



WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

RELEVÉ EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

26 NOVEMBER 1999 • 74th YEAR

<http://www.who.int/wer>74^e ANNÉE • 26 NOVEMBRE 1999

Global AIDS surveillance – Part I ¹			Surveillance mondiale du SIDA – Partie I ¹		
Table 1 Cumulative number of reported AIDS cases as of 15 November 1999			Tableau 1 Nombre cumulé de cas de SIDA signalés au 15 novembre 1999		
Country/area — Pays/territoire	Number of cases Nombre de cas	Date of report Date de notification	Country/area — Pays/territoire	Number of cases Nombre de cas	Date of report Date de notification
Africa — Afrique			Togo 10 827 08.03.99		
Algeria — Algérie	410	15.11.99	Uganda — Ouganda	54 712	31.03.99
Angola	2 433	26.03.99	United Republic of Tanzania — République-Unie de Tanzanie	112 052	11.08.99
Benin — Bénin	2 813	06.06.98	Zambia — Zambie	44 942	31.07.97
Botswana	10 142	10.06.99	Zimbabwe	74 782	30.11.98
Burkina Faso	13 518	11.06.99			
Burundi	12 014	30.06.99			
Cameroon — Cameroun	18 986	29.10.99	Total 794 444		
Cape Verde — Cap-Vert	269	29.01.99	Americas — Amériques		
Central African Republic — République centrafricaine	7 016	30.05.97	Anguilla	5	30.12.95
Chad — Tchad	10 121	03.06.99	Antigua and Barbuda — Antigua-et-Barbuda	96	31.05.99
Comoros — Comores	20	12.10.99	Argentina — Argentine	15 166	01.10.99
Congo	10 223	06.09.96	Bahamas	3 098	28.02.99
Côte d'Ivoire	49 532	30.08.99	Barbados — Barbade	1 043	16.09.99
Democratic Republic of the Congo — République démocratique du Congo	47 557	20.10.99	Belize	198	30.04.97
Equatorial Guinea — Guinée équatoriale	321	03.11.98	Bermuda — Bermudes	346	15.11.99
Eritrea — Érythrée	6 873	30.06.99	Bolivia — Bolivie	179	16.04.98
Ethiopia — Éthiopie	37 874	04.07.99	Brazil — Brésil	145 327	30.11.98
Gabon	1 660	31.12.97	British Virgin Islands — Îles Vierges britanniques	16	31.10.98
Gambia — Gambie	637	15.06.99	Canada	15 935	31.08.98
Ghana	29 546	20.05.99	Cayman Islands — Îles Caïmanes	24	31.05.99
Guinea — Guinée	5 307	14.06.99	Chile — Chili	2 821	31.03.99
Guinea-Bissau — Guinée-Bissau	823	31.10.96	Colombia — Colombie	8 433	31.12.97
Kenya	81 492	28.09.98	Costa Rica	1 580	15.11.99
Lesotho	7 317	31.12.98	Cuba	846	31.08.99
Liberia — Libéria	272	26.10.98	Dominica — Dominique	87	15.11.99
Madagascar	37	07.10.99	Dominican Republic — République dominicaine	4 733	10.09.99
Malawi	50 975	21.05.98	Ecuador — Équateur	872	28.02.98
Mali	5 263	14.10.99	El Salvador	2 378	15.11.99
Mauritania — Mauritanie	532	31.05.97	French Guiana — Guyane française	641	31.12.97
Mauritius — Maurice	50	12.11.99	Grenada — Grenade	103	30.11.97
Mozambique	10 863	25.03.99	Guadeloupe	790	31.12.97
Namibia — Namibie	6 784	31.03.97	Guatemala	3 392	31.08.99
Niger	3 644	11.06.99	Guyana	1 053	31.10.98
Nigeria — Nigéria	26 276	13.09.99	Haiti — Haïti	8 899	28.02.99
Reunion — Réunion	166	31.12.95	Honduras	8 217	28.01.98
Rwanda	15 903	31.12.97	Jamaica — Jamaïque	2 975	15.11.99
Sao Tome and Principe — Sao Tomé-et-Principe	70	14.10.99	Martinique	436	31.12.97
Senegal — Sénégal	2 688	30.09.99	Mexico — Mexique	39 675	31.05.99
Seychelles	32	09.06.99	Montserrat	8	31.05.99
Sierra Leone	317	21.08.98	Netherlands Antilles and Aruba — Antilles néerlandaises et Aruba	257	31.03.96
South Africa — Afrique du Sud	12 825	30.10.96	Nicaragua	182	15.11.99
Swaziland	3 528	15.07.99	Panama	1 942	15.11.99

¹ Part II will appear in No. 48 of 3 December 1999.¹ La Partie II paraîtra dans le N° 48 du 3 décembre 1999.

CONTENTS

SOMMAIRE

Global AIDS surveillance — Part I	401	Surveillance mondiale du SIDA — Partie I	401
Progress towards poliomyelitis eradication, WHO Eastern Mediterranean Region	405	Progrès vers l'éradication de la poliomyélite, Région OMS de la Méditerranée orientale	405
Influenza vaccines — Addendum to the recommended composition for the southern hemisphere in 2000	408	Vaccin antigrippal — Addendum à la composition recommandée pour l'hémisphère sud en 2000	408
Outbreak news	408	Le point sur les épidémies	408
Diseases subject to the Regulations	408	Maladies soumises au Règlement	408

Country/area — Pays/territoire	Number of cases Nombre de cas	Date of report Date de notification	Country/area — Pays/territoire	Number of cases Nombre de cas	Date of report Date de notification
Paraguay	424	15.07.98	Republic of Moldova — République de Moldova	23	02.11.99
Peru — Pérou	8 940	30.09.99	Romania — Roumanie	5 928	02.11.99
Saint Kitts and Nevis — Saint-Kitts-et-Nevis	58	08.09.97	Russian Federation — Fédération de Russie	395	02.11.99
Saint Lucia — Sainte-Lucie	111	28.02.99	San Marino — Saint-Marin	14	02.11.99
Saint Vincent and the Grenadines — Saint-Vincent-et-Grenadines	139	31.12.98	Slovakia — Slovaquie	22	02.11.99
Suriname	211	31.12.96	Slovenia — Slovénie	81	02.11.99
Trinidad and Tobago — Trinité-et-Tobago	2 613	02.07.97	Spain — Espagne	54 964	02.11.99
Turks and Caicos Islands — Îles Turques et Caïques	39	03.11.93	Sweden — Suède	1 663	02.11.99
United States of America — États-Unis d'Amérique	717 430	15.11.99	Switzerland — Suisse	6 641	02.11.99
Uruguay	1 193	22.09.99	The Former Yugoslav Republic of Macedonia — Ex-République yougoslave de Macédoine	29	02.11.99
Venezuela	7 282	24.04.98	Turkey — Turquie	304	02.11.99
Total	1 010 193		Turkmenistan — Turkménistan	1	30.11.95
Eastern Mediterranean — Méditerranée orientale			Ukraine	1 022	02.11.99
Afghanistan	—	17.10.99	United Kingdom — Royaume-Uni	16 437	02.11.99
Bahrain — Bahreïn	70	28.06.99	Uzbekistan — Ouzbékistan	7	02.11.99
Cyprus — Chypre	97	09.08.99	Yugoslavia, Federal Republic of ^a — Yougoslavie, République fédérale de ^a	806	02.11.99
Djibouti	1 783	06.04.99	Total	224 404	
Egypt	215	04.08.99	South-East Asia — Asie du Sud-Est		
Iran (Islamic Republic of) — Iran (République islamique d')	215	25.01.99	Bangladesh	10	31.03.98
Iraq	108	18.04.99	Bhutan — Bhoutan	0	30.11.96
Jordan — Jordanie	71	10.08.99	Democratic People's Republic of Korea — République populaire démocratique de Corée	0	30.11.96
Kuwait — Koweït	46	18.05.99	India — Inde	8 438	31.08.99
Lebanon — Liban	147	02.03.99	Indonesia — Indonésie	265	15.11.99
Libyan Arab Jamahiriya — Jamahiriya arabe libyenne	32	25.05.99	Maldives	5	30.04.97
Morocco	557	24.02.99	Myanmar	2 568	31.03.98
Oman	367	11.08.99	Nepal	261	30.06.99
Pakistan	173	24.05.99	Sri Lanka	93	11.02.99
Qatar	93	10.06.99	Thailand — Thaïlande	128 606	31.10.99
Saudi Arabia — Arabie saoudite	414	01.08.99	Total	140 246	
Somalia — Somalie	13	31.12.90	Western Pacific — Pacifique occidental		
Sudan — Soudan	2 735	05.10.99	American Samoa — Samoa américaines	0	27.09.98
Syrian Arab Republic — République arabe syrienne	65	28.07.99	Australia — Australie	8 140	30.06.99
Tunisia — Tunisie	519	21.07.99	Brunei Darussalam — Brunéi Darussalam	12	31.08.99
United Arab Emirates — Emirats arabes unis	8	28.02.91	Cambodia — Cambodge	4 834	30.06.99
West Bank and Gaza Strip — Cisjordanie et bande de Gaza	33	21.08.99	China — Chine	419	15.10.99
Yemen — Yémen	156	25.02.99	Cook Islands — Îles Cook	0	28.09.98
Total	7 917		Fiji — Fidji	8	11.08.98
Europe			Hong Kong Special Administrative Region of China — Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine	409	30.06.99
Albania — Albanie	11	02.11.99	Japan — Japon	2 066	27.06.99
Armenia — Arménie	15	02.11.99	Lao People's Democratic Republic — République démocratique populaire lao	105	07.10.99
Austria — Autriche	1 915	02.11.99	Macao	17	30.06.99
Azerbaijan — Azerbaïdjan	12	02.11.99	Malaysia — Malaisie	2 894	30.06.99
Belarus — Bélarus	23	02.11.99	Mongolia — Mongolie	1	04.08.99
Belgium — Belgique	2 599	02.11.99	Philippines	404	11.10.99
Bosnia and Herzegovina — Bosnie-Herzégovine	17	25.06.97	Republic of Korea — République de Corée	147	10.10.99
Bulgaria — Bulgarie	60	02.11.99	Singapore — Singapour	545	15.10.99
Croatia — Croatie	144	02.11.99	Viet Nam	2 736	07.08.99
Czech Republic — République tchèque	125	02.11.99	French Polynesia — Polynésie française	54	02.09.98
Denmark — Danemark	2 216	02.11.99	Guam	60	31.07.99
Estonia — Estonie	22	02.11.99	Kiribati	6	31.07.99
Finland — Finlande	294	02.11.99	Mariana Islands — Îles Mariannes	8	15.04.98
France	49 421	02.11.99	Marshall Islands — Îles Marshall	2	27.02.98
Georgia — Géorgie	27	02.11.99	Micronesia (Federated States of) — Micronésie (États fédérés de)	2	01.04.98
Germany — Allemagne	18 239	02.11.99	Nauru	—	20.10.97
Greece — Grèce	1 964	02.11.99	New Caledonia and Dependencies — Nouvelle-Calédonie et Dépendances	67	12.07.99
Hungary — Hongrie	328	02.11.99	New Zealand — Nouvelle-Zélande	681	30.06.99
Iceland — Islande	50	02.11.99	Niue	—	08.09.98
Ireland — Irlande	674	02.11.99	Palau — Palaos	1	28.02.98
Israel — Israël	548	02.11.99	Papua New Guinea — Papouasie-Nouvelle-Guinée	618	31.03.99
Italy — Italie	44 516	02.11.99	Samoa	6	28.09.98
Kazakhstan	25	02.11.99	Solomon Islands — Îles Salomon	—	03.08.97
Kyrgyzstan — Kirghizistan	27	30.06.98	Tokelau	—	02.09.97
Latvia — Lettonie	37	02.11.99	Tonga	14	03.09.98
Lithuania — Lituanie	26	02.11.99	Tuvalu	—	08.10.97
Luxembourg	139	02.11.99	Vanuatu	—	21.09.98
Malta — Malte	47	02.11.99	Wallis and Futuna Islands — Îles Wallis et Futuna ...	1	17.08.98
Monaco	40	30.11.99	Total	24 257	
Netherlands — Pays-Bas	5 054	02.11.99	World total — Total mondial	2 201 461	
Norway — Norvège	638	02.11.99			
Poland — Pologne	794	02.11.99			
Portugal	6 020	02.11.99			

^a Refers to states/areas of the former Socialist Federal Republic of Yugoslavia not otherwise listed separately. — Concerne les États/territoires de l'ancienne République fédérale socialiste de Yougoslavie qui ne sont pas cités séparément.

Global situation of the HIV/AIDS pandemic, end 1999

WHO and UNAIDS have estimated that by the end of 1999, 33.6 million people will be living with HIV/AIDS worldwide (*Map 1*). It is also estimated that during 1999, 5.6 million people (including 570 000 children aged <15) became infected; this is equivalent to almost 15 000 new infections per day. The relatively small increase in the number of people living with HIV/AIDS when compared to 1998, in spite of the large number of new infections, is explained by the availability of new data and the improvement in the estimation methodology which have led to a reduction in the 1998 estimated number of HIV infections for a few large countries in Asia and Latin America.

By the end of 1999, it is estimated that a total of 16.3 million adults and children (of which 2.6 million in 1999) will have died because of HIV/AIDS since the beginning of the epidemic. In 1999, approximately one-fifth of these deaths occurred in children, and 51% of the estimated adult deaths were in women.

As of 15 November 1999, a total of 2 201 461 AIDS cases had been officially reported to WHO (*Table 1*). This is an increase of 214 244 AIDS cases (or about 10%) compared to November 1998, the decline in AIDS cases in industrialized countries being offset by the increase in developing countries, particularly in sub-Saharan Africa. Nearly all countries have AIDS case-reporting systems in place, but the proportion of AIDS cases reported varies significantly. Caution should therefore be exercised in considering this information.

Situation mondiale de la pandémie de VIH/SIDA, fin 1999

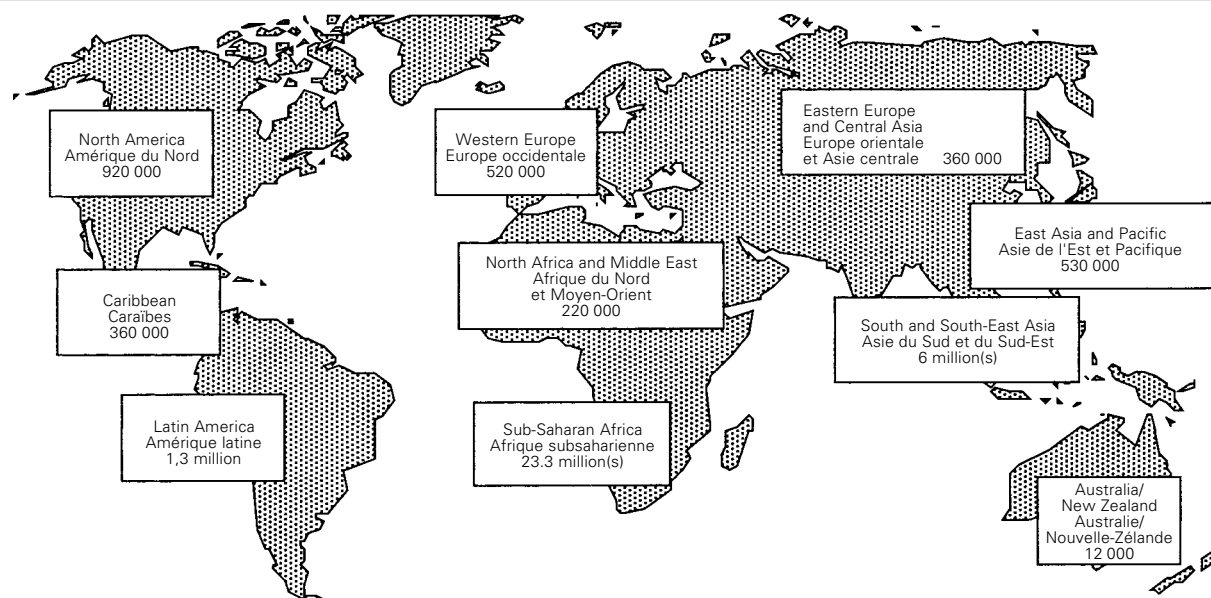
Selon l'OMS et l'ONUSIDA, 33,6 millions de personnes vivront avec le VIH/SIDA dans le monde à la fin de 1999 (*Carte 1*). On estime aussi que 5,6 millions de personnes (dont 570 000 enfants de <15 ans) ont été infectées en 1999, ce qui équivaut à 15 000 nouvelles infections par jour. L'augmentation relativement faible, par rapport à 1998, du nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA, malgré le grand nombre d'infections nouvelles, tient à la disponibilité de données nouvelles et à l'amélioration des méthodes d'évaluation qui s'est traduite par une réduction du nombre estimatif d'infections à VIH en 1998 pour quelques grands pays d'Asie et d'Amérique latine.

Fin 1999, on estime qu'au total 16,3 millions d'adultes et d'enfants (dont 2,6 millions en 1999) seront décédés des suites du VIH/SIDA depuis le début de l'épidémie. En 1999, le cinquième environ de ces décès concernait des enfants et, chez les adultes, on estime que 51% des décès concernaient des femmes.

Au 15 novembre 1999, le nombre total des cas de SIDA officiellement notifiés à l'OMS était de 2 201 461 (*Tableau 1*), soit une augmentation de 214 244 cas de SIDA (environ 10%) par rapport à novembre 1998, la baisse du nombre des cas de SIDA dans les pays industrialisés étant compensée par une hausse dans les pays en développement, en particulier en Afrique subsaharienne. Presque tous les pays se sont dotés de systèmes de notification des cas de SIDA mais la proportion des cas notifiés varie de façon significative. Ces informations doivent donc être traitées avec prudence.

Map 1 Estimated number of adults and children living with HIV/AIDS as of end 1999,^a by region

Carte 1 Nombre estimé d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH/SIDA à la fin 1999,^a par région



^a Global total: 33.6 million (may not add due to rounding). – Total mondial: 33,6 millions (les chiffres ayant été arrondis, leur somme ne correspond pas nécessairement au total).

Regional trends

Of the 5.6 million people infected with HIV in 1999, 3.8 million live in sub-Saharan Africa, the hardest-hit region (*Table 2*). There were an estimated 2.2 million HIV/AIDS deaths in the region during 1999 (85% of the global total), even though only one-tenth of the world population lives there. In addition, there are now more women than men among the 22.3 million adults and 1 million children estimated to be living with HIV/AIDS in sub-Saharan Africa.

Tendances régionales

Sur les 5,6 millions de personnes infectées par le VIH en 1999, 3,8 millions vivent en Afrique subsaharienne, région la plus touchée (*Tableau 2*). On estime à 2,2 millions le nombre de décès imputables au VIH/SIDA dans la région en 1999 (85% du total mondial), où ne vit pourtant qu'un dixième de la population mondiale. On estime qu'il y a maintenant plus de femmes que d'hommes parmi les 22,3 millions d'adultes et 1 million d'enfants qui vivent avec le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne.

Table 2 **Regional HIV/AIDS statistics and features, end-November 1999**Tableau 2 **Statistiques et caractéristiques régionales du VIH/SIDA, fin novembre 1999**

Region – Région	Adults and children living with HIV/AIDS Adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA (millions)	Adults and children newly infected with HIV Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH (millions)	Adult prevalence rate Taux de prévalence chez les adultes (%)	Women among HIV-positive adults Femmes parmi les adultes séropositifs pour le VIH (%)	Main modes of transmission ^a Principaux modes de transmission ^a
Sub-Saharan Africa – Afrique subsaharienne	23.3	3.8	8.0	55	Hetero
North Africa and Middle East – Afrique du Nord et Moyen-Orient	0.22	0.019	0.13	20	IDU, hetero
South and South-East Asia – Asie du Sud et du Sud-Est	6.0	1.3	0.69	30	Hetero
East Asia and Pacific – Asie de l'Est et Pacifique	0.53	0.12	0.068	15	IDU, hetero, MSM
Latin America – Amérique latine	1.3	0.15	0.57	20	MSM, IDU, hetero
Caribbean – Caraïbes	0.36	0.057	1.96	35	Hetero, MSM
Eastern Europe and Central Asia – Europe orientale et Asie centrale	0.36	0.095	0.14	20	IDU, MSM
Western Europe – Europe occidentale	0.52	0.03	0.25	20	MSM, IDU
North America – Amérique du Nord	0.92	0.044	0.56	20	MSM, IDU, hetero
Australia and New Zealand – Australie et Nouvelle-Zélande	0.012	0.0005	0.1	10	MSM, IDU
Total	33.6	5.6	1.1	46	

^a For adults living with HIV/AIDS: MSM = sexual transmission among men who have sex with men; IDU = transmission through injecting drug use; hetero = heterosexual transmission. – Chez les adultes vivant avec le VIH/SIDA: MSM = transmission sexuelle chez les hommes ayant des rapports homosexuels; IDU = transmission chez les consommateurs de drogues par injection; hetero: transmission hétérosexuelle.

Asia continues to have relatively low prevalence rates. Successful national programmes and the revision of previous estimates in a few large countries have contributed to the decrease in the estimated number of infections compared to 1998. There are an estimated 6 million adults and children living with HIV/AIDS in South-East Asia.

An estimated 1.7 million adults and children live with HIV in Latin America and the Caribbean. These are mainly men who have unprotected sex with other men, and injecting drug users who share needles.

In 1999, Eastern Europe and Central Asia have seen the sharpest increase in HIV infections. Most of the 360 000 people living with HIV/AIDS in these countries have been infected through injecting drug use.

In the industrialized countries of North America, Western Europe and the Pacific, the availability of anti-retroviral therapy has continued to reduce progression to AIDS, deaths and mother-to-child transmission of HIV. In most of these countries, however, the number of new HIV infections has remained relatively constant in recent years, with an estimated 1.5 million people living with HIV at the end of 1999.

In summary, HIV/AIDS continues to spread in all regions of the world but at very different rates. The situation is most dramatic in sub-Saharan Africa, where the number of AIDS cases will continue to rise well into the next century. The gap between rich and poor countries seems to be widening owing to the lack of access to effective therapies and to means for preventing mother-to-child transmission. On the other hand, the success in reducing AIDS mortality and perinatal infections in the industrialized countries cannot mask the failure of preventive programmes in reducing the rate of new HIV infections.

Les taux de prévalence en Asie restent relativement faibles. La réussite des programmes nationaux et la révision des estimations antérieures dans quelques grands pays ont en fait contribué à la réduction, par rapport à 1998, du nombre estimatif des infections. On estime à 6 millions le nombre des adultes et des enfants vivant avec le VIH/SIDA en Asie du Sud-Est.

Le nombre estimatif des adultes et des enfants vivant avec le VIH en Amérique latine et dans les Caraïbes est de 1,7 million. Ce sont principalement des hommes qui ont des rapports homosexuels non protégés et les consommateurs de drogue par injection qui échantent les seringues.

C'est en Europe orientale et en Asie centrale que l'augmentation du nombre des infections à VIH a été la plus sensible en 1999. La plupart des 360 000 personnes qui vivent avec le VIH/SIDA dans ces pays ont été infectées suite à la consommation de drogue par injection.

Dans les pays industrialisés d'Amérique du Nord, d'Europe occidentale et du Pacifique, les traitements antirétroviraux ont continué à freiner la progression du nombre des décès dus au SIDA et des cas de transmission mère-enfant du VIH. Dans la plupart de ces pays, cependant, le nombre des nouvelles infections à VIH est demeuré relativement constant ces dernières années, le nombre des personnes vivant avec le VIH fin 1999 étant estimé à 1,5 million.

En résumé, le VIH/SIDA continue de se propager partout dans le monde mais à des rythmes différents. C'est en Afrique subsaharienne, où le nombre des cas de SIDA continuera d'augmenter pendant encore une bonne partie du siècle prochain, que la situation est la plus dramatique. Le fossé entre pays riches et pays pauvres semble se creuser en raison du manque d'accès aux traitements efficaces et aux moyens permettant de prévenir la transmission mère-enfant. Par ailleurs, la réussite de la réduction de la mortalité due au SIDA et des infections périnatales dans les pays industrialisés ne peut masquer l'échec des programmes de prévention à réduire le taux des infections à VIH nouvelles.

Progress towards poliomyelitis eradication, WHO Eastern Mediterranean Region

January 1998-October 1999

In 1988, the WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean adopted a resolution to eradicate poliomyelitis from the region by the year 2000. Polio eradication strategies are being implemented in all countries of the region, including those that are war-torn, and acceleration of eradication activities in the polio-endemic countries is under way to stop poliovirus transmission rapidly. This article summarizes progress towards the eradication goal up to end October 1999.

Routine immunization coverage

In 1998, the reported regional coverage (23 countries/areas) with at least 3 doses of oral polio vaccine (OPV3 coverage) by 1 year of age was 82% (range: 24%-100%). OPV3 coverage of $\geq 90\%$ was reported from 16 countries; however, countries reporting coverage rates $< 90\%$ represent more than half of the total regional population. OPV3 coverage was reported to be 24% in Somalia, 35% in Afghanistan, 62% in Djibouti, 68% in Yemen, 72% in Sudan, 79% in Pakistan and 86% in Iraq. Officially reported immunization coverage in some countries may underestimate true coverage. Surveys in Afghanistan, Iraq and Pakistan have found coverage to be much lower than reported.

Supplementary immunization activities

During 1998 and 1999, NIDs¹ continued to be conducted in 19 of the 23 countries/areas of the region, including the first countrywide campaigns conducted in 1998 in Somalia and Sudan, covering the war-affected southern parts of each country.² Kuwait did not conduct NIDs in 1998, but will conduct them again in 1999. The Islamic Republic of Iran and Tunisia conducted targeted subnational campaigns in provinces at risk of poliovirus importation and/or with suboptimal immunization coverage, and NIDs have not been considered necessary in Cyprus. In 1999, wild poliovirus circulation has persisted and was still documented in Afghanistan, Egypt, Iraq, Pakistan, Somalia and Sudan. Wild virus circulation is suspected, but has not yet been documented, in Yemen. Accelerated immunization activities, which include improving the quality of all campaigns, additional rounds of NIDs or subnational campaigns, and intense house-to-house vaccination in high-risk areas, have been initiated in all remaining polio-endemic countries. For example, in early 1999, more than 11 million children were immunized during 2 rounds of a house-to-house immunization campaign in 3 provinces of Pakistan. Afghanistan and Iraq are conducting 2 pairs of NIDs in 1999.

Campaigns are coordinated among groups of contiguous countries within the Eastern Mediterranean Region, such as: Afghanistan, the Islamic Republic of Iran and Pakistan; the Islamic Republic of Iran, Iraq and the Syrian Arab Republic;³ between member states of the Gulf Cooperation Council; and between countries of the Maghreb Union (including Libyan Arab Jamahiriya, Morocco and

Progrès vers l'éradication de la poliomyélite, Région OMS de la Méditerranée orientale

Janvier 1998-octobre 1999

En 1988, le Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale a adopté une résolution visant l'éradication de la poliomyélite dans la région avant l'an 2000. Des stratégies d'éradication de la poliomyélite ont été mises en œuvre dans tous les pays de la région, y compris les pays en conflit, et les activités d'éradication dans les pays où la poliomyélite est endémique ont été accélérées pour interrompre rapidement la transmission du poliovirus. Le présent article résume les progrès accomplis dans le but de l'éradication jusqu'à fin octobre 1999.

Couverture par la vaccination systématique

En 1998, la couverture régionale déclarée (pour 23 pays/territoires) des enfants d'un an par au moins 3 doses de vaccin anti-poliomyélique oral (VPO3) était de 82% (extrêmes: 24%-100%). Une couverture par le VPO3 $\geq 90\%$ a été déclarée par 16 pays; les pays faisant état de taux de couverture $< 90\%$ représentent cependant plus de la moitié de la population de la région. La couverture déclarée par le VPO3 était de 24% en Somalie, 35% en Afghanistan, 62% à Djibouti, 68% au Yémen, 72% au Soudan, 79% au Pakistan et 86% en Iraq. La couverture vaccinale officielle dans certains pays peut sous-estimer la couverture réelle. Les enquêtes menées en Afghanistan, en Iraq et au Pakistan ont fait apparaître des taux de couverture sensiblement inférieurs aux valeurs signalées.

Activités de vaccination supplémentaires

En 1998 et 1999, 19 des 23 pays/territoires de la région ont continué d'organiser des JNV,¹ y compris les premières campagnes à l'échelle nationale menées en 1998 en Somalie et au Soudan qui ont couvert les parties sud de ces 2 pays, affectées par la guerre.² Le Koweït n'a pas organisé de JNV en 1998 mais en organisera à nouveau en 1999. La République islamique d'Iran et la Tunisie ont conduit des campagnes locales ciblées dans les provinces exposées au risque d'importation du poliovirus et/ou ayant une couverture vaccinale insuffisante, et des JNV n'ont pas été considérées comme nécessaires à Chypre. Le poliovirus sauvage a continué à circuler en 1999, comme en témoignent encore les données recueillies en Afghanistan, en Egypte, en Iraq, au Pakistan, en Somalie et au Soudan. La circulation du virus sauvage est suspectée, bien que pas encore étayée, au Yémen. Des activités de vaccination accélérées, incluant l'amélioration de la qualité de toutes les campagnes, des tournées supplémentaires de JNV ou des campagnes locales, et une intense vaccination porte-à-porte dans les zones à haut risque, ont été entreprises dans tous les pays d'endémie poliomyélique restants. Début 1999, par exemple, plus de 11 millions d'enfants ont été vaccinés pendant 2 tournées d'une campagne de vaccination porte-à-porte dans 3 provinces du Pakistan. L'Afghanistan et l'Iraq ont entrepris 2 séries de 2 tournées de JNV en 1999.

Les campagnes sont coordonnées entre groupes de pays limitrophes de la Région de la Méditerranée orientale, comme: l'Afghanistan, le Pakistan et la République islamique d'Iran; l'Iraq, la République islamique d'Iran et la République arabe syrienne;³ entre des Etats membres du Conseil de coopération des Etats arabes du Golfe et entre des pays de l'Union du Maghreb arabe (Jamahiriya arabe libyenne, Maroc et Tunisie). Dans un certain

¹ Mass campaigns over a short period (days) in which 2 doses of OPV are administered to all children in the target age group (usually aged < 5 years), regardless of previous immunization history, with an interval of 4-6 weeks between doses.

² See No. 30, 1999, pp. 246-252.

³ See No. 30, 1998, pp. 225-229.

¹ Campagnes systématiques de quelques jours pendant lesquelles 2 doses de VPO sont administrées à tous les enfants du groupe d'âge cible (d'ordinaire < 5 ans), quels que soient les antécédents vaccinaux, à un intervalle de 4-6 semaines.

² Voir N° 30, 1999, pp. 246-252.

³ Voir N° 30, 1998, pp. 225-229.

Tunisia). NIDs in a number of countries have been coordinated with countries in the adjoining European and African regions under "Operation MECACAR" and the cross-border coordination initiative for countries in the Horn of Africa, respectively. NIDs in Pakistan have been synchronized with the campaigns in South Asia.⁴

Surveillance

By mid-1998, all countries/areas of the region (except Djibouti) had established acute flaccid paralysis (AFP) surveillance; 15 countries/areas (Bahrain, Cyprus, Egypt, Islamic Republic of Iran, Iraq, Jordan, Kuwait, Lebanon, Libyan Arab Jamahiriya, Oman, Qatar, Saudi Arabia, Syrian Arab Republic, Tunisia, West Bank and Gaza strip) had achieved or exceeded the WHO-established minimum AFP reporting rate indicative of a sensitive surveillance system (≥ 1 non-polio AFP case per 100 000 children aged < 15 years) during 1998. Among the 8 remaining countries, the annualized non-polio AFP reporting rates during 1999 have exceeded 1 in Afghanistan, Pakistan, United Arab Emirates and Yemen. The regional average reporting rates for non-polio AFP in 1998 and 1999 are 0.88 and 1.08, respectively. During 1998 and 1999, 2 adequate⁵ stool samples have been collected from 64% and 68% of the reported AFP cases in the region, respectively. During the preceding 22 months, 6 countries (Cyprus, Kuwait, Oman, Saudi Arabia, Syrian Arab Republic and Tunisia) achieved the WHO-recommended target of collecting 2 adequate stool specimens from at least 80% of AFP cases. Despite high national average figures for performance indicators of AFP surveillance during 1997 and 1998 in Egypt and Iraq, circulation of wild poliovirus type 3 in Egypt and type 1 in Iraq continued undetected for a period of more than 24 months.

Laboratory network

The laboratory network of the Eastern Mediterranean Region consists of 12 laboratories (8 national and 4 regional reference laboratories). During 1998 all network laboratories, except those in Iraq and Sudan, were accredited by WHO. Based on improved performance, the laboratories in Iraq and Sudan have received provisional accreditation for the first time in 1999. As of end October 1999, 3 445 stool specimens from 1 800 (99%) of 1 824 AFP cases reported from 22 countries/areas in the region underwent laboratory investigation in a WHO network laboratory. Laboratory results were reported on time (within 28 days of receipt of specimen) for 80% of stool specimens. The regional average non-polio enterovirus isolation rate (an indicator of the adequacy of laboratory technique and specimen handling and transport) was 9%; 93% of the specimens were received in the laboratory in good condition. Genetic sequence analyses are now routinely performed on all wild poliovirus isolates in the region. The information has provided evidence of progress towards eradication and has enabled identification of virus reservoirs, establishment of virus transmission links and cross-border importations, and detection of laboratory contamination.⁶

Incidence of polio

From 1988 to October 1999, the number of confirmed cases of polio in the region decreased by 81%, from

⁴ See No. 26, 1998, pp. 197-200 and No. 12, 1999, pp. 90-93.

⁵ Adequate stool sample is defined as: 2 stool specimens collected at an interval of at least 24 hours within 14 days of paralysis onset.

⁶ See No. 48, 1998, pp. 377-380.

nombre de pays, les JNV ont été coordonnées avec des pays des régions limitrophes – Europe et Afrique – dans le cadre de l'Opération MECACAR et de l'initiative de coordination transfrontalière pour les pays de la Corne de l'Afrique, respectivement. Les JNV au Pakistan ont été synchronisées avec les campagnes dans le sud de l'Asie.⁴

Surveillance

A la mi-1998, tous les pays/territoires de la région (sauf Djibouti) avaient instauré une surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA); 15 pays/territoires (Arabie saoudite, Bahreïn, Chypre, Cisjordanie et bande de Gaza, Egypte, Iraq, Jamahiriya arabe libyenne, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Qatar, République arabe syrienne, République islamique d'Iran, Tunisie) avaient atteint ou dépassé le taux minimal de notification de la PFA fixé par l'OMS, signe d'un système de surveillance sensible (≥ 1 cas de PFA non poliomyélitique pour 100 000 enfants < 15 ans) en 1998. Dans les 8 pays restants, les taux de PFA non poliomyélitique annuels notifiés en 1999 étaient supérieurs à 1 en Afghanistan, dans les Emirats arabes unis, au Pakistan et au Yémen. Les taux régionaux moyens de notification de la PFA non poliomyélitique en 1998 et 1999 étaient de 0,88 et 1,08, respectivement. En 1998 et 1999, 2 prélèvements corrects d'échantillons de selles⁵ ont été faits pour 64% et 68% des cas de PFA notifiés dans la région, respectivement. Au cours des 22 mois précédents, 6 pays (Arabie saoudite, Chypre, Koweït, Oman, République arabe syrienne et Tunisie) ont atteint la cible recommandée par l'OMS, à savoir la collecte de prélèvements corrects pour au moins 80% des cas de PFA. Malgré les valeurs nationales moyennes élevées des indicateurs de résultat de la surveillance de la PFA en 1997 et 1998 en Egypte et en Iraq, le poliovirus sauvage de type 3 en Egypte et de type 1 en Iraq a continué à circuler pendant plus de 24 mois sans être détecté.

Réseau de laboratoires

Le réseau de laboratoires de la Région de la Méditerranée orientale comprend 12 laboratoires (8 laboratoires nationaux et 4 laboratoires de référence régionaux). En 1998, tous les laboratoires du réseau, sauf ceux de l'Iraq et du Soudan, ont été accrédités par l'OMS. Vu l'amélioration de leurs résultats, les laboratoires de l'Iraq et du Soudan ont été provisoirement accrédités pour la première fois en 1999. Fin octobre 1999, 3 445 échantillons de selles prélevés pour 1 800 (99%) des 1 824 cas de PFA notifiés par 22 pays/territoires de la région ont été examinés dans un laboratoire du réseau OMS. Les résultats des examens ont été communiqués dans les délais requis (dans les 28 jours suivant la réception des échantillons) pour 80% des échantillons. Le taux régional moyen d'isolement de l'entérovirus non poliomyélitique (indicateur de l'adéquation des techniques de laboratoire et de la manipulation et du transport des échantillons) était de 9%; 93% des échantillons reçus dans le laboratoire étaient en bon état. L'analyse de la séquence génétique est maintenant effectuée systématiquement sur tous les isollements de poliovirus sauvage dans la région. Les informations obtenues témoignent des progrès de l'éradication et elles ont permis de localiser des réservoirs de virus, d'établir des liens de transmission du virus et l'importation de virus, et de détecter des cas de contamination en laboratoire.⁶

Incidence de la poliomyélite

Entre 1988 et octobre 1999, le nombre de cas confirmés de poliomyélite dans la région a baissé de 81%, de 2 342 cas à 446.

⁴ Voir N° 26, 1998, pp. 197-200 et N° 12, 1999, pp. 90-93.

⁵ Un prélèvement correct d'échantillons de selles est défini comme 2 échantillons de selles recueillis à au moins 24 heures d'intervalle dans les 14 jours suivant le début de la paralysie.

⁶ Voir N° 48, 1998, pp. 377-380.

2 342 to 446. Of 23 countries/areas, 15 reported zero polio cases during 1999. Since 1996, only 5 countries (Afghanistan, Egypt, Iraq, Pakistan and Sudan) have reported cases with indigenous strains of wild poliovirus. The last virologically confirmed case of polio in Egypt had onset in March 1999. Epidemiological and viral genetic sequence data suggest that indigenous strains of wild poliovirus in the Islamic Republic of Iran were probably eliminated before 1997, and that the strains isolated during 1997-1999 represent importations from neighbouring Afghanistan and Pakistan. Wild poliovirus has not been isolated in Somalia, where there is a functioning surveillance system in the north, or from AFP cases reported in Yemen during 1998 and 1999. During 1998 and 1999, Pakistan – the most populous country in the region – continued to report the largest number of cases and contributed nearly 60% of the total number of cases in the region. Wild poliovirus type 2 has not been isolated in the region since 1997.

Countries in the Eastern Mediterranean Region with high-quality AFP surveillance that have been polio-free for several years have begun to prepare documentation for review by the Regional Commission for Certification of Polio Eradication. In late 1999, the Commission will review documentation from 5 countries.

Editorial note. Remarkable progress towards polio eradication has occurred in the Member States of the Region since 1988. Most countries are now polio-free, have high-quality AFP surveillance, and are experiencing a rapid decrease in the intensity of virus transmission in polio-endemic countries. Supplementary immunization campaigns and AFP surveillance have been implemented nationwide in all countries, including those affected by conflict, such as Afghanistan, Somalia and Sudan.⁷

Countries with low OPV3 coverage, armed conflict, high population density, poor sanitation and weak or absent health infrastructures pose formidable obstacles to the timely interruption of virus transmission. Accelerated activities to stop virus transmission by the end of 2000 have been planned and initiated in 7 countries known or suspected to be polio-endemic. Efforts have focused on improving the quality of immunization campaigns through advance preparation, better planning at the local level, extensive supervision, house-to-house immunization, community mobilization and heightened political commitment. AFP surveillance is being strengthened through regular active surveillance in major health facilities, designation and training of responsible staff, and strong central coordination and supervision.

A rapid reduction in virus transmission during the summer of 1999 in Egypt and parts of Pakistan followed intensified campaigns in the spring of 1999. AFP surveillance quality improved considerably in Pakistan and Yemen, following the training of designated staff and the implementation of regular active surveillance at lower administrative levels. Undetected circulation of wild poliovirus type 3 in Egypt and of wild virus type 1 in Iraq for periods of 24 months and more highlighted the critical importance of maintaining high-quality surveillance even at the subnational level.

Successful implementation of accelerated activities will require stronger and more effective political commitment from the highest level within the countries.⁸ Moreover,

Sur 23 pays/territoires, 15 ont déclaré l'absence de cas de poliomyélite en 1999. Depuis 1996, 5 pays seulement (Afghanistan, Égypte, Iraq, Pakistan et Soudan) ont signalé des cas avec des souches indigènes de poliovirus sauvage. Le dernier cas de poliomyélite confirmé à l'examen virologique en Égypte était apparu en mars 1999. Les données épidémiologiques et sur la séquence génétique du virus indiquent que les souches indigènes de poliovirus sauvage en République islamique d'Iran ont probablement été éliminées avant 1997 et que les souches isolées en 1997-1999 ont été importées de l'Afghanistan et du Pakistan voisins. Le poliovirus sauvage n'a pas été isolé en Somalie, où un système de surveillance fonctionne dans le nord, ni chez les cas de PFA déclarés au Yémen en 1998 et 1999. En 1998 et 1999, le Pakistan, le pays le plus peuplé de la région, a continué à déclarer les cas les plus nombreux, soit près de 60% du nombre total des cas dans la région. Le poliovirus sauvage de type 2 n'a pas été isolé dans la région depuis 1997.

Les pays de la Méditerranée orientale qui assurent une surveillance de la PFA de qualité et qui sont exempts de poliomyélite depuis plusieurs années ont commencé à constituer le dossier qui sera soumis à la Commission régionale en vue de la certification de l'éradication de la poliomyélite. Fin 1999, la Commission examinera les dossiers de 5 pays.

Note de la rédaction. Des progrès remarquables ont été faits dans les Etats Membres de la Région depuis 1988 dans la perspective de l'éradication de la poliomyélite. La plupart des pays sont maintenant exempts de poliomyélite, ils ont une surveillance de la PFA de qualité et la transmission du virus dans les pays d'endémie perd rapidement de son intensité. Des campagnes de vaccination supplémentaires et une surveillance de la PFA à l'échelle nationale ont été mises en place dans tous les pays, y compris les pays affectés par des conflits tels que l'Afghanistan, la Somalie et le Soudan.⁷

Les pays avec une faible couverture par le VPO3, des conflits armés, une forte densité de population, un assainissement médiocre et des infrastructures sanitaires faibles ou absentes sont un formidable obstacle à l'interruption de la transmission du virus dans les délais fixés. Des activités accélérées visant à interrompre la transmission du virus avant la fin de 2000 ont été planifiées et commencées dans 7 pays où l'endémicité de la poliomyélite est avérée ou suspectée. Les efforts ont porté sur l'amélioration de la qualité des campagnes de vaccination et de la planification au niveau local, un encadrement généralisé, la vaccination porte-à-porte, la mobilisation de la communauté et un engagement politique accru. La surveillance de la PFA est renforcée par une surveillance active régulière dans les principaux établissements de santé, par la nomination et la formation de personnel responsable et par une coordination et un encadrement rigoureux au niveau central.

Les campagnes intensifiées organisées au printemps 1999 ont été suivies d'une baisse rapide de la transmission du virus pendant l'été 1999 en Égypte et dans certaines parties du Pakistan. La qualité de la surveillance de la PFA a été considérablement améliorée au Pakistan et au Yémen, après la formation du personnel désigné et la mise en œuvre de la surveillance active régulière aux niveaux administratifs inférieurs. La circulation non détectée du poliovirus sauvage de type 3 en Égypte et du virus sauvage de type 1 en Iraq pendant des périodes de 24 mois et plus a mis en lumière l'importance capitale que revêt le maintien de la qualité de la surveillance, même au niveau local.

La réussite des activités accélérées nécessitera un engagement politique renforcé et plus efficace au plus haut niveau dans les pays.⁸ Il conviendrait en outre de consolider les partenariats entre

⁷ See No. 30, 1999, pp. 246-252 and No. 38, 1999, pp. 316-320.

⁸ Support to the polio eradication activities in the Eastern Mediterranean Region is mainly provided by the countries concerned; the governments of Canada, Denmark, Italy, Japan, Norway and the United Kingdom; the United Nations Foundation; Rotary International; and the United States Centers for Disease Control and Prevention.

⁷ Voir N° 30, 1999, pp. 246-252 et N° 38, 1999, pp. 316-320.

⁸ Les activités d'éradication de la poliomyélite dans la Région de la Méditerranée orientale sont soutenues principalement par les pays concernés, les gouvernements du Canada, du Danemark, de l'Italie, du Japon, de la Norvège et du Royaume-Uni; la Fondation des Nations Unies; Rotary International et les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis.

further consolidation of partnerships is needed among WHO, UNICEF, other UN agencies and nongovernmental organizations (NGOs), particularly in areas of the region without any recognized governments. Substantial additional human and financial resources must be provided by governments, communities and local NGOs in areas without strong government, and by the global coalition of polio eradication partners, in order to reach the eradication goal.

Influenza vaccines

Addendum to the recommended composition of influenza virus vaccines for use in the southern hemisphere in 2000

On 1 October 1999, WHO made a recommendation on the composition of the influenza vaccine for use in 2000 in the southern hemisphere.¹ This recommendation remains valid. However, attempts by several laboratories to produce an A/Moscow/10/99-like vaccine strain with suitable antigenic properties and with a yield appropriate for vaccine production have to date been unsuccessful. At present therefore, it is not possible for manufacturers to include the recommended H3N2 component in vaccines to be available at the beginning of the southern hemisphere winter. In these circumstances and since a majority of recent isolates are antigenically closely related to A/Sydney/5/97, it is acceptable that vaccines to be used in the 2000 season in southern hemisphere countries contain a high-yield A/Sydney/5/97-like virus as the A(H3N2) component.

¹ See No. 39, 1999, pp. 321-325.

Outbreak news

Legionellosis, Belgium. An outbreak of legionnaires' disease was reported following a trade fair which took place in Kapellen between 29 October and 7 November. Out of 80 persons who developed clinical symptoms, 13 had positive urinary tests (including 4 who died). Initial investigation suggests that whirlpool baths exhibited at the show are the most likely origin of the infection.

Yellow fever, United States of America. A 48-year-old unvaccinated man travelling in Bolívar state (Venezuela) became ill on 23 September and returned to California on 25 September. He was hospitalized on 27 September with fulminant hepatitis and renal failure, and died on 4 October. Yellow fever was confirmed by immunohistochemistry and PCR. The Venezuelan authorities were informed and a field investigation is under way. This event serves once more to illustrate the vital importance for travellers to have yellow fever vaccination before visiting endemic areas.

l'OMS, l'UNICEF, d'autres institutions des Nations Unies et des organisations non gouvernementales (ONG), en particulier dans des zones de la région sans gouvernement reconnu. D'importantes ressources humaines et financières supplémentaires doivent être fournies par les gouvernements, les communautés et les ONG locales dans les zones sans gouvernement fort, et par la coalition mondiale des partenaires pour l'éradication de la poliomyélite, afin d'atteindre le but.

Vaccin antigrippal

Addendum à la composition recommandée du vaccin antigrippal destiné à être utilisé dans l'hémisphère sud en 2000

Le 1^{er} octobre 1999, l'OMS a fait une recommandation concernant la composition du vaccin antigrippal destiné à être utilisé en 2000 dans l'hémisphère sud.¹ Cette recommandation reste valable. Cependant, les tentatives faites par un certain nombre de laboratoires pour préparer une souche vaccinale analogue à A/Moscow/10/99 dotée des propriétés antigéniques voulues et avec un rendement suffisant pour la production d'un vaccin se sont soldées par un échec jusqu'à ce jour. Il n'est donc pas possible actuellement pour les producteurs d'inclure le constituant H3N2 recommandé dans les vaccins qui doivent être disponibles au début de l'hiver austral. Compte tenu de ces circonstances, et vu que la majorité des isollements récents sont antigéniquement proches de A/Sydney/5/97, il est acceptable que les vaccins devant être utilisés pour la saison 2000 dans les pays de l'hémisphère sud contiennent, pour ce qui est du constituant A(H3N2), un virus analogue à A/Sydney/97 de fort rendement.

¹ Voir N°39, 1999, pp. 321-325.

Le point sur les épidémies

Légionellose, Belgique. Une flambée de maladie des légionnaires a été signalée suite à une foire commerciale tenue à Kapellen entre le 29 octobre et le 7 novembre. Sur 80 personnes ayant des signes cliniques, 13 avaient des tests urinaires positifs (dont 4 qui sont décédés). L'enquête préliminaire suggère que des bains à jacuzzi exposés à la foire seraient l'origine la plus plausible de l'infection.

Fièvre jaune, Etats-Unis d'Amérique. Un homme de 48 ans non vacciné voyageant dans l'état de Bolívar (Venezuela) est tombé malade le 23 septembre et est rentré en Californie le 25 septembre. Il a été hospitalisé le 27 septembre souffrant d'une hépatite fulminante et d'insuffisance rénale, et est décédé le 4 octobre. La fièvre jaune a été confirmée par immunohistochimie et PCR. Les autorités du Venezuela ont été informées et une enquête est en cours sur le terrain. Cet événement illustre une fois de plus l'importance vitale pour les voyageurs de se faire vacciner contre la fièvre jaune avant de visiter des zones endémiques.

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS

MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT

Notifications received from 19 to 25 November 1999

C – cases, D – deaths, ... – data not yet received,
i – imported, r – revised, s – suspect

Cholera • Choléra			
Africa • Afrique			
	C	D	
Madagascar	1.X-9.XI		
.....	1 109	48	

Plague • Peste			
Americas • Amériques			
	C	D	
United States of America – Etats-Unis d'Amérique	15-16.IX		
New Mexico State			
San Juan County	1	0	
Valencia County	1	0	

Notifications reçues du 19 au 25 novembre 1999

C – cas, D – décès, ... – données non encore disponibles,
i – importé, r – révisé, s – suspect

Yellow fever • Fièvre jaune			
Americas • Amériques			
	C	D	
United States of America ¹ – Etats-Unis d'Amérique ¹		25.IX	
.....	1i	0	

¹ See note above. – Voir note ci-dessus.