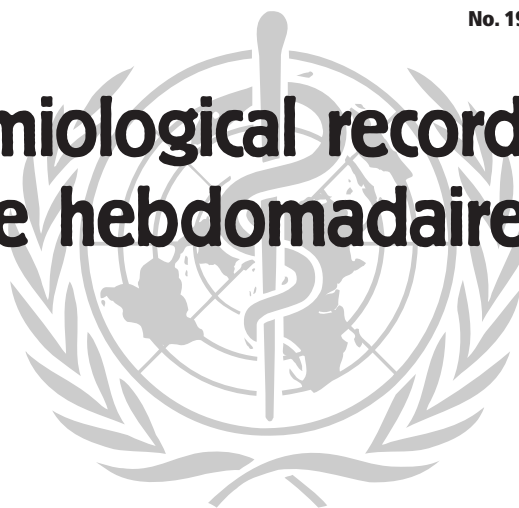


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

12 MAY 2006, 81st YEAR / 12 MAI 2006, 81^e ANNÉE

No. 19, 2006, 81, 189–196

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

Contents

189 Outbreak news

- Avian influenza, Egypt – update
- Avian influenza, Indonesia – update

190 Challenges in global immunization and the Global Immunization Vision and Strategy 2006–2015

195 Influenza

196 International Health Regulations

Sommaire

189 Le point sur les épidémies

- Grippe aviaire, Egypte – mise à jour
- Grippe aviaire, Indonésie – mise à jour

190 Les enjeux de la vaccination dans le monde: perspectives et stratégies 2006-2015

195 Grippe

196 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

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

05.2006
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Avian influenza, Egypt – update¹

On 5 May 2006, the Ministry of Health in Egypt announced the country's fifth death from H5N1 avian influenza.

The patient, a 27-year-old woman from Cairo, was hospitalized with bilateral pneumonia on 1 May and died on 4 May. Her infection has been linked to exposure to diseased poultry during a recent visit to the Minufiyah governorate. While there, she stayed in a household where numerous chickens were slaughtered.

The woman is the first new case in Egypt reported since early April.

Of the 13 laboratory-confirmed cases in Egypt, 4 have been fatal. Eight patients have fully recovered and have been discharged from hospital.

¹ See No. 12, 2006, p. 106.

Avian influenza, Indonesia – update¹

On 8 May 2006, the Ministry of Health in Indonesia confirmed the country's 33rd case of human infection with the H5N1 avian influenza virus. The case, a 30-year-old man from Greater Jakarta, developed symptoms on 17 April, was hospitalized on 21 April and died on 26 April.

An investigation to determine the source of his infection is continuing. He lived in close proximity to pens where animals, including poultry, were kept.

This newly laboratory-confirmed case brings the total number of cases in Indonesia to 33, of which 25 have been fatal. ■

¹ See No. 8, 2006, pp. 70–71.

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Grippe aviaire, Egypte – mise à jour¹

Le 5 mai 2006, le Ministère de la Santé égyptien a annoncé le cinquième décès imputable à la grippe aviaire H5N1 dans ce pays.

Il s'agit d'une jeune femme de 27 ans, originaire du Caire. Elle a été hospitalisée le 1^{er} mai et elle est décédée le 4. On a associé son infection à une exposition à des poulets malades lors d'un séjour récent dans le gouvernorat de Minufiyah. Lorsqu'elle s'y trouvait, elle a logé dans une famille qui a abattu de nombreux poulets.

C'est le premier cas nouveau signalé en Egypte depuis le début du mois d'avril.

Sur les 13 cas égyptiens confirmés en laboratoire, 4 se sont avérés mortels. Huit patients se sont totalement rétablis et sont sortis de l'hôpital.

¹ Voir N° 12, 2006, p. 106.

Grippe aviaire, Indonésie – mise à jour¹

Le 8 mai 2006, le Ministère de la Santé indonésien a confirmé le 33^e cas d'infection humaine par le virus H5N1 de la grippe aviaire dans ce pays. Ce cas, un homme de 30 ans du Grand Jakarta, a développé les symptômes le 17 avril, a été hospitalisé le 21 et il est décédé le 26.

Une enquête pour déterminer l'origine de l'infection est en cours. Cet homme vivait à proximité d'enclos avec des animaux, parmi lesquels des volailles.

Ces nouveau cas confirmé en laboratoire porte désormais le nombre total de cas en Indonésie à 33, dont 25 mortels. ■

¹ Voir N° 8, 2006, pp. 70-71.

Challenges in global immunization and the Global Immunization Vision and Strategy 2006–2015

Immunizations are among the most successful and cost-effective public health interventions. Their use has led to the eradication of smallpox, regional elimination of measles and polio, and substantial reductions in the morbidity and mortality attributed to diphtheria, tetanus and pertussis. WHO estimates that 2 million child deaths were prevented through vaccination in 2003.¹ Nonetheless, far more deaths could be prevented through optimal use of currently existing vaccines. This report summarizes the estimated number of deaths attributable to vaccine-preventable diseases (VPDs), reviews estimates of routine vaccine coverage by WHO region, and introduces the document recently developed by WHO and UNICEF, and endorsed by other partners, to outline their vision for immunizations in 2006–2015.

Estimates of vaccine-preventable deaths and recommended vaccines

Mortality estimates are helpful in prioritizing public health interventions. In the case of VPDs, these estimates indicate the number of deaths that could be averted if existing vaccines were used to their fullest potential. Among diseases for which vaccines are recommended through WHO's Expanded Programme on Immunization (EPI), WHO estimates that in 2002 fewer than 1000 children aged under 5 years died from polio, 4000 from diphtheria, 15 000 from yellow fever, 198 000 children died from tetanus, 294 000 from pertussis, 386 000 from *Haemophilus influenzae* type b (Hib) and 540 000 from measles.² In addition, 600 000 adult deaths in 2002 were attributed to hepatitis B infection. Furthermore, there are diseases for which vaccines exist but are not universally recommended by WHO. In 2002, the greatest numbers of child deaths from such diseases were attributed to rotavirus (402 000) and pneumococcal disease (716 000) (*Fig. 1*), while 240 000 adult deaths were attributed to human papillomavirus infections.³ During this year, 1.9 million (76%) of the 2.5 million VPD child deaths worldwide occurred in Africa and South-East Asia (*Table 1*).

Vaccines for measles, polio, diphtheria, pertussis and tetanus have been part of WHO's recommended immunization series since the inception of EPI in 1974. WHO recommended the inclusion of yellow fever vaccine in routine infant immunization in countries at-risk for yellow fever and hepatitis B vaccine globally, in 1988 and 1992, respectively. In 1998, WHO recommended that Hib vaccine should be included in routine infant immunization, as appropriate to national capacities and priorities. More recently, the WHO Immunization Strategic Advisory Group of Experts recommended global implementation of Hib vaccination

Les enjeux de la vaccination dans le monde: perspectives et stratégies 2006-2015

Les vaccinations comptent parmi les interventions les plus réussies et les plus rentables en santé publique. Elles ont permis d'éradiquer la variole, d'éliminer la rougeole et la poliomyélite dans certaines Régions de l'OMS et de réduire sensiblement la morbidité et la mortalité diphtériques, tétaniques et coquelucheuses. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime qu'en 2003, on a évité le décès de 2 millions d'enfants par la vaccination.¹ Mais il serait possible d'en éviter beaucoup plus si l'utilisation des vaccins qui existent actuellement était optimale. Le présent rapport fait le point du nombre estimé de décès imputables à des maladies évitables par la vaccination et sur la couverture vaccinale systématique estimée par Région de l'OMS; il présente aussi le document récemment mis au point par l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et approuvé par d'autres partenaires, qui donne leur vision sur la vaccination au cours de la période 2006-2015.

Estimation des décès évitables par la vaccination et vaccins recommandés

Les estimations de la mortalité sont utiles pour établir les priorités en matière d'interventions de santé publique. Dans le cas des maladies évitables par la vaccination, ces estimations indiquent les décès qui pourraient être évités si l'on pouvait tirer le maximum des vaccins existants. Parmi les maladies contre lesquelles un vaccin est recommandé dans le cadre du Programme élargi de vaccination de l'OMS (PEV), l'OMS estime qu'en 2002 moins de 1000 enfants de moins de 5 ans sont morts de la poliomyélite, 4000 de la diphtérie, 15 000 de la fièvre jaune, 198 000 du tétanos, 294 000 de la coqueluche, 386 000 d'une infectieuse méningite à *Haemophilus influenzae* type b (Hib) et 540 000 de la rougeole.² En outre, en 2002, 600 000 décès d'adultes ont été attribués au virus de l'hépatite B. Il existe aussi d'autres maladies contre lesquelles on dispose de vaccins mais dont l'utilisation ne fait toutefois pas l'objet d'une recommandation universelle de l'OMS. En 2002, les plus grands nombres de décès d'enfants dus à de telles maladies étaient attribués aux rotavirus (402 000) et aux pneumocoques (716 000) (*Fig. 1*) alors que 240 000 décès d'adultes étaient attribués aux infections dues au papillomavirus humain.³ Au cours de l'année, 1,9 million (76%) des 2,5 millions de décès d'enfants dus à des maladies évitables par la vaccination sont survenus en Afrique et en Asie du Sud-Est (*Tableau 1*).

1.1.1. Les vaccins contre la rougeole, la poliomyélite, la diphtérie, la coqueluche et le tétanos font partie de la série de vaccinations recommandées par l'OMS depuis le lancement du PEV en 1974. L'OMS a recommandé d'ajouter le vaccin contre la fièvre jaune au programme de vaccination systématique des nourrissons dans les pays exposés au péril amaril en 1988 et le vaccin contre l'hépatite B dans le monde entier en 1992. En 1998, l'OMS a recommandé que le vaccin anti-Hib soit ajouté au programme de vaccination systématique du nourrisson en fonction des capacités et des priorités nationales. Plus récemment, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination de l'OMS a recommandé une applica-

¹ *Global Immunization Vision and Strategy 2006–2015*. Geneva, Switzerland, World Health Organization/United Nations Children's Fund, 2005. Available at http://www.who.int/vaccines/GIVS/english/GIVS_Final_17Oct05.pdf.

² WHO. *2004 global immunization data*. Available at http://www.who.int/immunization_monitoring/data/GlobalImmunizationData.pdf.

³ WHO, International Agency for Research on Cancer. *GLOBOCAN database 2002*.

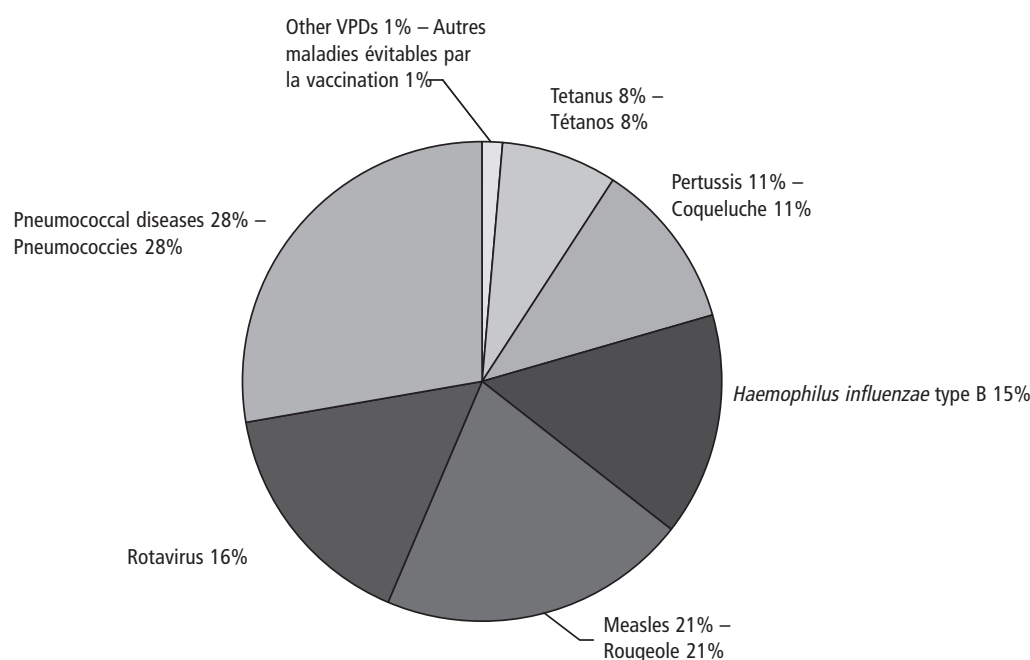
¹ *La vaccination dans le monde: perspectives et stratégies 2006-2015*. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2005. Disponible sur http://www.who.int/vaccines/GIVS/english/GIVS_Final_17Oct05.pdf.

² 2004 Global Immunization Data. Organisation mondiale de la Santé. Disponible sur http://www.who.int/immunization_monitoring/data/GlobalImmunizationData.pdf.

³ OMS, Centre international de recherche sur le cancer, base de données GLOBOCAN 2002.

Fig. 1 **Causes of 2.5 million child deaths^a out of 10.5 million child deaths globally, 2002**

Fig. 1 **Causes de décès de 2,5 millions d'enfants^a sur les 10,5 millions de décès d'enfants dans le monde, 2002**



Other vaccine-preventable diseases (VPDs): polio, diphtheria, hepatitis B, yellow fever, Japanese encephalitis, meningococcal disease. – Autres maladies évitables par la vaccination: poliomyélite, diphtérie, hépatite B, fièvre jaune, encéphalite japonaise et méningocoques.

^a Deaths in children aged under 5 years attributed to diseases for which vaccines are currently available. – Décès d'enfants de moins de 5 ans dus à des maladies pour lesquelles des vaccins sont actuellement disponibles.

Source: WHO/IVB

Table 1 **Regional distribution of vaccine-preventable disease (VPD) child deaths (2002), unvaccinated infants and incompletely vaccinated infants (2004)**

Tableau 1 **Distribution régionale des décès d'enfants dus à des maladies évitables par la vaccination en 2002, des nourrissons non vaccinés et des nourrissons vaccinés de manière incomplète (2004)**

WHO region – Région de l'OMS	VPD child deaths ^a (in 000) – Décès d'enfants dus à des maladies évitable par la vaccination ^a (en milliers)	DTP1 coverage ^b (%) – Couverture par DTC1 (%) ^b	No. of unvaccinated infants ^c (in 000) – Nombre de nourrissons non vaccinés ^c (en milliers)	DTP3 coverage ^b (%) – DTC3 couverture ^b (%)	DTP1 minus DTP3 – DTC1 moins DTC3	No. of incompletely vaccinated infants ^d (in 000) – Nombre de nourrissons vaccinés de manière incomplète ^d (en milliers)
African – Afrique	1 113	78	5 607	66	12	3 048
Americas – Amériques	44	96	562	92	4	659
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	353	86	1 948	78	7	1 186
European – Europe	32	96	458	94	2	158
South-East Asia – Asie du Sud-Est	757	77	8 082	69	8	2 959
Western Pacific – Pacifique occidental	251	96	1 051	90	6	1 302
Total	2 500	86	17 708	78	8	9 312

^a WHO/IVB estimates for under-5 child deaths for the year 2002 (latest available data). – Décès d'enfants dus à des maladies évitables par la vaccination – estimations OMS/IVB pour les enfants de moins de 5 ans en 2002 (dernières données disponibles).

^b DTP1 and DTP3 coverage based on WHO/UNICEF estimates for the year 2004 (August 2005). – Couverture par DTC1/DTC3 – estimations OMS/UNICEF pour 2004, août 2005.

^c Number of unvaccinated infants based on the number of surviving infants not receiving DTP1, calculated based on WHO/UNICEF DTP1 coverage estimates and surviving infants (*World population prospects: 2004 revision*). – Nombre de nourrissons non vaccinés – nombre de nourrissons survivants ne recevant pas de DTC1, calculé sur la base des estimations OMS/UNICEF de la couverture DTC1 et du nombre de nourrissons survivants tiré de *World Population Prospects, 2004 (revision)*.

^d Number of incompletely vaccinated infants based on the number of surviving infants who do not receive DTP3, calculated based on WHO/UNICEF DTP1 and DTP3 coverage estimates and surviving infants (*World population prospects: 2004 revision*) (unvaccinated infants excluded). – Nombre de nourrissons vaccinés de manière incomplète – nombre de nourrissons survivants n'ayant pas reçu 3 doses de DTC, calcul basé sur les estimations OMS/UNICEF de la couverture par le DTC1 et DTC3 et le nombre de nourrissons survivants tiré de *World Population Prospects, 2004 (revision)* (à l'exclusion des nourrissons non vaccinés).

unless robust evidence exists of low disease burden or overwhelming impediments to implementation.⁴ A 7-valent pneumococcal conjugate vaccine for infants was licensed in the United States in 2000 and is currently licensed in approximately 75 countries, including several developing countries. However, this vaccine does not contain serotypes 1 and 5, which are responsible for a sizeable proportion of severe disease in many developing countries. Vaccines containing these and additional serotypes are under development. Where the control of invasive pneumococcal disease is considered a public health priority, and where the vaccine serotypes are shown to match the most important local serotypes, WHO recommends that the conjugate vaccine should be considered for inclusion in childhood immunization programmes. A rotavirus vaccine has been licensed in the United States since February 2006; another is currently licensed in more than 36 countries and has received a positive opinion by the European Agency for the Evaluation of Medicinal Products, which will allow registration of the vaccine in countries within the European Union. Data on the efficacy of this vaccine in children in developing countries in Africa and Asia and on efficacy when co-administered with oral polio vaccine are required before a recommendation for global use of the vaccine can be made. Human papillomavirus vaccine is currently under review by the United States Food and Drug Administration for licensure in the United States.

Estimated vaccine coverage

By convention, the success of routine immunization programmes has been measured by the coverage achieved with the third dose of diphtheria-tetanus-pertussis vaccine (DTP3) among children aged 12–23 months.⁵ WHO and UNICEF base estimates of routine coverage for all antigens, including DTP3, on review of administrative coverage data, surveys, national reports and consultation with local and regional experts.⁶ Aggregated across Member States, routine coverage with DTP3 has remained at 70–78% from 1990 to 2004 (Fig. 2). Substantial differences exist in DTP3 coverage among the WHO regions. The European, Western Pacific and Americas regions reached DTP3 coverage of $\geq 90\%$ in 2004, while coverage in the South-East Asia Region was 69% and that in the African Region was 66%. Poor coverage contributes to a high burden of disease and is reflected in the large number of child deaths in these regions (Table 1).

Use of hepatitis B vaccine is assessed through population coverage with the third dose of the vaccine (HepB3). As of 2004, 153 (80%) of the 192 WHO Member States had introduced the vaccine. Of these 153 states, 102 (67%) had HepB3 coverage $\geq 80\%$, 36 (24%) had coverage $< 80\%$ and 15 (10%) had either not reported coverage data or not introduced the vaccine nationwide. The overall HepB3 coverage in the

tion mondiale de la vaccination anti-Hib en l'absence d'éléments indiquent clairement une faible charge de morbidité ou des obstacles insurmontables à cette application.⁴ Un vaccin associé antipneumocoque heptavalent pour le nourrisson a été homologué aux Etats-Unis en 2000 et l'est actuellement dans quelques 75 pays, dont plusieurs pays en développement. Toutefois ce vaccin ne contient pas les sérotypes 1 et 5 à l'origine d'une proportion importante des infections graves dans de nombreux pays en développement. Des vaccins contenant ces sérotypes et d'autres sont en train d'être mis au point. Lorsque la lutte contre l'infection pneumocoque invasive est considérée comme une priorité de santé et que les sérotypes vaccinaux correspondent aux sérotypes locaux les plus importants, l'OMS recommande d'envisager d'ajouter le vaccin associé au programme de vaccination du nourrisson. Un vaccin antirotavirus a été homologué aux Etats-Unis depuis février de cette année et un autre l'est actuellement dans plus de 36 pays et a reçu un préavis favorable de l'EMA qui permettra la mise sur le marché du vaccin dans les pays de l'Union européenne. Il faudra disposer de données sur l'efficacité de ce vaccin chez l'enfant dans les pays en développement d'Afrique et d'Asie et sur l'efficacité en cas de co-administration avec le vaccin antipoliomyélique oral avant de pouvoir recommander l'utilisation mondiale. Un vaccin contre le papillomavirus humain est actuellement examiné par la Food and Drug Administration en vue d'être homologué aux Etats-Unis.

Estimation de la couverture vaccinale

On a pris l'habitude de mesurer le succès des programmes de vaccination systématique en se référant à la couverture par la troisième dose du vaccin antidiphthérique, antitétanique, anticoquelucheux (DTC3) chez l'enfant de 12 à 23 mois.⁵ L'OMS et l'UNICEF fondent leurs estimations de la couverture systématique pour l'ensemble des antigènes, (y compris le DTC3) sur l'examen des données administratives relatives à la couverture, des enquêtes, des rapports nationaux et des consultations avec des experts locaux et régionaux.⁶ Pour l'ensemble des Etats Membres on obtient une couverture systématique par le DTC3 qui est restée entre 70 et 78% pendant la période 1990-2004 (Fig. 2). De sensibles différences existent d'une Région à l'autre de l'OMS quant à cette couverture. Dans la Région européenne, dans celle du Pacifique occidental et dans celle des Amériques, la couverture par le DTC3 a atteint ou dépassé 90% en 2004 alors que dans la Région de l'Asie du Sud-Est elle n'était que de 69% et de 66% dans la Région africaine. La faible couverture contribue à une charge de morbidité élevée et se reflète dans le nombre important de décès d'enfants dans ces régions. (Tableau 1).

L'utilisation du vaccin anti-hépatite B est évaluée au moyen de la couverture de la population par la troisième dose du vaccin (HepB3). En 2004, 153 (80%) des 192 Etats Membres de l'OMS avaient introduit le vaccin. Sur ces 153 Etats, 102 (67%) avaient une couverture par le HepB3 $\geq 80\%$, 36 (24%) une couverture $< 80\%$ et 15 (10%) n'avaient pas fourni de données ou introduit le vaccin sur l'ensemble de leur territoire. La couverture globale par le HepB3

⁴ See No. 1, 2006, pp. 2–11.

⁵ *World health statistics: 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005. Available at <http://www.who.int/healthinfo/statistics/en/>.

⁶ *WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2005 global summary*. Geneva, World Health Organization, 2005 (WHO/IVB/2005). Available at <http://www.who.int/vaccines-documents/globalsummary/globalsummary.pdf>.

⁴ Voir N° 1, 2006, pp. 2-11.

⁵ Organisation mondiale de la Santé Statistiques sanitaires mondiales, 2005. Genève, Suisse. Organisation mondiale de la Santé, 2005. Disponible sur <http://www.who.int/healthinfo/statistics/en/>.

⁶ WHO vaccine preventable diseases: monitoring system, 2005 global summary. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé 2005. Disponible sur <http://www.who.int/vaccines-documents/globalsummary/globalsummary.pdf>.

192 WHO Member States is steadily rising and had reached 48% in 2004 (Fig. 2).

Use of Hib vaccine is also assessed through coverage with the third dose of the vaccine (Hib3). Currently, 92 (48%) WHO Member States have introduced Hib vaccine; 78 (85%) of these 92 reported Hib3 coverage $\geq 80\%$ in 2004.

Global Immunization Vision and Strategy

Recently, WHO and UNICEF have worked with partners to develop a Global Immunization Vision and Strategy (GIVS) for implementation during 2006–2015. The GIVS seeks to “protect more people against more diseases by expanding the reach of immunization to every eligible person”.¹ This document articulates WHO and UNICEF’s vision for the world of immunization in 2015 and is composed of 4 strategic areas, each with key strategies and activities. These strategic areas include: (i) “protecting more people in a changing world” by improving routine immunization coverage, ensuring at least 4 immunization contacts per child, and expanding immunization programmes to all ages; (ii) “introducing new vaccines and technologies”; (iii) “integrating immunization, other linked health interventions and surveillance in the health systems context”; and (iv) “immunizing in the context of global interdependence”.

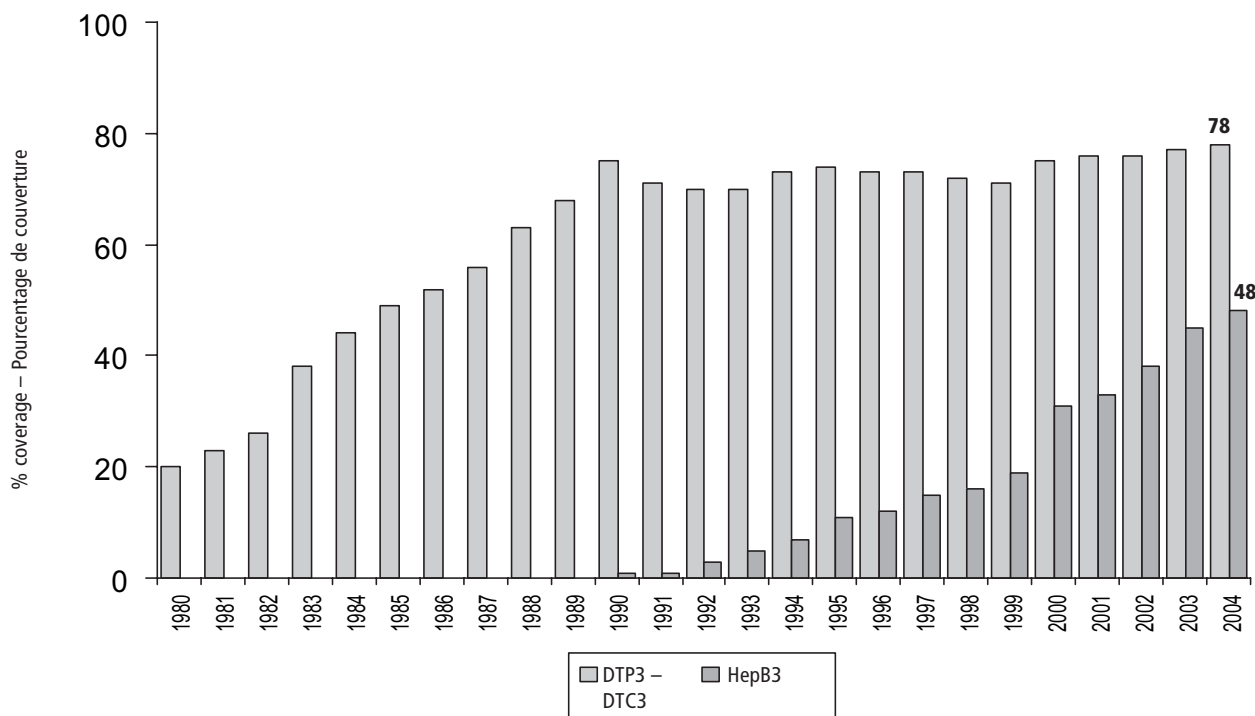
dans les 192 Etats Membres de l’OMS, qui augmente régulièrement, a atteint 48% en 2004 (Fig. 2).

L’utilisation du vaccin Hib est également évaluée au moyen de la couverture par la troisième dose du vaccin (Hib3). Actuellement, 92 (48%) des Etats Membres de l’OMS ont introduit le vaccin et 78 (85%) de ces 92 Etats ont signalé une couverture $\geq 80\%$ en 2004.

Vaccination mondiale: perspectives et stratégies

Récemment, l’OMS et l’UNICEF ont collaboré avec leurs partenaires pour mettre au point un document traitant des Perspectives et des stratégies pour la vaccination dans le monde (GIVS) à mettre en œuvre au cours de la période 2006-2015. Il s’agit de «protéger un plus grand nombre de personnes contre davantage de maladies en étendant la vaccination à tous ceux qui peuvent y prétendre».¹ Ce document exprime clairement la vision de l’OMS et de l’UNICEF pour la vaccination dans le monde en 2015 et se compose de 4 axes stratégiques comportant chacun des stratégies et des activités essentielles. Ces axes stratégiques consistent à: 1) «protéger davantage de personnes dans un monde qui change» en améliorant la couverture vaccinale systématique et en assurant au moins 4 contacts par enfant avec les services de vaccination tout en élargissant les programmes de vaccination aux autres classes d’âge; 2) «introduire de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies»; 3) «intégrer la vaccination, les interventions sanitaires apparentées et la surveillance au sein des systèmes de santé» et 4) «vacciner dans un monde interdépendant».

Fig. 2 **Global immunization 1980–2004, DTP3 and HepB3 coverage^a**
 Fig. 2 **Vaccination mondiale 1980–2004, couverture par le DTC3 et HepB3^a**



^a Among all WHO Member States (currently 192). – Sur l’ensemble des Etats Membres de l’OMS (actuellement 192)
 Source: WHO/UNICEF estimates, August 2005. – Source: estimation OMS/UNICEF, août 2005.

Editorial note. Implementation of many activities outlined in the GIVS had begun before the development of GIVS. However, GIVS unifies these activities under its umbrella and provides countries with a mechanism to identify critical areas and resource needs, as well as an opportunity to track progress. The development of country comprehensive multi-year plans (cMYP) based on GIVS serves as an important first step towards GIVS strategies at the country level. At least 40 countries are developing cMYPs that include estimates of the cost and financing of all immunization activities and outline future initiatives to improve coverage and reach the un-reached. A total of 53 countries have implemented the reaching every district (RED) strategy, WHO's key strategy for increasing routine immunization coverage. The RED strategy encourages supportive supervision, regular outreach services, community links with service delivery, monitoring and use of data for action, and better planning and management of human and financial resources.

Increasing access to new vaccines has the potential to greatly reduce the number of child deaths. Two GIVS priorities are to assist countries in developing capacity to make informed decisions regarding vaccine introduction based on disease burden, economic analysis and feasibility of introduction and to ensure that national systems are able to sustain vaccine delivery. In 2005, the Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI)⁷-funded Hib Initiative was launched to assist countries in making such a decision for introduction of Hib. Other GAVI-funded initiatives exist for pneumococcal and rotavirus vaccines.

The GIVS acknowledges the need to strengthen the health sector to decrease barriers to immunization, improve disease surveillance and strengthen data management, and suggests strategies for implementation. Furthermore, as immunization services often have the greatest community penetration of any public health intervention, the GIVS encourages that immunizations be linked to other interventions rather than provided in isolation. Vitamin A supplements have been distributed through immunization services since 1987: in 2004, 73 countries provided Vitamin A with routine immunizations, immunization campaigns or both. In addition, in 2005, 3 immunization campaigns in Africa distributed antihelminthic medications and 9 African countries distributed insecticide-treated bednets during immunization campaigns or routine services. Pilot projects are under development to assess the integration with routine immunization services of medical care for HIV-exposed infants and of intermittent preventive therapy against malaria for infants.

Several global partnerships and funding mechanisms are available to sustain immunization programmes. For example, GAVI⁷ offers financial support to introduce new and

Note de la rédaction: la mise en œuvre de nombreuses activités esquissées dans le document GIVS avait commencé avant leur mise au point. Toutefois GIVS unifie ces activités sous son égide et donne aux pays un moyen de définir les domaines et les besoins critiques et de suivre les progrès accomplis. La mise au point de plans nationaux complets portant sur plusieurs années et basés sur le GIVS constitue un premier pas important en vue des stratégies GIVS au niveau des pays. Quarante pays au moins mettent au point des plans nationaux complets qui comprennent des estimations du coût et du financement de l'ensemble des activités de vaccination et définissent dans les grandes lignes les initiatives futures pour améliorer la couverture et atteindre les sujets non vaccinés. Cinquante-trois pays ont appliqué la stratégie RED (couverture de la totalité des districts), qui constitue la stratégie fondamentale de l'OMS pour accroître la couverture vaccinale systématique. La stratégie RED encourage une surveillance constructive, des services périphériques réguliers, des liens communautaires avec la prestation de services, le contrôle et l'utilisation des données et une meilleure planification et gestion des ressources humaines et financières.

En améliorant l'accès aux nouveaux vaccins, on peut réduire sensiblement le nombre des décès d'enfants. Deux des priorités du GIVS consistent à aider les pays à renforcer leur capacité à prendre des décisions en connaissance de cause concernant l'introduction de vaccins sur la base de la charge de morbidité, de l'analyse économique et de la faisabilité de leur introduction et de veiller à ce que les systèmes nationaux puissent maintenir durablement l'approvisionnement en vaccins. L'Initiative Hib, financée par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination⁷ a été lancée en 2005 pour aider les pays à prendre une telle décision dans le cas de l'introduction du vaccin contre *Haemophilus influenzae* type b. Des initiatives du même type financées par l'Alliance existent pour les vaccins contre les pneumocoques et les rotavirus.

GIVS reconnaît qu'il faut renforcer le secteur de la santé pour réduire les obstacles à la vaccination, améliorer la surveillance des maladies et renforcer la gestion des données et suggère pour cela des stratégies de mise en œuvre. En outre, comme les services de vaccination représentent souvent l'intervention de santé publique ayant la meilleure pénétration communautaire, GIVS préconise de lier la vaccination à d'autres interventions au lieu de l'administrer de manière isolée. La supplémentation en vitamine A est distribuée par les services de vaccination depuis 1987: en 2004, 73 pays ont associé la distribution de vitamine A à la vaccination systématique, à des campagnes spéciales de vaccination ou aux deux. En outre, en 2005, on a distribué des médicaments antihelminthiques à l'occasion de 3 campagnes de vaccination en Afrique et 9 pays africains ont distribué des moustiquaires imprégnées d'insecticide au cours de campagnes de vaccination ou dans le cadre des services de vaccination systématique. Des projets pilotes sont mis au point pour évaluer l'intégration aux services de vaccination systématique des soins médicaux destinés aux nourrissons exposés au VIH et au traitement préventif intermittent contre le paludisme chez le nourrisson.

Plusieurs partenariats mondiaux et des dispositifs de financement existent pour pérenniser les programmes de vaccination. Ainsi, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination⁷ offre un

⁷ The Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) is an alliance of public and private sector organizations that supports the introduction of new vaccines through the administration of the Vaccine Fund. GAVI has also been active in improving routine immunization services, improving data quality and increasing support for vaccination globally. More information is available at www.vaccinealliance.org.

⁷ L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination est une Alliance entre organisations du secteur public et du secteur privé, qui soutient l'introduction de nouveaux vaccins par le biais du Fonds des vaccins. L'Alliance s'est également attachée à améliorer les services de vaccination systématique et la qualité des données ainsi qu'à accroître l'appui apporté à la vaccination dans le monde. Pour plus d'informations, merci de consulter le site www.vaccinealliance.org.

under-used vaccines, improve injection safety and strengthen routine immunization services. In addition, the International Finance Facility for Immunization (IFFIm),⁸ an initiative of the Government of the United Kingdom government, has provided a new paradigm for immunization funding. Based on donors' legally binding, long-term commitments, the IFFIm will leverage money from international capital markets by issuing bonds to increase the funds available for immunizations. ■

⁸ Additional information about the International Finance Facility for Immunization (IFFIm) may be accessed at www.iffim.com.

soutien financier pour introduire des vaccins nouveaux ou sous-utilisés, améliorer la sécurité des injections et renforcer les services de vaccination systématique. En outre, la Structure internationale de financement pour la vaccination (IFFIm),⁸ une initiative du gouvernement du Royaume-Uni, offre une nouvelle solution pour le financement des vaccinations. Sur la base d'engagements contraignants et à long terme des donateurs, la Structure internationale de financement obtiendra des fonds sur les marchés internationaux de capitaux par l'émission d'obligations afin d'accroître le financement disponible pour la vaccination. ■

⁸ Pour plus de renseignements sur la Structure de financement international pour la vaccination (IFFIm), merci de consulter le site www.iffim.com

Influenza

Overall influenza activity declined during weeks 14-16. Activity was reported as sporadic in week 16.

Belarus.¹ Influenza activity declined during week 16, although the ILI consultation rate remained at epidemic level, with influenza A and B viruses co-circulating.

Canada.¹ Influenza activity declined during weeks 14-16. The overall influenza-like illness (ILI) consultation rate remained within the expected range, with influenza A and B viruses co-circulating.

Finland.¹ Sporadic cases and local outbreaks associated with influenza A(H3N2) and B viruses continued to be recorded during weeks 14-16. Overall influenza activity remained low.

Germany.¹ Influenza activity started to decline during week 14 and was reported as sporadic during week 16.

Hong Kong Special Administrative Region of China.¹ After 14 weeks of ongoing though slight increase, a decline in influenza activity was first observed during week 15. Overall activity was low in week 16, with A(H1N1) and B viruses co-circulating.

Norway.¹ During week 13, influenza activity declined after a second peak and was reported as localized in week 16, with A(H1) and A(H3N2) viruses co-circulating.

Romania.¹ Influenza activity declined during week 16 and was reported as sporadic.

Russian Federation.¹ Influenza activity started to decline slightly during week 14 and was reported as regional in weeks 14-16, with A(H1), A(H3N2) and B viruses co-circulating.

Slovenia.¹ Widespread influenza A(H3N2) activity declined from week 15. Overall activity was reported as sporadic for week 16.

Grippe

D'une manière générale, l'activité grippale a baissé au cours des semaines 14 à 16 et elle a été signalée comme sporadique pendant la semaine 16.

Bélarus.¹ L'activité grippale a baissé au cours de la semaine 16 bien que le taux de consultations pour syndromes grippaux se soit maintenu à un seuil épidémique. Les virus grippaux A et B ont co-circulés.

Canada.¹ L'activité grippale a baissé au cours des semaines 14 à 16. Le taux de consultations pour syndromes grippaux s'est maintenu dans la fourchette attendue. Des virus grippaux A et B ont co-circulés.

Finlande.¹ On a continué d'enregistrer des cas sporadiques et des flambées locales associées aux virus grippaux A(H3N2) et B au cours des semaines 14 à 16. D'une manière générale, l'activité grippale est restée faible.

Allemagne.¹ L'activité grippale a commencé à baisser au cours de la semaine 14 et elle a été signalée comme étant sporadique pendant la semaine 16.

Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine.¹ Au cours de la semaine 15, pour la première fois depuis 14 semaines d'une augmentation régulière quoique légère de l'activité grippale, une baisse a été observée. D'une manière générale, l'activité grippale est restée faible pendant la semaine 16 et les virus grippaux A(H1N1) et B ont co-circulés.

Norvège.¹ L'activité grippale a baissé au cours de la semaine 13 après avoir connu un second pic et elle a été signalée comme étant localisée au cours de la semaine 16, avec les virus grippaux A(H1) et A(H3N2) qui ont co-circulés.

Roumanie.¹ L'activité grippale a baissé au cours de la semaine 16 et elle a été signalée comme étant sporadique.

Fédération de Russie.¹ L'activité grippale a commencé à baisser au cours de la semaine 14 et elle a été signalée comme étant régionale pendant les semaines 14 à 16, quand les virus grippaux A(H1), A(H3N2) et B ont co-circulés.

Slovénie.¹ L'activité grippale généralisée due au virus A(H3N2) est en baisse depuis la semaine 15. D'une manière générale, l'activité grippale a été signalée comme sporadique au cours de la semaine 16.

¹ See No. 13, 2006, pp. 127-128.

¹ Voir N° 13, 2006, pp. 127-128.

Spain.¹ Influenza activity continued to decline during weeks 14–16 and was reported as sporadic in week 16.

Switzerland.¹ Influenza activity further declined during weeks 14–16 and was reported as sporadic in week 16.

Ukraine.¹ Influenza activity declined during weeks 14–16 and was reported as sporadic in week 16.

United States.¹ Influenza activity further declined during weeks 14–16, with an overall ILI consultation rate below the national baseline. During week 16, when localized activity was reported, 36% of viruses detected were influenza A and 64% influenza B. Of the A viruses subtyped, the numbers of A(H3N2) and A(H1N1) viruses were nearly similar.

Other reports. During weeks 14–16, low influenza activity was reported in Chile (A),² Croatia (H3 and A),¹ Denmark (H3),² France (H1, H3 and B), Greece (H1), Iceland (H3, A and B),³ Islamic Republic of Iran (H1 and B),¹ Israel (H1, A and B),² Italy (H1, A and B),¹ Japan (H1 and B),¹ Latvia (H3, A and B),¹ Luxembourg (B),¹ Mexico (A and B),¹ New Caledonia (H1 and B), Poland (H1, H3 and B),¹ Serbia and Montenegro (B),¹ South Africa (H3 and A), Sweden (A and B),¹ Tunisia (H1 and B)¹ and the United Kingdom (H1 and H3).¹ Argentina² and Paraguay reported no influenza activity. ■

² See No. 5, 2006, pp.47–48.

³ See No. 3, 2006, p.32.

Espagne.¹ L'activité grippale a continué à baisser au cours des semaines 14 à 16 et elle a été signalée comme étant sporadique pendant la semaine 16.

Suisse.¹ L'activité grippale a encore baissé au cours des semaines 14 à 16 et elle a été signalée comme sporadique pendant la semaine 16.

Ukraine.¹ L'activité grippale a baissé au cours des semaines 14 à 16 et elle a été signalée comme sporadique pendant la semaine 16.

Etats-Unis.¹ L'activité grippale a encore baissé au cours des semaines 14 à 16, avec d'une manière générale, un taux de consultations pour syndromes grippaux qui est passé en-dessous du niveau de base national. Au cours de la semaine 16, alors que l'on signalait une activité grippale localisée, 36% des virus grippaux dépistés étaient de type A et 64% de type B. Sur tous les virus A sous-typés, le pourcentage de virus de type A(H3N2) était presque identique à celui des virus de type A(H1N1).

Autres rapports. Au cours des semaines 14 à 16, une faible activité grippale a été signalée en Afrique du Sud (H3 et A), au Chili (A),² en Croatie (H3 et A),¹ au Danemark (H3), en France (H1, H3 et B),¹ en Grèce (H1),¹ en Islande (H3, A et B),³ en Israël (H1, A et B),² en Italie (H1, A et B),¹ au Japon (H1 et B),¹ en Lettonie (H3, A et B),¹ au Luxembourg (B),¹ au Mexique (A et B),¹ en Nouvelle Calédonie (H1 et B), en Pologne (H1, H3 et B),¹ en République islamique d'Iran (H1 et B),¹ au Royaume-Uni (H1 et H3),¹ en Serbie et Montenegro (B),¹ en Suède (A et B)¹ et en Tunisie (H1 et B).¹ L'Argentine² et le Paraguay n'ont signalé aucune activité grippale. ■

² Voir N° 5, 2006, pp. 47-48.

³ Voir N° 3, 2006, p. 32.

How to obtain the WER through the Internet

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

Comment accéder au REH sur Internet?

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

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 5 to 11 May 2006 / Notifications de maladies reçues du 5 au 11 mai 2006

Cholera / Choléra

Africa / Afrique		Cases / Deaths Cas / Décès	Cases / Deaths Cas / Décès	
Angola	29.IV-04.V		Uganda/Ouganda	27.III-02.IV
.....	5175	111	49
Malawi	11-30.IV		United Republic of Tanzania/ République-Unie de Tanzanie	27.III-30.IV
.....	116	2	3516
				47

WWW access • <http://www.who.int/wer>

E-mail • send message **subscribe wer-reh** to listserv@who.int

Fax: +41-(0)22 791 48 21/791 42 85

Contact: wantzc@who.int / wer@who.int

Accès WWW • <http://www.who.int/wer>

Courrier électronique • envoyer message **subscribe wer-reh** à listserv@who.int

Fax: +41-(0)22 791 48 21/791 42 85

Contact: wantzc@who.int / wer@who.int