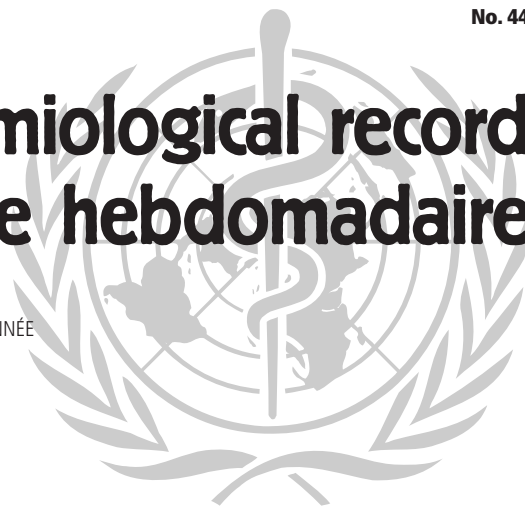


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

3 NOVEMBER 2006, 81st YEAR / 3 NOVEMBRE 2006, 81^e ANNÉE

No. 44, 2006, 81, 417-424

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

Contents

- 417 Summary and recommendations of the 12th informal consultation of the WHO Global Polio Laboratory Network, June 2006
- 422 Health conditions for travellers to Saudi Arabia for the pilgrimage to Mecca (Hajj)
- 424 WHO web sites on infectious diseases
- 424 International Health Regulations

Sommaire

- 417 Résumé et recommandations de la douzième consultation informelle du réseau mondial OMS de laboratoires pour la poliomyélite, juin 2006
- 422 Dispositions sanitaires pour les voyageurs se rendant en Arabie saoudite pour le pèlerinage à La Mecque (Hadj)
- 424 Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses
- 424 Règlement sanitaire international

**WORLD HEALTH
ORGANIZATION**
Geneva

**ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ**
Genève

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

11.2006
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

Summary and recommendations of the 12th informal consultation of the WHO Global Polio Laboratory Network, June 2006

Representatives of the WHO Global Polio Laboratory Network met in Geneva in June 2006 for their 12th informal consultation. Discussions covered topics such as the progress being made towards eradicating polio and laboratory-based surveillance for polioviruses. Representatives agreed that tremendous progress has been made towards achieving the goal of global polio eradication. Three WHO regions (the Americas, Europe and the Western Pacific) have already been certified as polio-free, and in the remaining 3 regions, only 4 countries (Afghanistan, India, Nigeria and Pakistan) are considered to be polio-endemic.

During 2004-2005 transmission of imported polioviruses was interrupted following outbreaks in 15 countries in west and central Africa, and in Indonesia and Yemen. Transmission of indigenous viruses was interrupted in Egypt and Niger in 2005, although Niger remains at continued risk of cross-border importation of wild polioviruses from neighbouring Nigeria.

Challenges to the global eradication initiative include low rates of polio immunization in some settings and poor security in a few districts in endemic countries, which limits immunization activities. Advocacy with national governments and communities continues in order to improve immunization coverage. Monovalent oral polio vaccines were introduced in 2005 and are increasingly being used in supplementary immunization campaigns in outbreak settings or where there is focal transmission of a single poliovirus serotype.

Résumé et recommandations de la douzième consultation informelle du réseau mondial OMS de laboratoires pour la poliomyélite, juin 2006

Des représentants du réseau mondial OMS de laboratoires pour la poliomyélite se sont réunis à Genève en juin 2006 à l'occasion de leur douzième consultation informelle. Les discussions ont porté sur des sujets tels que les progrès réalisés en vue de l'éradication de la poliomyélite et la surveillance au laboratoire des poliovirus. Les représentants ont convenu que des progrès considérables avaient été réalisés en vue de l'objectif d'éradication de la poliomyélite dans le monde. Trois Régions OMS (les Amériques, l'Europe et le Pacifique occidental) ont déjà été certifiées exemptes de poliomyélite et dans les 3 Régions restantes, seuls 4 pays (l'Afghanistan, l'Inde, le Nigeria et le Pakistan) sont encore considérés comme des pays d'endémie de cette maladie.

En 2004-2005, la transmission des poliovirus importés a été interrompue à la suite de flambées survenues dans 15 pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale, ainsi qu'en Indonésie et au Yémen. La transmission des virus autochtones a été interrompue en Egypte et au Niger en 2005, bien que le Niger reste exposé à un risque permanent d'importation de poliovirus sauvages depuis le Nigeria voisin.

Les problèmes auxquels se heurte l'initiative mondiale pour l'éradication sont, d'une part, les faibles taux de vaccination contre la poliomyélite dans certains endroits et, de l'autre, la situation difficile qui règne sur le plan de la sécurité dans quelques districts des pays d'endémie et qui limite les activités de vaccination. Les activités de sensibilisation se poursuivent auprès des pouvoirs publics et des communautés afin d'améliorer la couverture vaccinale. Les vaccins antipoliomyélitiques buvables monovalents ont été introduits en 2005 et sont de plus en plus employés lors des campagnes de vaccination supplémentaire menées à l'occasion des flambées ou dans les endroits où l'on observe des foyers de transmission d'un seul sérotype de poliovirus.

Laboratory results are used to monitor progress towards achieving the goal of eradication and, in an effort to halt transmission, to target immunization at areas where polioviruses circulate. A network of 145 laboratories continues to support the Polio Eradication Initiative. The network tested approximately 170 000 faecal samples from cases with acute flaccid paralysis (AFP) between January 2005 and June 2006. As of mid-2006, 2 poliovirus type-1 genotypes (SOAS and WEAF-B) and 2 type-3 genotypes (SOAS and WEAF-B) continued to be transmitted. Transmission of type-3 genotypes CEAF and EAAF, and type-1 genotype NEAF were last detected in late 2004 or early 2005.

Between January 2005 and mid-2006, wild polioviruses were isolated from patients with poliomyelitis in 19 countries. The Global Polio Laboratory Network analysed viral VP1 nucleotide sequences to investigate transmission links. This analysis revealed the presence of endemic serotype 1 and serotype 3 polioviruses in 4 countries (Afghanistan, India, Nigeria and Pakistan), new serotype 1 virus importations in 10 countries (Angola, Bangladesh, Democratic Republic of the Congo, Eritrea, Indonesia, Namibia, Nepal, Niger, Somalia and Yemen), and continued transmission of imported serotype 1 viruses that had been introduced into 5 other countries in 2003 or 2004 (Cameroon, Chad, Ethiopia, Mali and Sudan). Viruses endemic to Egypt were last detected in sewage waters in that country in January 2005. Polioviruses found in Angola, Bangladesh, the Democratic Republic of the Congo, Namibia and Nepal originated in India; viruses from Nigeria were imported, directly or indirectly (via intermediate countries), into 11 other countries.

The laboratory network also monitors the occurrence of vaccine-derived polioviruses (VDPVs), which are defined as isolates that show >1.0% VP1 sequence divergence from Sabin-vaccine strains. Since 1999, approximately 22 000 polioviruses have been isolated from faecal samples of patients with AFP, of which 15 500 polioviruses were Sabin-related strains and only 0.5% of such strains were classified as VDPVs. Between January 2005 and June 2006, serotype-1 VDPVs were detected in 46 paralysed children in Indonesia; serotype 2 VDPVs were found in 3 AFP cases in Madagascar; serotype 3 VDPVs were found in 2 cases of AFP in Cambodia and in 1 AFP case and 7 contacts in Madagascar. VDPVs were also isolated from immunodeficient people in China, France (in a child of Tunisian origin), the Islamic Republic of Iran, Minnesota (USA), Spain (in a child of Moroccan origin) and the Syrian Arab Republic. Non-outbreak VDPVs were obtained from faecal samples of sporadic AFP cases in Japan and Saudi Arabia, from non-paralysed people in Hong Kong SAR, and from sewage waters in Egypt, Israel and Slovakia.

The laboratory network has initiated plans to improve reporting timelines, recognizing that confirming wild poliovirus or circulating VDPVs is the first step towards early implementation of public health action to limit virus spread. In 2005, the average time for completing laboratory

Les résultats de laboratoire sont utilisés pour contrôler les progrès en vue de l'éradication et, dans un effort pour mettre un frein à la transmission, afin de cibler la vaccination sur les zones où des poliovirus circulent. Un réseau de 145 laboratoires continue à appuyer l'Initiative d'éradication de la poliomyélite. Ce réseau a testé près de 170 000 échantillons de selles provenant de sujets atteints de paralysie flasque aiguë (PFA) entre janvier 2005 et juin 2006. A la fin du premier semestre 2006, 2 génotypes du poliovirus de type-1 (SOAS et WEAF-B) et 2 génotypes du poliovirus de type-3 (SOAS et WEAF-B) continuaient à être transmis. La transmission des génotypes de type-3 CEAF et EAAF et du génotype de type-1 NEAF a été détectée pour la dernière fois fin 2004 ou début 2005.

Entre janvier 2005 et juin 2006, des poliovirus sauvages ont été isolés chez des malades atteints de poliomyélite dans 19 pays. Le réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite a analysé les séquences nucléotidiques VP1 virales afin d'étudier les maillons de la transmission. Cette analyse a révélé la présence de poliovirus endémiques appartenant aux sérotypes 1 et 3 dans 4 pays (Afghanistan, Inde, Nigéria et Pakistan), de nouvelles importations de virus appartenant au sérotype 1 dans 10 pays (Angola, Bangladesh, Erythrée, Indonésie, Namibie, Népal, Niger, République démocratique du Congo, Somalie et Yémen), et la poursuite de la transmission de virus de sérotype 1 importés qui avaient été introduits dans 5 autres pays en 2003 ou 2004 (Cameroun, Ethiopie, Mali, Soudan et Tchad). En Egypte, des virus endémiques ont été détectés pour la dernière fois dans des eaux usées, en janvier 2005. Les poliovirus trouvés en Angola, au Bangladesh, en Namibie, au Népal et en République démocratique du Congo étaient originaires d'Inde; les virus du Nigéria ont été exportés directement ou indirectement (par l'intermédiaire d'autres pays) dans 11 autres pays.

Le réseau de laboratoires surveille également l'apparition des poliovirus dérivés de souches vaccinales, que l'on définit comme des isollements montrant >1,0% de divergence au niveau de la séquence VP1 par rapport aux souches vaccinales Sabin. Depuis 1999, près de 22 000 poliovirus ont été isolés dans des échantillons de selles de malades présentant une PFA, parmi lesquels 15 500 appartenaient à des souches apparentées à la souche Sabin; 0,5% seulement d'entre elles ont été considérées comme étant dérivées d'une souche vaccinale. Entre janvier 2005 et juin 2006, des poliovirus dérivés de souches vaccinales appartenant au sérotype 1 ont été détectés chez 46 enfants paralysés en Indonésie; d'autres appartenant au sérotype 2 ont été retrouvés chez 3 cas de PFA à Madagascar; d'autres encore appartenant au sérotype 3 ont été trouvés chez 2 sujets atteints de PFA au Cambodge et chez 1 sujet atteint de PFA et 7 contacts à Madagascar. Des poliovirus dérivés de souches vaccinales ont également été isolés chez des sujets immunodéprimés en Chine, en France (chez un enfant d'origine tunisienne), en Espagne (chez un enfant d'origine marocaine), en République islamique d'Iran, dans le Minnesota (Etats-Unis) et en République arabe syrienne. Des poliovirus dérivés de souches vaccinales sans lien avec des flambées ont été trouvés dans des échantillons de selles provenant de cas de PFA sporadiques survenus en Arabie saoudite et au Japon, chez des personnes non paralysées à Hong Kong RAS et dans des eaux usées en Egypte, en Israël et en Slovaquie.

Le réseau de laboratoires a établi des plans visant à améliorer les délais de notification, reconnaissant que le fait de confirmer la présence d'un poliovirus sauvage ou d'un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale circulant constitue la première étape en vue de la mise en œuvre précoce de mesures de santé publique visant à en

procedures was 45 days in the polio-endemic areas of WHO's African Region, 25 days in polio-endemic areas of the Eastern Mediterranean Region and 30 days in polio-endemic areas of the South-East Asia Region. New approaches to testing were evaluated in India, Pakistan and by the United States Centers for Disease Control and Prevention and showed that reporting times could potentially be reduced to 10–15 days in laboratories with on-site capacity for virus isolation in cell culture and differentiation of strains as wild or Sabin-like by polymerase chain reaction and enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA). WHO has established a goal of ensuring that such capacities exist in at least 75% of network laboratories in endemic regions by December 2007.

Some network laboratories faced tremendous challenges in 2005. Fire caused considerable damage to infrastructure and equipment in the specialized laboratory in Mumbai, India, in April 2005. Laboratories in Egypt, Lucknow and Mumbai in India as well as Indonesia, Nigeria, Oman, and South Africa felt the impact of heavy workloads because of improvements in AFP surveillance or responses to polio outbreaks. Limited opportunities exist for redistributing workloads, and the staff at these laboratories in particular are commended for their extraordinary efforts and enthusiasm in meeting the programme's needs.

Recommendations

Representatives to the consultation made the following recommendations.

General

1. WHO should continue to advocate with national governments and partner agencies for continued support of the Global Polio Laboratory Network.
2. The rapid detection and reporting of programmatically important wild and vaccine-derived polioviruses are essential to facilitating early implementation of public health interventions to minimize virus spread. Laboratories must therefore report all wild polioviruses and discordant viruses (i.e. potential VDPVs) to national authorities and WHO, including to WHO's regional and global polio virologists, within 24 hours of their detection.

Quality assurance

3. Cell-sensitivity testing has been shown to be a valuable tool in the network's quality assurance programme because it can provide an early warning of reduced potential for poliovirus isolation in cell cultures. Network laboratories should conduct cell-sensitivity tests at a minimum of once every 3 months and submit results to regional laboratory coordinators within 48 hours of completion. Should there be evidence of reduced sensitivity for poliovirus detection, coordinators should assist laboratories in implementing a follow-up plan, including re-testing of samples, as appropriate.

limiter la propagation. En 2005, le délai moyen pour effectuer les tests de laboratoire était de 45 jours dans les zones d'endémie de la poliomyélite de la Région africaine de l'OMS, de 25 jours dans les zones d'endémie de la poliomyélite de la Région de la Méditerranée orientale et de 30 jours dans les zones d'endémie de la poliomyélite de la Région de l'Asie du Sud-Est. De nouvelles méthodes d'analyse ont été évaluées en Inde, au Pakistan et par les *United States Centers for Diseases Control and Prevention* (Etats-Unis), et ont montré qu'il était possible de réduire les délais de notification à 10-15 jours dans les laboratoires à même d'isoler le virus en culture cellulaire et de différencier les souches sauvages de celles de type Sabin par amplification génique (PCR) et titrage avec un immunoadsorbant lié à une enzyme (ELISA). L'OMS a fixé comme objectif de parvenir à ce que ces moyens diagnostiques existent dans au moins 75% des laboratoires du réseau des régions d'endémie d'ici décembre 2007.

Certains laboratoires du réseau se sont heurtés à d'énormes problèmes en 2005. Un incendie a provoqué des dommages considérables à l'infrastructure et à l'équipement du laboratoire spécialisé de Mumbai, en Inde, en avril 2005. Les laboratoires situés en Afrique du Sud, en Egypte, à Lucknow et Mumbai (Inde), en Indonésie, à Oman et au Nigéria ont ressenti les effets des lourdes charges de travail dues à l'amélioration de la surveillance de la PFA ou des ripostes contre les flambées de poliomyélite. Il existe peu de possibilités pour redistribuer le travail et tous ont salué les efforts extraordinaires et l'enthousiasme dont a fait preuve le personnel de ces laboratoires, en particulier pour répondre aux besoins du programme.

Recommandations

Les représentants présents à la consultation ont formulé les recommandations suivantes.

Générales

1. L'OMS doit poursuivre ses efforts de sensibilisation auprès des pouvoirs publics et des organismes partenaires afin qu'ils continuent à apporter leur soutien au réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite.
2. La détection et la notification rapides des poliovirus sauvages ou dérivés de souches vaccinales importants sur le plan programmatique sont indispensables pour faciliter la mise en œuvre précoce d'interventions de santé publique visant à réduire au minimum leur propagation. Les laboratoires doivent donc notifier tous les poliovirus sauvages et virus discordants (c'est-à-dire pouvant être dérivés d'une souche vaccinale) aux autorités nationales et à l'OMS, notamment aux virologistes de l'OMS s'occupant de la poliomyélite aux niveaux régional et mondial, dans les 24 heures suivant leur détection.

Assurance de la qualité

3. On a montré que des tests de sensibilité des cultures cellulaires étaient un outil précieux pour le programme d'assurance de la qualité du réseau, car ils permettent de savoir rapidement s'il y a une diminution de la capacité d'isolement des poliovirus en cultures cellulaires. Les laboratoires du réseau doivent effectuer de tels tests au minimum tous les 3 mois et soumettre les résultats dans les 48 heures aux coordinateurs régionaux des laboratoires. S'il apparaît qu'il y a une sensibilité réduite pour la détection des poliovirus, les coordinateurs doivent aider les laboratoires à mettre en œuvre un plan de suivi, y compris en retestant les échantillons, le cas échéant.

4. In collaboration with the National Institute for Biological Standards and Control, United Kingdom, WHO should collect data, and prepare and disseminate a summary report on cell-sensitivity testing in the network by October 2006.
5. A draft protocol has been developed to provide guidance on adapting newly received cell cultures to the local setting. Laboratories were requested to provide feedback by the end of July 2006 on their routine practices and experiences with adapting cell cultures in order to further refine the protocol and to allow dissemination of the finalized protocol to network laboratories by 30 September 2006.
6. WHO's *Polio laboratory manual* should be updated by 30 October 2006 and will include procedures for detecting polioviruses using a new test algorithm, information on adapting cell lines, as well as information on any changes made to requirements for laboratory accreditation and biosafety. The updated manual will be disseminated electronically, and the online version will be updated on WHO's web site.

Improving diagnostic detection of VDPVs

7. The network should continue the antigenic and genetic characterization of VDPVs and polio isolates giving discordant results in intratypic differentiation (ITD) tests, with a view to improving the sensitivity of procedures for VDPV detection. Data on relevant isolates detected through screening by RFLP and ELISA should be collected and reviewed. Additionally, available Immunoglobulin G subclass monoclonal antibodies targeted at antigenic site 3 of polio serotype 3 viruses should be evaluated with the ITD ELISA to determine whether sensitivity for detection of non-Sabin-like poliovirus can be improved.

New test algorithm

8. The network should implement a new test algorithm in the remaining polio-endemic regions by December 2007. This algorithm was evaluated in 3 locations and it has been demonstrated to provide faster results with equivalent or better sensitivity when compared with the current test protocol. Resource mobilization will be required for implementation in some settings.
9. Implementation of the new algorithm should occur in 3 phases, depending on the geographical and epidemiological priorities for global polio eradication (including the burden of disease) and availability of the relevant infrastructure for testing. The selection of laboratories for upgrades of infrastructure should be done through consultation between WHO's global and regional coordinators and national authorities. Implementation should be completed in 75% of network laboratories in polio-endemic regions by the end of 2007. A protocol for the new test algorithm should be developed by WHO headquarters, reviewed by the working group that was involved in the field evaluation and disseminated to laboratories by October 2006.
10. The network should continue to convene small, ad hoc working groups to advance the development and validation of new approaches for poliovirus detection using

4. En collaboration avec le *National Institute for Biological Standards and Control* du Royaume-Uni, l'OMS doit recueillir des données et préparer et diffuser un compte rendu succinct relatif aux tests de sensibilité des cultures cellulaires appliqués dans le réseau d'ici octobre 2006.
5. Un projet de protocole a été élaboré afin de donner des indications sur la façon d'adapter les cultures cellulaires nouvellement reçues aux conditions locales. Il a été demandé aux laboratoires de fournir des informations en retour d'ici la fin juillet 2006 sur leurs pratiques et expériences habituelles concernant l'adaptation des cultures cellulaires, de manière à parfaire encore le protocole et à permettre sa diffusion, une fois celui-ci finalisé, dans les laboratoires du réseau d'ici le 30 septembre 2006.
6. Le *Polio laboratory manual* de l'OMS doit être mis à jour pour le 30 octobre 2006 et comprendra les méthodes de détection des poliovirus au moyen d'un nouvel algorithme de tests, des informations sur l'adaptation des lignées cellulaires, ainsi que sur toutes les modifications apportées aux règles relatives à l'agrément et à la sécurité biologique des laboratoires. Le manuel actualisé sera diffusé électroniquement et la version en ligne sera mise à jour sur le site Web de l'OMS.

Améliorer la détection diagnostique des poliovirus dérivés de souches vaccinales

7. Le réseau doit poursuivre la caractérisation antigénique et génétique des isolats de poliovirus dérivés de souches vaccinales et donnant des résultats discordants lors des tests de différenciation intratypique, en vue d'améliorer la sensibilité des méthodes de détection de ces poliovirus. Les données relatives aux isolats en question, dépistés par RFLP et ELISA, doivent être recueillies et analysées. De plus, des anticorps monoclonaux appartenant à la sous-classe des immunoglobulines G, ciblés sur le site antigénique 3 des poliovirus appartenant au sérotype 3, doivent être évalués au moyen de l'ITD ELISA afin de déterminer si l'on peut améliorer la sensibilité de la détection des poliovirus qui ne sont pas de type Sabin.

Nouvel algorithme des tests

8. Le réseau doit mettre en œuvre un nouvel algorithme des tests dans les régions d'endémie restantes d'ici décembre 2007. Cet algorithme a été évalué dans 3 endroits et il a été démontré qu'il fournissait les résultats plus vite, avec une sensibilité équivalente ou meilleure, par comparaison avec le protocole actuel. Une mobilisation des ressources sera nécessaire pour pouvoir le mettre en œuvre dans certains endroits.
9. La mise en œuvre du nouvel algorithme devrait s'opérer en 3 phases, en fonction des priorités géographiques et épidémiologiques de l'éradication mondiale de la poliomyélite (notamment du poids de la maladie) et de la disponibilité de l'infrastructure voulue pour les tests. La sélection des laboratoires dont l'infrastructure doit être modernisée devra se faire par le biais d'une consultation entre les coordinateurs mondiaux et régionaux de l'OMS et les autorités nationales. Cette mise en œuvre doit être menée à bien dans 75% des laboratoires du réseau des régions d'endémie de la poliomyélite d'ici la fin 2007. Le Siège de l'OMS devra élaborer un protocole correspondant, qui sera examiné par le groupe de travail ayant participé à l'évaluation sur le terrain et distribué aux laboratoires d'ici octobre 2006.
10. Le réseau doit continuer à réunir des petits groupes de travail spéciaux pour développer et valider de nouvelles méthodes de détection des poliovirus au moyen de tests ayant une sensi-

tests with high sensitivity and specificity and that provide results within 24 hours.

Containment of polioviruses

The network acknowledges the substantial achievements made by countries in WHO's European Region in completing Phase 1 of the laboratory containment of wild polioviruses and the continued progress being made towards completion of Phase 1 in other regions. Final Phase 1 containment documents have been reviewed by the Regional Certification Commission of the Western Pacific Region, and work is continuing to complete surveys and inventories in other regions. The network continues to play an important part in the development of containment policies for the time when oral polio vaccine ceases to be used. Site visits to 3 network laboratories were completed in November 2005; at these visits, information on current safety practices was provided and the visits played an important part in the review and refinement of documents on containment policy.

11. It is recommended that the network continues to participate in activities to ensure completion of Phase 1 containment in all non-endemic countries and continues to advocate for polio containment in appropriate scientific venues and by national governments.
12. Network laboratories and coordinators should maintain their role as an integral part of the development of containment policies associated with cessation of the delivery of oral polio vaccine by:
 - carefully reviewing the draft third edition of the *WHO global action plan for containment of wild polioviruses* (GAP III) when it is circulated in mid-September 2006 and providing comments prior to the meeting of the Advisory Committee on Polio Eradication on 11–12 October 2006;
 - reviewing proposed recommendations for managing biological risks;
 - assisting with consensus building for proposed GAP III policies within the broader laboratory network and scientific community; and
 - assisting Member States and regional offices in understanding the implications of GAP III for long-term policy decisions on immunization.

Risk management

Safety has always been promoted as an integral part of the functioning of the network, and safety guidelines and equipment have been provided as needed. Safety has also been evaluated in the context of the network's accreditation programme. The network recognizes the need for further development in this important aspect of its operation.

13. The network should expand the biosafety section of the laboratory manual, pursue the development of an appropriate training module focused specifically on improving safety practices and management, and update the accreditation checklist. The training module should be developed and piloted with the participation of volunteer network laboratories, and the module should be presented for formal adoption at the next network meeting, with full incorporation into the accreditation process achieved in 2007. ■

bilité et une spécificité élevées et donnant des résultats en 24 heures.

Confinement des poliovirus

Le réseau prend note des réalisations importantes des pays de la Région européenne de l'OMS pour mener à son terme la phase 1 du confinement en laboratoire des poliovirus sauvages et des progrès réalisés pour mener à bien cette phase 1 dans d'autres Régions. Les documents définitifs relatifs au confinement de phase 1 ont été examinés par la Commission régionale de certification de la Région du Pacifique occidental et les travaux se poursuivent pour mener à bien les enquêtes et inventaires dans d'autres Régions. Le réseau continue à jouer un rôle important dans l'élaboration des politiques de confinement applicables au moment où le vaccin antipoliomyélique buvable cessera d'être utilisé. Des visites dans 3 laboratoires du réseau ont été effectuées en novembre 2005; des informations sur les pratiques actuelles en matière de sécurité ont été fournies lors de ces visites et celles-ci ont joué un rôle important dans l'examen et la finalisation des documents relatifs à la politique de confinement.

11. Il est recommandé que le réseau continue de participer aux activités visant à mener à bien le confinement de phase 1 dans tous les pays où la maladie n'est pas endémique et qu'il poursuive ses activités de sensibilisation en faveur du confinement des poliovirus dans des laboratoires appropriés auprès des instances nationales.
12. Les laboratoires et coordinateurs du réseau doivent conserver leur rôle en tant que parties intégrantes de l'élaboration des politiques de confinement associées à l'arrêt de la fourniture des vaccins antipoliomyéliquiques buvables, en:
 - examinant soigneusement le projet de troisième édition du Plan d'action mondial OMS pour le confinement des poliovirus sauvages (PAM III) lorsqu'il va être distribué à la mi-septembre 2006 et en faisant part de leurs observations avant la réunion du Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite qui doit avoir lieu les 11 et 12 octobre 2006;
 - examinant les recommandations proposées pour gérer les risques biologiques;
 - aidant à faire l'unanimité concernant les politiques du PAM III proposées, aussi bien dans le réseau de laboratoires que dans la communauté scientifique en général; et en
 - aidant les Etats Membres et les bureaux régionaux à prendre la mesure des répercussions du PAM III sur les décisions politiques à long terme relatives à la vaccination.

Gestion du risque

La sécurité a toujours été mise en avant comme faisant partie intégrante du fonctionnement du réseau, et des directives ainsi que du matériel de sécurité ont été fournis en fonction des besoins. La sécurité a également été évaluée dans le contexte du programme d'accréditation du réseau. Le réseau reconnaît la nécessité de développer plus avant cet aspect important de son fonctionnement.

13. Le réseau doit étoffer la section du manuel de laboratoire relative à la sécurité biologique, poursuivre l'élaboration d'un module de formation approprié, spécifiquement centré sur l'amélioration des pratiques et de la gestion de la sécurité, et mettre à jour la liste des laboratoires agréés. Le module de formation doit être élaboré et piloté avec la participation de laboratoires du réseau s'étant portés volontaires et il devra être présenté pour être adopté officiellement lors de la prochaine réunion du réseau, son incorporation dans le processus d'accréditation devant être effective en 2007. ■

Health conditions for travellers to Saudi Arabia for the pilgrimage to Mecca (Hajj)

Editorial note

The publication in the *Weekly Epidemiological Record* is intended to inform visitors of the full requirements for entry into the country; it does not imply an endorsement by WHO of all measures stipulated. Saudi Arabia is enforcing these measures in accordance with the *International Health Regulations* (1969), 3rd annotated edition, Part VIII, article 84 which states: "Migrants, nomads, seasonal workers or persons taking part in periodic mass congregations, and any ship, in particular small boats for international coastal traffic, aircraft, train, road vehicle or other means of transport carrying them, may be subjected to additional health measures conforming with the laws and regulations of each State concerned, and with any agreement concluded between any States".

The Ministry of Health of Saudi Arabia has issued requirements for the forthcoming Hajj season as follows.

I. Yellow fever

(A) The following countries/areas are endemic for yellow fever (as defined by the *International travel and health publication*, annex 2):¹

Africa

Angola, Benin, Burkina Faso, Burundi, Cameroon, Central African Republic, Chad, Congo, Côte d'Ivoire, Democratic Republic of the Congo, Equatorial Guinea, Ethiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Liberia, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Rwanda, Sao Tome and Principe, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Togo, Uganda and United Republic of Tanzania.

Americas

Bolivia, Brazil, Colombia, Ecuador, French Guyana, Guyana, Panama, Peru, Suriname, Trinidad and Tobago and Venezuela.

All travellers arriving from countries at risk of yellow fever transmission must present a valid yellow fever vaccination certificate in accordance with the *International Health Regulations*. In the absence of such a certificate, the person will be vaccinated upon arrival and placed under strict surveillance for 6 days from the day of vaccination or the last date of potential exposure to infection, whichever is earlier. Health offices at entry points will be responsible for notifying the appropriate Director-General of Health Affairs in the region or governorate about the place of residence of the visitor.

(B) Aircraft and other means of transportation arriving from areas infected with yellow fever are requested to submit a certificate indicating disinsection in accordance with the *International Health Regulations*.

II. Meningococcal meningitis

(A) *For all arrivals*

Visitors from around the world arriving for the purpose of "Umra" or pilgrimage or for seasonal work are requested to

¹ See http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241580364_annexes.pdf

Dispositions sanitaires pour les voyageurs se rendant en Arabie saoudite pour le pèlerinage à La Mecque (Hadj)

Note de la rédaction

La publication dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* de ces mesures a pour but d'informer les visiteurs sur les conditions d'entrée en Arabie saoudite; elle n'implique pas que l'OMS donne son aval à chacune d'entre elles. L'Arabie saoudite les applique conformément à l'Article 84 de la partie VIII du *Règlement sanitaire international* (1969): 3^e édition annotée, qui stipule que: «Les migrants, les nomades, les travailleurs saisonniers ou les personnes prenant part à des rassemblements périodiques importants, ainsi que tout navire, en particulier les petites embarcations utilisées pour le trafic côtier international, tout aéronef, train, véhicule routier ou autre moyen de transport qu'ils empruntent, peuvent être soumis à des mesures sanitaires additionnelles conformes aux lois et règlements de chacun des Etats intéressés et aux accords intervenus entre eux.»

Pour la prochaine saison du Hadj, le Ministère de la santé d'Arabie saoudite a publié les dispositions suivantes.

I. Fièvre jaune

A) Les pays/régions suivants font partis d'une liste établie par le Ministère de la Santé d'Arabie saoudite des endroits où la fièvre jaune est endémique (comme défini dans le manuel *Voyages internationaux et santé*, annexe 2):¹

Afrique

Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Tchad et Togo.

Amériques

Bolivie, Brésil, Colombie, Equateur, Guinée française, Guyane, Panama, Pérou, République bolivarienne du Venezuela, Suriname et Trinité-et-Tobago.

Tous les voyageurs en provenance de pays où il existe un risque de transmission de fièvre jaune doivent présenter un certificat de vaccination anti-marielle en cours de validité, conformément au *Règlement sanitaire international*. En l'absence d'un tel certificat, la personne sera vaccinée à l'arrivée et placée sous stricte surveillance pendant les 6 jours suivant la date de vaccination ou la dernière date de l'exposition potentielle au virus, en fonction de celle qui est la plus antérieure. Les bureaux de santé installés aux points d'entrée auront la responsabilité de notifier au Directeur général des Affaires sanitaires concerné le lieu de résidence du visiteur dans la région ou le gouvernement.

B) Les aéronefs et autres moyens de transport en provenance de zones infectées par la fièvre jaune devront soumettre un certificat attestant d'une désinsectisation conforme au *Règlement sanitaire international*.

II. Méningite à méningocoque

A) *Pour toutes les arrivées*

Les visiteurs du monde entier arrivant pour effectuer l'"Umra", le pèlerinage ou un travail saisonnier doivent présenter un certificat

¹ Voir http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241580364_annexes.pdf

produce a certificate of vaccination with the quadrivalent (ACYW135) vaccine against meningitis issued not more than 3 years and not less than 10 days before arrival in Saudi Arabia. The responsible authorities in the visitor's country of origin must ensure that vaccination has been carried out as follows:

- adults and children aged over 2 years must be given 1 dose of the quadrivalent (ACYW135) vaccine;

(B) *Arrivals from countries in the African meningitis belt, namely*

Benin, Burkina Faso, Cameroon, Chad, Central African Republic, Côte d'Ivoire, Eritrea, Ethiopia, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Mali, Niger, Nigeria, Senegal and Sudan.

- In addition to the above-stated requirements, chemoprophylaxis will be administered at point of entry to all visitors from these countries to lower the carrier rate among them. Ciprofloxacin tablets (500 mg) will be given to adults, rifampicin to children and ceftriaxone to pregnant women.

III. Poliomyelitis

The Ministry of Health of Saudi Arabia recommends that all people aged under 15 years travelling to Saudi Arabia from polio-affected countries show proof of vaccination with oral polio vaccine 6 weeks prior to application for entry visa. Irrespective of previous immunization history, all people aged under 15 years arriving in Saudi Arabia will also receive oral polio vaccine at border points.

The Ministry of Health of Saudi Arabia recommends that all travellers from Nigeria, regardless of age, show proof of vaccination with oral polio vaccine 6 weeks prior to application for entry visa. Irrespective of previous immunization history, all travellers from Nigeria, regardless of age, arriving in Saudi Arabia will also receive oral polio vaccine at border points.

WHO considers the following countries to be polio-affected (as of 4 October 2006):

- Countries with ongoing transmission of indigenous wild poliovirus: Afghanistan, India, Nigeria, Pakistan.
- Countries with ongoing transmission of imported wild poliovirus: Angola, Bangladesh, the Democratic Republic of the Congo, Ethiopia, Namibia, Nepal, Niger, Somalia.
- Countries with recent circulation of imported poliovirus: Indonesia, Sudan, Yemen.

III. Influenza vaccination

The Ministry of Health of Saudi Arabia recommends that pilgrims be vaccinated against influenza before arrival, particularly those with pre-existing conditions (e.g. the elderly, people with chronic chest or heart diseases or those with cardiac, hepatic or renal failure).

IV. Foods

Foods carried by visitors and pilgrims are banned and not allowed into the country. ■

de vaccination contre la méningite avec le vaccin quadrivalent ACYW135, établi depuis moins de 3 ans et plus de 10 jours avant l'arrivée en Arabie saoudite. Les autorités responsables dans le pays d'origine du visiteur doivent s'assurer que la vaccination a été réalisée de la manière suivante:

- les adultes et les enfants de plus de 2 ans ont reçu 1 dose de vaccin quadrivalent ACYW135;

B) *Pour les arrivées en provenance de pays faisant partie de la «ceinture» africaine de la méningite, à savoir*

Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Erythrée, Ethiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Mali, Niger, Nigéria, République centrafricaine, Sénégal, Soudan et Tchad.

- En plus des mesures mentionnées ci-dessus, une chimioprophylaxie sera administrée au point d'entrée à tous les visiteurs en provenance de ces pays afin de diminuer le nombre des porteurs parmi eux. Les adultes recevront des comprimés de Ciprofloxacin (500 mg), les enfants des comprimés de rifampicine et les femmes enceintes, de la ceftriaxone.

III. Poliomyélite

Le Ministère de la santé d'Arabie saoudite recommande que tous les voyageurs âgés de moins de 15 ans en provenance de pays affectés par la poliomyélite présentent un certificat de vaccination prouvant qu'ils ont reçu un vaccin antipoliomyélitique oral et ce, 6 semaines avant de postuler pour obtenir leur visa d'entrée. Quelle que soit leur situation vaccinale, tous les voyageurs âgés de moins de 15 ans se verront également administrer le vaccin antipoliomyélitique oral aux postes frontières à leur arrivée en Arabie saoudite.

Le Ministère de la santé d'Arabie saoudite recommande que tous les voyageurs en provenance du Nigéria, quel que soit leur âge, présentent un certificat de vaccination prouvant qu'ils ont reçu un vaccin antipoliomyélitique oral et ce, 6 semaines avant de postuler pour obtenir leur visa d'entrée. D'autre part, tous les voyageurs en provenance du Nigéria, peu importe leur situation vaccinale ou leur âge, se verront également administrer le vaccin antipoliomyélitique oral aux postes frontières à leur arrivée en Arabie saoudite.

L'OMS considère les pays suivants comme étant affectés par la poliomyélite (au 4 octobre 2006):

- Pays où la transmission de poliovirus sauvages autochtones est continue: Afghanistan, Inde, Nigéria, Pakistan.
- Pays où la transmission de poliovirus sauvages importés est continue: Angola, Bangladesh, Ethiopie, Namibie, Népal, Niger, République démocratique du Congo, Somalie.
- Pays où la circulation de poliovirus importés est récente: Indonésie, Soudan, Yémen.

IV. Vaccination contre la grippe

Le Ministère de la santé d'Arabie saoudite recommande aux pèlerins de se faire vacciner contre la grippe avant leur départ, notamment les personnes souffrant de maladies préexistantes (par exemple, les personnes âgées, les cardiaques, les personnes avec des maladies chroniques du cœur ou des poumons ou encore, souffrant d'hépatite ou d'insuffisance rénale).

V. Aliments

Il est formellement interdit aux visiteurs et aux pèlerins d'apporter avec eux des aliments en Arabie saoudite. ■

WHO web sites on infectious diseases Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses

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

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 27 October to 2 November 2006 / Notifications de maladies reçues du 27 octobre au 2 novembre 2006

Cholera / Choléra

| | Cases / Deaths Cas / Décès | |
|-------------------------|-------------------------------|----|
| Africa / Afrique | | |
| Angola | 28.IX-24.X | |
| | 1942 | 89 |
| Liberia/Libéria | 09-15.X | |
| | 251 | 1 |

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