 | 1.09 | 91% | 0 (0) | 0 (0) |
| Yemen — Yémen | 803 | 5.74 | 80% | 438 (438) ⁶ | 0 (0) |
| European Region — Région européenne (EUR) | | | | | |
| Albania — Albanie | 5 | 0.88 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Andorra — Andorre | 0 | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Armenia — Arménie | 7 | 1.52 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Austria — Autriche | 1 | 0.13 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Azerbaijan — Azerbaïdjan | 15 | 1.16 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Belarus — Bélarus | 32 | 3.15 | 91% | 0 (0) | 0 (0) |
| Belgium — Belgique | 2 | 0.19 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Bosnia and Herzegovina — Bosnie-Herzégovine | 2 | 0.46 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Bulgaria — Bulgarie | 21 | 3.11 | 90% | 0 (0) | 0 (0) |
| Croatia — Croatie | 0 | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Czech Republic — République tchèque | 10 | 1.03 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Cyprus — Chypre | 1 | 0.90 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Denmark — Danemark | | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Estonia — Estonie | 0 | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Finland — Finlande | | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| France | | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Georgia — Géorgie | 9 | 1.53 | 89% | 0 (0) | 0 (0) |
| Germany — Allemagne | 42 | 0.56 | 48% | 0 (0) | 0 (0) |
| Greece — Grèce | 12 | 1.24 | 25% | 0 (0) | 0 (0) |
| Hungary — Hongrie | 9 | 0.92 | 67% | 0 (0) | 0 (0) |
| Iceland — Islande | | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Ireland — Irlande | 5 | 0.96 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Israel — Israël | 11 | 0.96 | 36% | 0 (0) | 0 (0) |
| Italy — Italie | 40 | 0.79 | 83% | 0 (0) | 0 (0) |
| Kazakhstan | 26 | 1.06 | 96% | 0 (0) | 0 (0) |
| Kyrgyzstan — Kirghizistan | 17 | 1.70 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Latvia — Lettonie | 0 | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Lithuania — Lituanie | 5 | 1.28 | 80% | 0 (0) | 0 (0) |
| Luxembourg | | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Malta — Malte | 2 | 4.25 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Monaco | | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Netherlands — Pays-Bas | | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Norway — Norvège | 7 | 1.27 | 29% | 0 (0) | 0 (0) |
| Poland — Pologne | 19 | 0.46 | 47% | 0 (0) | 0 (0) |
| Portugal | 2 | 0.19 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Republic of Moldova — République de Moldova | 2 | 0.37 | 50% | 0 (0) | 0 (0) |

Table (continued) – Tableau (suite)

| Country/area Pays/territoire | Performance of AFP surveillance, 2005 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2005 | | | Polio cases Cas de poliomyélite | |
|--|--|---|---|--|--|
| | AFP cases reported ¹ Cas de PFA signalés ¹ | Annualized non-poliomyelitis AFP rate ² Taux de PFA non poliomyélique annuel ² | AFP cases with adequate specimens ³ Cas de PFA avec échantillons ³ | 2005 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2005 (virus sauvage) ⁴ | 2004 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2004 (virus sauvage) ⁴ |
| Romania — Roumanie | 14 | 0.62 | 86% | 0 (0) | 0 (0) |
| Russian Federation — Fédération de Russie | 231 | 1.71 | 93% | 0 (0) | 0 (0) |
| San Marino — Saint-Marin | | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Slovakia — Slovaquie | 3 | 0.50 | 67% | 0 (0) | 0 (0) |
| Slovenia — Slovénie | 0 | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Spain — Espagne | 26 | 0.73 | 54% | 0 (0) | 0 (0) |
| Sweden — Suède | | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Switzerland — Suisse | 2 | 0.28 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Tajikistan — Tadjikistan | 22 | 1.59 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| The former Yugoslav Republic of Macedonia — Ex-République yougoslave de Macédoine | 8 | 2.98 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Turkey — Turquie | 136 | 1.04 | 82% | 0 (0) | 0 (0) |
| Turkmenistan — Turkménistan | 18 | 1.58 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Ukraine | 69 | 1.49 | 97% | 0 (0) | 0 (0) |
| United Kingdom — Royaume-Uni | | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Uzbekistan — Ouzbékistan | 71 | 1.32 | 99% | 0 (0) | 0 (0) |
| Serbia and Montenegro — Serbie et Monténégro | 12 | 0.98 | 92% | 0 (0) | 0 (0) |
| South-East Asia — Asie du Sud-Est (SEAR) | | | | | |
| Bangladesh | 982 | 2.44 | 91% | 0 (0) | 0 (0) |
| Bhutan — Bhoutan | 3 | 0.59 | 67% | 0 (0) | 0 (0) |
| Democratic People's Republic of Korea — République populaire démocratique de Corée | 44 | 0.51 | 98% | 0 (0) | 0 (0) |
| India — Inde | 14 950 | 4.45 | 82% | 27 (27) ⁵ | 134 (134) ⁵ |
| Indonesia — Indonésie | 1 409 | 2.37 | 82% | 230 ⁹ (226) ⁶ | 0 (0) |
| Maldives | 0 | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Myanmar | 128 | 0.80 | 92% | 0 (0) | 0 (0) |
| Nepal — Népal | 123 | 1.44 | 89% | 0 (0) | 0 (0) |
| Sri Lanka | 67 | 1.98 | 70% | 0 (0) | 0 (0) |
| Thailand — Thaïlande | 192 | 1.71 | 80% | 0 (0) | 0 (0) |
| Timor Leste | 2 | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Western Pacific — Pacifique occidental (WPR) | | | | | |
| Australia — Australie | 14 | 0.51 | 21% | 0 (0) | 0 (0) |
| Brunei Darussalam — Brunéi Darussalam | 2 | 2.97 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Cambodia — Cambodge | 72 | 2.02 | 79% | 0 (0) | 0 (0) |
| China — Chine | 2 854 | 1.49 | 88% | 0 (0) | 2 ⁸ (0) |
| Hong Kong Special Administrative Region of China — Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine | 17 | 2.53 | 76% | 0 (0) | 0 (0) |
| Japan — Japon | | 0.00 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Lao People's Democratic Republic — République démocratique populaire lao | 30 | 1.78 | 80% | 0 (0) | 1 ⁸ (0) |
| Macao Special Administrative Region of China — Macao, Région administrative spéciale de la Chine | 1 | 1.49 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Malaysia — Malaisie | 89 | 1.47 | 76% | 0 (0) | 0 (0) |
| Mongolia — Mongolie | 2 | 0.33 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| New Zealand — Nouvelle-Zélande | 6 | 0.99 | 17% | 0 (0) | 0 (0) |
| Pacific islands* — Iles du Pacifique* | 2 | 0.27 | 0% | 0 (0) | 0 (0) |
| Papua New Guinea — Papouasie-Nouvelle-Guinée | 13 | 0.84 | 46% | 0 (0) | 0 (0) |
| Philippines | 179 | 0.82 | 78% | 0 (0) | 0 (0) |
| Republic of Korea — République de Corée | 13 | 0.20 | 100% | 0 (0) | 0 (0) |
| Singapore — Singapour | 6 | 1.27 | 67% | 0 (0) | 0 (0) |
| Viet Nam | 213 | 0.99 | 94% | 0 (0) | 0 (0) |

* These countries have been grouped together for reporting purposes. — Ces pays ont été regroupés aux fins de la déclaration.

¹ The regions of the Eastern Mediterranean, Europe, South-East Asia and the Western Pacific report by date of onset. The other 2 regions report by date of notification. — Les régions d'Asie du Sud-Est, d'Europe, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental rapportent selon la date d'apparition de la paralysie. Les 2 autres régions rapportent selon la date de notification.

² Annualized non-poliomyelitis AFP rate for 100 000 people aged <15 years. — Taux annualisé de PFA non poliomyélique pour 100 000 personnes âgées de < 15 ans.

³ Two stool specimens collected within 14 days of onset of paralysis, 24–48 hours apart, except for the Region of the Americas where only 1 specimen is collected. — Deux échantillons de selles recueillis à 24-48 heures d'intervalle dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie, à l'exception de la Région des Amériques, où 1 seul échantillon est recueilli.

⁴ Figures in parentheses indicate the number of laboratory-confirmed cases. — Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de cas confirmés en laboratoire.

⁵ Endemic country. — Pays d'endémie.

⁶ Case or outbreak following importation. — Cas ou flambée suivant l'importation.

⁷ Re-established transmission. Countries/areas with re-established transmission of wild poliovirus: where circulation of imported poliovirus occurred for a period greater than 6 months (as per the Conclusions and Recommendations of the Ad Hoc Advisory Committee on Poliomyelitis Eradication, held in Geneva, Switzerland, on 21–22 September 2004). This specific situation currently applies in Burkina Faso, Central African Republic, Chad, Côte d'Ivoire, Mali and Sudan. — Transmission rétablie. Pays/territoires avec une transmission rétablie du poliovirus sauvage, là où la circulation de virus importé a eu lieu pendant une période de plus de 6 mois (comme mentionné dans les conclusions et recommandations du Comité consultatif spécial sur l'éradication de la poliomyélite, qui s'est tenu à Genève, Suisse, les 21 et 22 septembre 2004). Cette situation particulière s'applique actuellement au Burkina Faso, à la Côte d'Ivoire, au Mali, à la République centrafricaine, au Soudan et au Tchad.

⁸ Vaccine-derived poliovirus. — Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale.

⁹ Includes 4 vaccine-derived polio virus.

ND = Country is not reporting AFP data. — Pays ne signalant pas de cas de PFA.

The most recent AFP and wild poliovirus data can be found on the WHO web site at: http://www.who.int/immunization_monitoring/en/diseases/poliomyelitis/case_count.cfm, which is updated every 2 weeks. — Les données les plus récentes concernant les cas de PFA et les poliovirus sauvages peuvent être consultées sur le site OMS suivant: http://www.who.int/immunization_monitoring/en/diseases/poliomyelitis/case_count.cfm, où elles sont mises à jour une fois toutes les 2 semaines.

Advisory committee on polio eradication – standing recommendations for responding to circulating polioviruses in polio-free areas

In July 2004, an Ad Hoc Expert Consultative Group on Polio and Public Health was convened by the Director-General of WHO to recommend measures for limiting the international spread of wild poliovirus.¹ In September 2004, these recommendations were endorsed by the Advisory Committee on Polio Eradication (ACPE), the WHO-convened oversight body for the Global Polio Eradication Initiative.²

After reviewing recent data on poliovirus importations and new outbreak response tools (i.e. monovalent oral polio vaccines types 1 and 3), the ACPE is issuing the following standing recommendations for responding to the public health emergencies caused by circulating wild and/or vaccine-derived polioviruses (cVDPVs) in polio-free areas.

- An initial investigation and international expert risk assessment must be completed within 72 hours of confirmation of the index case to establish an emergency plan of action based on case characteristics, known area of transmission, major transit routes, surveillance quality, routine vaccination coverage, international borders and the type and origin of the virus.³
- The vaccination response should consist of at least 3 large-scale, house-to-house rounds of immunization with a type-specific monovalent oral polio vaccine (i.e. mOPV1 or mOPV3).⁴ The first round should be conducted within 4 weeks of index case confirmation; the interval between rounds should be 4–6 weeks. Breakthrough transmission after the initial response would require additional rounds.
- The potential target population for the response should be the entire cohort aged less than 5 years in the affected and adjacent geographical areas, reaching a minimum of 2–5 million children.⁵
- Independent monitoring should determine whether at least 90% coverage has been achieved in each major administrative area; areas with <90% coverage should undergo another round of immunization, ensuring adequate coverage of hard-to-reach groups and very young children.

¹ See No. 32, 2004, pp. 289–291.

² See No. 45, 2004, pp. 401–407

³ The plan should specify all major elements of the vaccination response, including (a) vaccine type, (b) campaign dates, (c) age and size of the target population, (d) vaccine-delivery strategy (house-to-house is recommended), and (e) geographical extent of the response, including international scope.

⁴ If there is a delay in obtaining the type-specific vaccine, trivalent OPV could be used for the 1st round. Trivalent OPV would replace mOPV if two poliovirus serotypes are circulating.

⁵ In discrete populations, such as island nations, the target population may be substantially smaller. In small population nations the entire country and bordering areas should be targeted.

Recommandations en vigueur du Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite concernant les poliovirus circulant dans les zones exemptes de poliomyélite

En juillet 2004, le Directeur Général de l'OMS a réuni un Groupe consultatif spécial d'experts de l'éradication de la poliomyélite et de la santé publique afin de recommander des mesures permettant de limiter la propagation du poliovirus sauvage dans le monde.¹ En septembre 2004, ces mesures ont été approuvées par le Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite, l'organisme de surveillance de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite réuni par l'OMS.²

Après avoir examiné les dernières données sur les importations de poliovirus ainsi que des nouveaux outils disponibles pour faire face aux flambées (à savoir, les vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents de type 1 et 3 (VPOm1 et VPOm3)), le Comité consultatif a publié de nouvelles recommandations quant à la manière de faire face aux urgences de santé publique dues à des poliovirus sauvages circulants et/ ou des poliovirus circulants dérivés de la souche vaccinale dans les zones exemptes de poliomyélite.

- Une première enquête et une évaluation des risques par des experts internationaux doivent être menées à bien dans les 72 heures suivant la confirmation du cas indicateur, et ce afin d'établir un plan d'action d'urgence en fonction des caractéristiques du cas, de la zone de transmission connue, des principales voies de transit, de la qualité de la surveillance, de la couverture par la vaccination systématique, des frontières internationales, ainsi que du type et de l'origine du virus.³
- La réponse par la vaccination doit consister en au moins 3 tournées à grande échelle de vaccination porte-à-porte avec un vaccin antipoliomyélitique oral monovalent spécifique de type VPOm1 et VPOm3.⁴ La première tournée doit avoir lieu dans les 4 semaines suivant la confirmation du cas indicateur; l'intervalle entre les tournées doit être de 4 à 6 semaines. Si la transmission reprend après la réponse initiale, il faudra recourir à des tournées supplémentaires.
- La population cible potentielle sera la cohorte entière des enfants de moins de 5 ans des zones géographiques touchées ou adjacentes, soit au minimum 2 à 5 millions d'enfants.⁵
- Une surveillance indépendante devra déterminer si la couverture vaccinale atteinte est d'au moins 90% dans chaque zone administrative importante: une tournée de vaccination doit être organisée de nouveau dans les zones où la couverture est <90%, afin d'assurer une couverture vaccinale adéquate des personnes difficiles à atteindre et des très jeunes enfants.

¹ Voir N° 32, 2004, pp. 289–291.

² Voir N° 45, 2004, pp. 401–407

³ Le plan doit préciser tous les éléments importants de la réponse par la vaccination (a) le type de vaccin, (b) la date des campagnes, (c) l'âge et l'effectif de la population cible, (d) le type de stratégie de vaccination adopté (la technique porte-à-porte est recommandée), et (e) l'étendue géographique de la réponse, internationale notamment.

⁴ Si un délai est nécessaire pour obtenir la vaccine spécifique de type, on utilisera le VPO trivalent pour la première tournée. Le VPO trivalent remplacera le VPOm dans les cas où deux sérotypes de poliovirus circulent.

⁵ Quand les populations sont isolées, dans les îles par exemple, la population cible peut être bien moins nombreuse. Quand le pays a une population de faible effectif, c'est la totalité de la population du pays ainsi que celle des zones frontalières qui constitueront la population cible.

- Routine immunization coverage must be reviewed and where necessary enhanced to minimize the risk of spread of future poliovirus importations.

Recognizing the international implications of poliovirus spread during the final stages of global polio eradication, the ACPE request WHO to make international experts available immediately to assist national authorities with emergency risk assessments and plans. The ACPE should be consulted, through WHO, regarding proposed deviations from these recommendations. ■

- La couverture par vaccination systématique doit être évaluée, et, si nécessaire, renforcée, afin de réduire les risques de propagation d'autres importations de poliovirus.

Conscient des conséquences que la propagation des poliovirus peut avoir au plan international au cours des dernières étapes de l'éradication de la poliomyélite, le Comité consultatif demande à l'OMS de mettre immédiatement à disposition des autorités nationales des experts internationaux pour aider à évaluer les risques et à mettre au point des plans d'urgence. Le Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite sera consulté, par l'intermédiaire de l'OMS, sur les modifications proposées à ces recommandations. ■

Emergency measures against malaria in Niger

Seeking to avert a second wave of deaths among Niger's undernourished children since 20 September 2005, WHO is dispatching 100 000 antimalarial treatments to Niger, where the peak malaria season has begun in the midst of a humanitarian crisis.

Malaria causes more deaths each year in Niger among children under 5 years of age than any other single infection.

The current humanitarian crisis in this West African country is chiefly a consequence of inadequate rains and a locust invasion in 2004, which resulted in poor harvests. Both farmers and nomadic herders have been struck by famine.

Even under ordinary conditions in Niger, 50% of all deaths among children aged under 5 years are from malaria. Without appropriate measures the toll could rise even higher because malnutrition makes children more likely to succumb to the disease. It also makes malaria less likely to be diagnosed because the symptoms of the disease are less recognizable.

In the current crisis, some 200 000 children will remain at risk of malnutrition during the peak malaria season, which runs through October, and as many as half of them could contract malaria during that time.

WHO will provide artemisinin-based combination therapy (ACT), the most effective available treatment for falciparum malaria, the deadliest form of the disease and the type found in Niger. The medicines will be divided among the therapeutic feeding centres – each of them associated with a health centre – in the 16 districts where there is a high risk of both malnutrition and malaria.

Because Niger only recently made the decision to adopt ACTs as first-line treatment for uncomplicated malaria, many of its health workers are not fully acquainted with their use. To fill that gap, last week WHO sent a team of malaria experts. They have trained 40 health workers, who are now fanning out across Niger, holding workshops on the correct use of ACTs and refresher courses on the diagnosis and treatment of malaria, especially in malnourished young children. WHO's nutrition team is providing additional training on how to treat malnutrition and its medical complications.

Mesures d'urgence contre le paludisme au Niger

Soucieuse d'éviter une deuxième vague de décès chez les enfants malnutris, depuis le 20 septembre 2005, l'OMS envoie 100 000 traitements antipaludiques au Niger qui aborde le pic de la saison du paludisme sur fond de crise humanitaire.

Le paludisme provoque chaque année plus de décès chez l'enfant de moins de 5 ans dans ce pays d'Afrique de l'Ouest que toute autre maladie.

La crise humanitaire résulte avant tout de l'insuffisance des pluies et des ravages causés aux récoltes par le criquet pèlerin en 2004. La famine touche aussi bien les agriculteurs que les éleveurs nomades.

Même en temps normal au Niger, 50% des décès chez les moins de 5 ans sont dus au paludisme. Si des mesures appropriées ne sont pas prises, le bilan pourrait être encore plus lourd, car la malnutrition accroît le risque de décès et rend le diagnostic du paludisme plus problématique, les symptômes étant plus difficiles à reconnaître.

Dans la crise actuelle, quelque 200 000 enfants resteront exposés au risque de malnutrition en octobre, c'est-à-dire au plus fort de la saison du paludisme, et la moitié d'entre eux pourraient alors être atteints par la maladie.

L'OMS fournira des associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine (ACT), le traitement le plus efficace dont on dispose contre le paludisme à falciparum – forme la plus mortelle de la maladie qui sévit au Niger. Les médicaments seront répartis entre les centres d'alimentation et de traitement – qui sont tous associés à un centre de santé – dans les 16 districts exposés à un risque élevé de malnutrition et de paludisme.

Le Niger n'ayant que récemment pris la décision d'adopter les ACT comme traitement de première intention contre le paludisme sans complications, les agents de santé n'ont bien souvent pas encore eu le temps de se familiariser avec leur emploi. Afin de combler cette lacune, l'OMS a envoyé la semaine dernière une équipe d'experts du paludisme pour former 40 agents de santé. Ceux-ci parcourent actuellement le pays en organisant des ateliers sur l'utilisation correcte des ACT et des cours de recyclage sur le diagnostic et le traitement du paludisme, notamment chez l'enfant malnutri. L'équipe OMS chargée de la nutrition fournit une formation complémentaire sur la prise en charge de la malnutrition et des complications médicales qu'elle occasionne.

