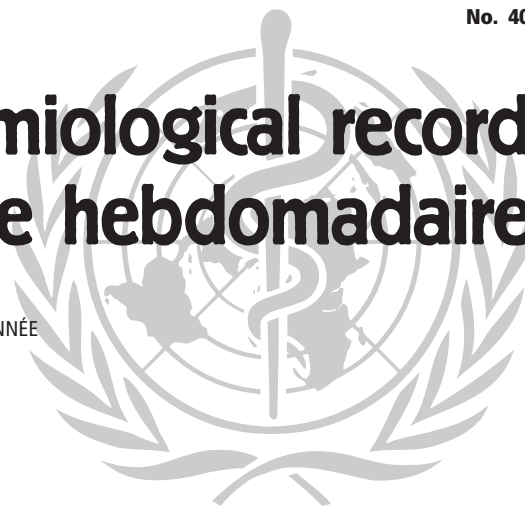


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

5 OCTOBER 2001, 76th YEAR / 5 OCTOBRE 2001, 76^e ANNÉE

No. 40, 2001, 76, 309–316

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

Contents

- 309 Outbreak news
- 310 Cholera, West Africa (update)
- 311 Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2002 influenza season
- 314 Responding to the deliberate use of biological agents as weapons
- 316 HIV/AIDS and sexually transmitted infections
- 316 Influenza
- 316 International Health Regulations

Sommaire

- 309 Le point sur les épidémies
- 310 Choléra, Afrique de l'Ouest (mise à jour)
- 311 Composition recommandée des vaccins antigrippaux pour la saison 2002
- 314 Faire face à l'utilisation délibérée d'agents biologiques en tant qu'armes
- 316 VIH/SIDA et infections sexuellement transmissibles
- 316 Grippe
- 316 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. fr. / Fr. s. 230.–

6.500 1.2001
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Yellow fever, Guinea. As of 24 September, the Ministry of Health had reported 18 suspected cases (of which 2 have been laboratory-confirmed) and 2 deaths in Conakry. In addition, 11 suspected cases have been reported in N'zerekore region. The supply of reagents for yellow fever diagnostic tests has been depleted and samples have been sent to the *Institut Pasteur* in Paris (France) for testing.

The Ministry has established a national epidemic committee, with the participation of WHO, UNICEF, the governments of Canada and France, *Médecins sans frontières*, the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies and the Guinean Red Cross.

A treatment centre has been set up in Donka national hospital, surveillance has been reinforced and vector-control activities are under way in the affected quarters of Conakry.

Yellow fever, Côte d'Ivoire (update).¹ As of 29 September, the Ministry of Health had reported 174 suspected cases (of which 23 are laboratory-confirmed) and 20 deaths for the country as a whole. In Abidjan, a total of 47 suspected cases (of which 7 are laboratory-confirmed) and 7 deaths have been reported.

Active surveillance is taking place and surveillance programmes for adverse events following vaccination have been established, along with vector-control activities.

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Fièvre jaune, Guinée. Au 24 septembre, le Ministère de la santé avait signalé 18 cas présumés (dont 2 ont été confirmés en laboratoire) et 2 décès à Conakry. En outre, 11 cas présumés ont été signalés dans la région de N'zerekore. Les réactifs pour les tests diagnostiques de la fièvre jaune manquent et des échantillons ont été envoyés à l'Institut Pasteur de Paris (France) pour effectuer des tests.

Le Ministère a établi un comité national contre l'épidémie, avec la participation de l'OMS, de l'UNICEF, des gouvernements du Canada et de la France, de Médecins sans frontières, de la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et de la Croix-Rouge de Guinée.

Un centre de soins a été mis en place à l'hôpital national de Donka, la surveillance a été renforcée et les activités de lutte contre les vecteurs sont en cours dans les quartiers touchés de Conakry.

Fièvre jaune, Côte d'Ivoire (mise à jour).¹ Au 29 septembre, le Ministère de la santé avait signalé 174 cas présumés (dont 23 confirmés en laboratoire) et 20 décès pour l'ensemble du pays. A Abidjan, on a signalé un total de 47 cas présumés (dont 7 ont été confirmés en laboratoire) et de 7 décès.

Une surveillance active est en cours et des programmes de surveillance des manifestations postvaccinales indésirables ont été mis en place, ainsi que des activités de lutte contre les vecteurs.

¹ See No. 39, 2001, p. 301.

¹ Voir N° 39, 2001, p. 301.

A mass vaccination campaign began in Abidjan on 21 September. It was interrupted for two days owing to lack of vaccine, and resumed on 30 September. A total of 820 000 doses ordered by the government of Côte d'Ivoire were delivered, as well as an additional 300 000 doses provided by WHO. As a result, by the end of September, 2 358 132 people had been vaccinated in the city. Vaccination coverage represents 71.4% of the population estimated at the outset. ■

Une campagne de vaccination de masse a débuté à Abidjan le 21 septembre. Après un arrêt de deux jours suite au manque de vaccins, elle a repris le 30 septembre. Un total de 820 000 doses de vaccin commandées par le gouvernement de Côte d'Ivoire ont été livrées, ainsi que 300 000 doses supplémentaires fournies par l'OMS. Par conséquent, 2 358 132 personnes avaient été vaccinées fin septembre dans la ville. La couverture vaccinale se situe à 71,4% de la population estimée au départ. ■

Cholera, West Africa (update)¹

The ministries of health of Burkina Faso and Côte d'Ivoire have reported updated figures to WHO. Please note that the increase in the total number of cases since the previous report does not necessarily indicate that the increase occurred during this period. Rather, it is the result of late reporting of data. A new report has been submitted by Guinea.

Burkina Faso. Between 14 July and 16 September, 314 cases (including 6 deaths) were reported in the district of Ourgaye, Tenkodogo region, situated in the southern part of the country near the border with Togo. The case-fatality rate was 1.9%. Laboratory tests have confirmed *Vibrio cholerae*. The Ministry of Health is taking preventive measures.

Côte d'Ivoire. As of 21 September, 3 152 cases (including 175 deaths) had been reported between May and September for the country as a whole. A total of 2 012 cases (including 51 deaths) had been reported in Abidjan. The Ministry of Health, supported by *Médecins sans frontières* and Epicentre (France), is carrying out treatment and implementing measures to control the outbreak.

Guinea. Between 6 August and 23 September, 155 cases (including 12 deaths) were reported in N'zerekore region in the south-eastern part of the country, bordering on Côte d'Ivoire to the east and Liberia to the south. The Ministry of Health, supported by WHO and the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, is working to improve the supply of safe water, providing health education and implementing preventive measures. ■

¹ See No. 38, 2001, p. 300.

Choléra, Afrique de l'Ouest (mise à jour)¹

Les ministères de la santé du Burkina Faso et de Côte d'Ivoire ont signalé à l'OMS des chiffres mis à jour. Il faut noter que l'augmentation du nombre total des cas depuis le précédent rapport n'indique pas nécessairement que l'augmentation ait eu lieu pendant cette période. Ceci reflète plutôt une notification tardive des données. Un nouveau rapport a été soumis par la Guinée.

Burkina Faso. Entre le 14 juillet et le 16 septembre, 314 cas (dont 6 décès) ont été signalés dans le district de Ourgaye, région de Tenkodogo, située dans la partie méridionale du pays près de la frontière du Togo. Le taux de létalité était de 1,9%. Les tests de laboratoire ont confirmé la présence de *Vibrio cholerae*. Le Ministère de la santé a pris des mesures préventives.

Côte d'Ivoire. Au 21 septembre, 3 152 cas (dont 175 décès) ont été signalés entre mai et septembre pour l'ensemble du pays. Au total 2 012 cas (dont 51 décès) ont été signalés à Abidjan. Le Ministère de la santé, soutenu par Médecins sans frontières et Epicentre (France), prodigue des soins et met en œuvre des mesures de lutte contre la flambée.

Guinée. Entre le 6 août et le 23 septembre, 155 cas (dont 12 décès) ont été signalés dans la région de N'zerekore dans la partie sud-est du pays, à la frontière de la Côte d'Ivoire à l'est et du Libéria au sud. Le Ministère de la santé, soutenu par l'OMS et la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, s'attache à améliorer l'approvisionnement en eau saine, fournir une éducation sanitaire et mettre en œuvre des mesures de prévention. ■

¹ Voir N° 38, 2001, p. 300.

Renewal of paid subscriptions

To ensure that you continue to receive the *Weekly epidemiological record* without interruption, do not forget to renew your subscription for 2002. This can be done through your sales agent. For countries without appointed sales agents, please write to: World Health Organization, Marketing and Dissemination, 1211 Geneva 27, Switzerland (fax: [41-22] 791 48 57; email: bookorders@who.ch). Be sure to include your subscriber identification number from the mailing label.

The annual subscription rate will remain unchanged, at Sw.fr. 230.– (in developing countries: Sw.fr. 161.–).

Renouvellement des abonnements payants

Pour continuer de recevoir sans interruption le *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, n'oubliez pas de renouveler votre abonnement pour 2002. Cela peut être fait par votre dépositaire. Pour les pays où un dépositaire n'a pas été désigné, veuillez écrire à l'Organisation mondiale de la Santé, Marketing et Diffusion, 1211 Genève 27, Suisse (fax: [41-22] 791 48 57; email: bookorders@who.ch). N'oubliez pas de préciser le numéro d'abonnement figurant sur l'étiquette d'expédition.

Le prix de l'abonnement annuel restera inchangé, à Fr.s. 230.– (dans les pays en développement: Fr.s. 161.–).

Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2002 influenza season

This recommendation relates to the composition of vaccines for the forthcoming winter in the southern hemisphere (May-October 2002). A recommendation will be made in February 2002, which relates to vaccines that will be used for the winter in the northern hemisphere (November 2002-April 2003). Epidemiological considerations will influence which recommendation is more appropriate for countries in equatorial regions.

Influenza activity, March-September 2001

Between March and September 2001, influenza was reported in Africa, the Americas, Asia, Europe and Oceania. Outbreaks of influenza continued to be reported in several countries in the northern hemisphere.¹ Overall, reported influenza activity during this period was mild to moderate. In Thailand, outbreaks occurred from June to August. In the southern hemisphere outbreaks were reported in Chile, Mauritius and New Zealand during May, in Argentina, Brazil and South Africa in June and in Paraguay in July. Outbreaks were also reported in Ecuador, Madagascar and Peru.

Influenza A and B viruses cocirculated in many countries. Influenza A(H1N1) viruses continued to be associated with most of the outbreaks. The presence of influenza A(H3N2) viruses increased during this period in some countries. Influenza B viruses predominated in several countries.

Influenza A(H1N1)

Outbreaks of influenza A(H1N1) occurred in the Americas (Brazil, Canada, Peru and the United States), Asia (Thailand) and Oceania (New Zealand). Influenza A(H1N1) viruses were also isolated in Africa (Egypt, Morocco, Senegal), Asia (China, Hong Kong Special Administrative Region of China, Indonesia, Japan, Philippines, Republic of Korea, Saudi Arabia), Europe (Croatia, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Israel, Italy, Latvia, Norway, Portugal, Romania, Russian Federation, Spain, Sweden, Switzerland) and Oceania (Australia and New Caledonia).

Influenza A(H3N2)

Outbreaks due to influenza A(H3N2) occurred in Africa (Madagascar, South Africa) and the Americas (Argentina, Chile). Influenza A(H3N2) viruses were also isolated in Africa (Senegal), the Americas (Brazil, Ecuador, the United States), Asia (China, Hong Kong Special Administrative Region of China, Indonesia, Islamic Republic of Iran, Japan, Republic of Korea, Singapore, Thailand), Europe (Israel, Netherlands, Spain, Switzerland) and Oceania (Australia, New Zealand).

Influenza B

Outbreaks of influenza B occurred in Africa (Mauritius), the Americas (Argentina, Brazil, Paraguay), Europe (Czech Republic, Denmark, Finland, Iceland, Romania, Sweden). Influenza B viruses were also isolated in Africa (Egypt, Madagascar, Senegal, South Africa), the Americas (Canada, Chile, Paraguay, Peru, the United States), Asia (China, Guam, Hong Kong Special Administrative Region of China, Indonesia, Islamic Republic of Iran, Japan, Malaysia,

¹ See No. 8, 2001, pp. 58-61.

Composition recommandée des vaccins antigrippaux pour la saison 2002

La présente recommandation s'applique à la composition des vaccins pour le prochain hiver de l'hémisphère austral (mai-octobre 2002). Une recommandation relative aux vaccins à utiliser pendant l'hiver de l'hémisphère nord (novembre 2002-avril 2003) sera formulée en février 2002. La recommandation la mieux adaptée aux pays des régions équatoriales dépendra des données épidémiologiques.

Activité grippale, mars-septembre 2001

Entre mars et septembre 2001, une activité grippale a été signalée en Afrique, dans les Amériques, en Asie, en Europe et en Océanie. On a continué à déclarer des flambées de grippe dans plusieurs pays de l'hémisphère nord.¹ D'une manière générale, l'activité grippale signalée pendant cette période a été de légère à modérée. En Thaïlande, des flambées se sont déclarées de juin à août. Dans l'hémisphère austral, des flambées ont été déclarées en mai au Chili, à Maurice et en Nouvelle-Zélande, en juin en Afrique du Sud, en Argentine et au Brésil, et en juillet au Paraguay. On a également signalé des flambées en Equateur, à Madagascar et au Pérou.

Dans de nombreux pays, les virus grippaux A et B circulaient concurremment. Des virus A(H1N1) sont restés associés à la plupart des flambées. Pendant cette période, la présence de virus A(H3N2) a augmenté dans certains pays. Les virus grippaux B prédominaient dans plusieurs pays.

Grippe A(H1N1)

Des flambées de grippe A(H1N1) se sont déclarées dans les Amériques (Brésil, Canada, Etats-Unis et Pérou), en Asie (Thaïlande) et en Océanie (Nouvelle-Zélande). Des virus A(H1N1) ont également été isolés en Afrique (Egypte, Maroc, Sénégal), en Asie (Arabie saoudite, Chine, Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine, Indonésie, Japon, Philippines, République de Corée), en Europe (Allemagne, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Fédération de Russie, Finlande, France, Grèce, Islande, Israël, Italie, Lettonie, Norvège, Portugal, Roumanie, Suède, Suisse) et Océanie (Australie et Nouvelle-Calédonie).

Grippe A(H3N2)

Des flambées dues à la grippe A(H3N2) se sont produites en Afrique (Afrique du Sud, Madagascar) et dans les Amériques (Argentine, Chili). On a également isolé des virus grippaux A(H3N2) en Afrique (Sénégal), dans les Amériques (Brésil, Equateur, Etats-Unis), en Asie (Chine, Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine, Indonésie, Japon, République islamique d'Iran, République de Corée, Singapour, Thaïlande), en Europe (Espagne, Israël, Pays-Bas, Suisse) et en Océanie (Australie, Nouvelle-Zélande).

Grippe B

Des flambées de grippe B se sont déclarées en Afrique (Maurice), dans les Amériques (Argentine, Brésil, Paraguay), en Europe (Danemark, Finlande, Islande, République tchèque, Roumanie, Suède). On a aussi isolé des virus grippaux B en Afrique (Afrique du Sud, Egypte, Madagascar, Sénégal), dans les Amériques (Canada, Chili, Etats-Unis, Paraguay, Pérou), en Asie (Arabie saoudite, Chine, Guam, Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine, Indonésie, Japon, Malaisie, Philippines, République islamique d'Iran,

¹ Voir N° 8, 2001, pp. 58-61.

Philippines, Republic of Korea, Saudi Arabia, Singapore, Thailand), Europe (Austria, Belarus, Belgium, France, Germany, Greece, Israel, Latvia, Netherlands, Norway, Portugal, Russian Federation, Spain, Switzerland, United Kingdom) and Oceania (Australia, New Caledonia, New Zealand).

Antigenic characteristics of recent isolates

Influenza A(H1N1) viruses

In haemagglutination-inhibition (HI) tests with postinfection ferret sera, influenza A(H1N1) viruses were antigenically closely related to A/New Caledonia/20/99.

Influenza A(H3N2) viruses

In HI tests with postinfection ferret sera, many influenza A(H3N2) viruses were antigenically closely related to the A/Moscow/10/99 and A/Panama/2007/99 reference viruses. Although a proportion of isolates was antigenically distinguishable from these strains, antigenic and genetic analyses taken together did not reveal the emergence of a representative variant.

Influenza B viruses

In HI tests with postinfection ferret sera, the majority of influenza B viruses were antigenically closely related to B/Sichuan/379/99. A few viruses antigenically more closely related to B/Shangdong/7/97² were also isolated in Canada, China, Japan and the United States (Hawaii).

Studies with inactivated influenza virus vaccines

Antibodies to haemagglutinin were measured by HI tests in the sera of vaccinees who had received trivalent inactivated vaccines containing the antigens of A/New Caledonia/20/99(H1N1), A/Panama/2007/99(H3N2) and B/Johannesburg/5/99 viruses, administered in doses of 15 µg of each haemagglutinin.

Vaccines containing influenza A/New Caledonia/20/99(H1N1) stimulated postimmunization HI antibodies at titres ≥ 40 to the influenza A(H1N1) vaccine virus in the sera of 50%-100% (mean 84%) of adult and 13%-96% (mean 65%) of elderly vaccinees. For representative recent isolates, the frequency and titre of antibodies were similar; 29%-100% (mean 82%) of adult and 8%-100% (mean 59%) of elderly vaccinees had HI antibodies at titres ≥ 40 .

Vaccines containing influenza A/Panama/2007/99(H3N2) stimulated postimmunization HI antibodies at titres ≥ 40 to the vaccine virus in the sera of 67%-100% (mean 96%) of adult and 38%-100% (mean 86%) of elderly vaccinees. For representative recent isolates, the frequency and titre of antibodies were similar; 13%-100% (mean 84%) of adult and 8%-100% (mean 70%) of elderly vaccinees had HI antibodies at titres ≥ 40 .

Vaccines containing influenza B/Johannesburg/5/99 stimulated postimmunization HI antibodies at titres ≥ 40 to the vaccine virus in the sera of 79%-96% (mean 89%) of adult and 21%-88% (mean 61%) of elderly vaccinees. For representative recent isolates, the frequency and titre of antibodies were similar; 63%-100% (mean 89%) of adult and 25%-100% (mean 64%) of elderly vaccinees had HI anti-

République de Corée, Singapour, Thaïlande), en Europe (Allemagne, Autriche, Belarus, Belgique, Espagne, Fédération de Russie, France, Grèce, Israël, Lettonie, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suisse) et en Océanie (Australie, Nouvelle-Calédonie, Nouvelle-Zélande).

Caractéristiques antigéniques des isolements récents

Virus grippaux A(H1N1)

Dans les épreuves d'hémagglutination (IH) effectuées à l'aide de sérums de furet postinfection, les virus grippaux A(H1N1) se sont révélés antigéniquement proches de A/New Caledonia/20/99.

Virus grippaux A(H3N2)

Dans les épreuves IH effectuées à l'aide de sérums de furet postinfection, de nombreux virus grippaux A(H3N2) se sont révélés antigéniquement proches des virus de référence A/Moscow/10/99 et A/Panama/2007/99. Si une certaine proportion des isolements se distinguaient antigéniquement de ces souches, les analyses antigéniques et génétiques, dans leur ensemble, n'ont pas permis de mettre en évidence l'émergence d'un variant représentatif.

Virus grippaux B

Dans les épreuves IH effectuées à l'aide de sérums de furet postinfection, la majorité des virus grippaux B étaient antigéniquement proches de B/Sichuan/379/99. On a aussi isolé quelques virus antigéniquement plus proches de B/Shangdong/7/97² au Canada, en Chine, aux Etats-Unis (Hawaï) et au Japon.

Etudes effectuées sur des vaccins à base de virus grippaux inactivés

On a titré les anticorps antihémagglutinines présents dans le sérum de sujets vaccinés avec des vaccins trivalents inactivés contenant les antigènes des virus A/New Caledonia/20/99(H1N1), A/Panama/2007/99(H3N2) et B/Johannesburg/5/99, en doses de 15 µg chacune par hémagglutinine.

Les vaccins contenant A/New Caledonia/20/99(H1N1) ont permis d'obtenir des titres ≥ 40 d'anticorps IH antiviral A(H1N1) chez 50%-100% (moyenne 84%) des adultes et 13%-96% (moyenne 65%) des personnes âgées. En ce qui concerne des isolements récents représentatifs, la fréquence et les titres d'anticorps étaient comparables; 29%-100% (moyenne 82%) des adultes et 8%-100% (moyenne 59%) des personnes âgées présentaient des titres d'anticorps IH ≥ 40 .

Les vaccins contenant A/Panama/2007/99(H3N2) ont permis d'obtenir des titres ≥ 40 d'anticorps IH dirigés contre le virus vaccinal chez 67%-100% (moyenne 96%) des adultes et chez 38%-100% (moyenne 86%) des personnes âgées. En ce qui concerne des isolements récents représentatifs, la fréquence et les titres d'anticorps étaient comparables; 13%-100% (moyenne 84%) des adultes et 8%-100% (moyenne 70%) des personnes âgées présentaient des titres d'anticorps IH ≥ 40 .

Les vaccins contenant B/Johannesburg/5/99 ont permis d'obtenir des titres ≥ 40 d'anticorps IH dirigés contre le virus vaccinal chez 79%-96% (moyenne 89%) des adultes et chez 21%-88% (moyenne 61%) des personnes âgées. En ce qui concerne des isolements récents représentatifs, la fréquence et les titres d'anticorps étaient comparables; 63%-100% (moyenne 89%) des adultes et 25%-100% (moyenne 64%) des personnes âgées présentaient des titres d'anti-

² See No. 6, 1999, pp. 57-60.

² Voir N° 6, 1999, pp. 57-60.

bodies at titres ≥ 40 . For viruses more closely related to B/Shangdong/7/97 the titres were substantially lower, 0%-71% (mean 38%) of adult and 13%-58% (mean 35%) of elderly vaccinees had HI titres ≥ 40 . The geometric mean postimmunization HI titres were, on average 79% lower to representative viruses related to B/Shangdong/7/97 than to the vaccine virus.

Recommendations for the composition of influenza virus vaccines

During March to September 2001, influenza A(H1N1), A(H3N2) and B viruses continued to circulate.

Influenza A(H1N1) viruses circulated widely and were associated with outbreaks in many countries in the northern and southern hemispheres. These viruses were antigenically closely related to A/New Caledonia/20/99. Current vaccines containing A/New Caledonia/20/99 antigen stimulated antibodies to recent influenza A(H1N1) isolates, which were of similar frequency and titre to those against the vaccine virus.

Influenza A(H3N2) viruses were associated with mild to moderate outbreaks in some countries. Many of these viruses were closely related to A/Moscow/10/99 and the vaccine strain A/Panama/2007/99. Some A(H3N2) viruses were distinguished antigenically from the above reference strains, but were antigenically and genetically heterogeneous. Vaccines containing influenza A/Panama/2007/99 antigen induced antibodies to recently isolated strains, which were of similar titre and frequency to those against the vaccine virus.

Influenza B viruses also circulated widely and were isolated sporadically and from outbreaks in both the northern and southern hemispheres. Most isolates were antigenically similar to B/Sichuan/379/99. Vaccines containing B/Johannesburg/5/99 (a B/Sichuan/379/99-like strain) induced antibodies to haemagglutinin to representative recent isolates, which were similar in titre and frequency to those against the vaccine virus. Postimmunization antibodies reacted poorly with viruses related to B/Shangdong/7/97; however, these viruses were restricted in their circulation and prevalence.

As in previous years, the national control authorities should approve the specific vaccine viruses used in each country. National public health authorities are responsible for recommendations regarding the use of the vaccine. WHO has recently published recommendations on the prevention of influenza.³

³ See No. 35, 2000, pp. 281-288.

corps ≥ 40 . Pour les virus plus proches de B/Shangdong/7/97 les titres étaient sensiblement plus faibles, 0%-71% (moyenne 38%) des adultes et 13%-58% (moyenne 35%) des personnes âgées présentaient des titres d'anticorps IH ≥ 40 . Les titres moyens géométriques postvaccinaux d'anticorps IH contre les virus grippaux représentatifs analogues à B/Shangdong/7/97 étaient en moyenne 79% plus faibles que ceux des anticorps dirigés contre le virus vaccinal.

Recommandations pour la composition des vaccins antigrippaux

Entre mars et septembre 2001, les virus grippaux A(H1N1), A(H3N2) et B ont continué de circuler.

Les virus A(H1N1) ont largement circulé et ils ont été associés à des flambées dans de nombreux pays des hémisphères nord et sud. Ces virus étaient antigéniquement proches de A/New Caledonia/20/99. Les vaccins actuels contenant l'antigène A/New Caledonia/20/99 ont suscité des anticorps contre des isolements récents de A(H1N1) dont le titre et la fréquence étaient comparables à ceux des anticorps dirigés contre le virus vaccinal.

Des virus grippaux A(H3N2) ont été associés à des flambées de légères à modérées dans certains pays. Un grand nombre de ces virus étaient proches de A/Moscow/10/99 et de la souche A/Panama/2007/99. Certains virus A(H3N2) étaient antigéniquement distincts des souches de référence ci-dessus, mais ils étaient antigéniquement et génétiquement hétérogènes. Les vaccins contenant l'antigène A/Panama/2007/99 ont suscité vis-à-vis de souches isolées récemment des anticorps dont le titre et la fréquence étaient analogues à ceux d'anticorps dirigés contre le virus vaccinal.

It is recommended that vaccines to be used in the 2002 season (southern hemisphere winter) contain the following:

- an A/New Caledonia/20/99(H1N1)-like virus
- an A/Moscow/10/99(H3N2)-like virus^a
- a B/Sichuan/379/99-like virus^b

^a The widely used vaccine strain is A/Panama/2007/99.

^b B/Guangdong/120/2000, B/Johannesburg/5/99 and B/Victoria/504/2000 are B/Sichuan/379/99-like viruses, which have been used for vaccine production.

Il est recommandé que les vaccins à utiliser au cours de la saison 2002 (hiver austral) contiennent les souches suivantes:

- un virus analogue à A/New Caledonia/20/99(H1N1)
- un virus analogue à A/Moscow/10/99(H3N2)^a
- un virus analogue à B/Sichuan/379/99^b

^a La souche vaccinale largement utilisée est A/Panama/2007/99.

^b B/Guangdong/120/2000, B/Johannesburg/5/99 et B/Victoria/504/2000 sont des virus analogues à B/Sichuan/379/99, qui ont été utilisés pour la production de vaccins.

Les virus grippaux B ont aussi largement circulé et ils ont été isolés sporadiquement et lors de flambées dans les hémisphères nord et sud. La plupart des isolements étaient antigéniquement analogues à B/Sichuan/379/99. Les vaccins contenant l'antigène B/Johannesburg/5/99 (une souche analogue à B/Sichuan/379/99) ont suscité contre des isolements récents des anticorps anti-hémagglutinine dont le titre et la fréquence étaient comparables à ceux des anticorps dirigés contre le virus vaccinal. Les anticorps résultant de la vaccination ont faiblement réagi avec les virus proches de B/Shangdong/7/97; ces virus, cependant, circulaient peu et leur prévalence était faible.

Comme les années précédentes, les virus vaccinaux utilisés dans chaque pays devront être approuvés par les autorités nationales de contrôle. Les recommandations relatives à l'usage du vaccin sont du ressort des autorités nationales chargées de la santé publique. L'OMS a publié récemment des recommandations sur la prévention de la grippe.³

³ Voir N° 35, 2000, pp. 281-288.

Most of the population is likely to have been infected with influenza A(H1N1), influenza A(H3N2) and influenza B viruses. As a consequence, 1 dose of inactivated influenza vaccine should be immunogenic for individuals of all ages except young children. Previously unimmunized children should receive 2 doses of vaccine with an interval between doses of at least 4 weeks.

Reagents for use in the laboratory standardization of inactivated vaccine may be obtained from: Immunology (Vaccines), Therapeutic Goods Administration Laboratories, P.O. Box 100, Woden ACT, Australia (fax +61 2 62 32 8564); Division of Virology, National Institute for Biological Standards and Control, Blanche Lane, South Mimms, Potters Bar, Hertfordshire, EN6 3QG, United Kingdom (fax: +44 17 07 64 6730, email: enquiries@nibsc.ac.uk); or from the Division of Viral Products, Center for Biologics Evaluation and Research, Food and Drug Administration, 1401 Rockville Pike, Rockville, MD 20852, United States of America (fax: +1 301 402 51 28 / 496 1810).

Requests for reference strains for antigenic analysis should be addressed to the WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Influenza, 45 Poplar Road, Parkville, Victoria 3052, Australia (fax: +61 3 93 89 18 81, web site: <http://www.influenzacentre.org>); or WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Influenza, National Institute of Infectious Diseases, Toyama 1-23-1, Shinjuku-ku, Tokyo 162, Japan (fax: +81 3 52 85 11 55); email: todayiri@nih.go.jp); or WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Influenza, Centers for Disease Control and Prevention, 1600 Clifton Road, Mail stop G16, Atlanta, Georgia 30333, United States of America (fax: +1 404 639 23 34) email: aklimov@cdc.gov; or WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Influenza, National Institute for Medical Research, The Ridgeway, Mill Hill, London NW7 1AA, United Kingdom (fax: +44 208 906 44 77), email: lyipu@nimr.ac.uk). ■

Updated epidemiological information is available on WHO's web at site <http://www.who.ch/emc/flu/index.html>, and the geographical information system, FluNet, can be consulted at <http://oms.b3e.jussieu.fr/flunet>.

La majorité de la population a probablement été infectée par les virus A(H1N1), A(H3N2) et B. Il s'ensuit qu'une seule dose de vaccin inactivé devrait être immunogène, quel que soit l'âge des sujets, sauf chez le jeune enfant. Les enfants encore non vaccinés auront besoin de 2 doses de vaccin, administrées à 4 semaines d'intervalle au moins.

Les réactifs destinés à la standardisation en laboratoire du vaccin inactivé peuvent être obtenus aux adresses suivantes: Immunology (Vaccines), Therapeutic Goods Administration Laboratories, P.O. Box 100, Woden ACT, Australie (fax: +61 2 62 32 8564); Division of Virology, National Institute for Biological Standards and Control, Blanche Lane, South Mimms, Potters Bar, Hertfordshire, EN6 3QG, Royaume-Uni (fax: +44 17 07 64 6730, e-mail: enquiries@nibsc.ac.uk); ou auprès de la Division of Viral Products, Center for Biologics Evaluation and Research, Food and Drug Administration, 1401 Rockville Pike, Rockville, MD 20852, Etats-Unis d'Amérique (fax: +1 301 402 51 28 / 496 1810).

Les souches de référence destinées à l'analyse antigénique peuvent être obtenues auprès des centres collaborateurs OMS de référence et de recherche pour la grippe, comme suit: WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Influenza, 45 Poplar Road, Parkville, Victoria 3052, Australie (fax: +61 3 93 89 18 81, site internet: <http://www.influenzacentre.org>); ou WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Influenza, National Institute of Infectious Diseases, Toyama 1-23-1, Shinjuku-ku, Tokyo 162, Japon (fax: +81 3 52 85 11 55, e-mail: todayiri@nih.go.jp) ou WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Influenza, Centers for Disease Control and Prevention, 1600 Clifton Road, Mail stop G16, Atlanta, Georgia 30333, Etats-Unis d'Amérique (fax: +1 404 639 23 34 e-mail: aklimov@cdc.gov); ou WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Influenza, National Institute for Medical Research, The Ridgeway, Mill Hill, London NW7 1AA, Royaume-Uni (fax: +44 208 906 44 77, e-mail: lyipu@nimr.ac.uk). ■

Des données à jour sur l'épidémiologie de la grippe peuvent être obtenues sur le site web de l'OMS, <http://www.who.ch/emc/flu/index.html>; on peut aussi consulter le système d'information géographique FluNet à <http://oms.b3e.jussieu.fr/flunet>.

Responding to the deliberate use of biological agents as weapons

WHO continuously monitors disease outbreaks through the Global Outbreak Alert and Response Network. This Network was formally launched in April 2000 and links 72 existing networks around the world, many of which are equipped to diagnose unusual agents and handle dangerous pathogens. It links electronically the expertise and skills needed to keep the international community constantly alert to the threat of outbreaks and ready to respond.

The Network has four main tasks:

- (1) disease intelligence and detection;
- (2) verification of rumours and reports;
- (3) immediate alert;
- (4) rapid response.

Faire face à l'utilisation délibérée d'agents biologiques en tant qu'armes

L'OMS surveille en permanence les flambées de maladies grâce au Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie. Ce Réseau a été officiellement lancé en avril 2000 et relie 72 réseaux déjà existants dans le monde entier, dont un grand nombre équipés pour le diagnostic d'agents pathogènes hors du commun et le traitement des plus dangereux d'entre eux. Il relie par moyens électroniques l'expertise et les capacités nécessaires pour permettre à la communauté internationale de veiller constamment à la menace de flambées et d'être prête à intervenir.

Le Réseau a quatre principaux objectifs:

- 1) surveiller et dépister les maladies;
- 2) vérifier les rumeurs et les rapports;
- 3) donner immédiatement l'alerte;
- 4) intervenir rapidement.

Systematic detection

The first task is to gather systematically global disease intelligence drawing on a wide range of formal and informal sources. Formal reports of suspected outbreaks are received from ministries of health, WHO country offices and collaborating centres, government and military laboratories, academic institutes and nongovernmental organizations. Of the informal sources, one of the most important is a semiautomated electronic system that continuously searches the internet for rumours of unusual disease events. This is the Global Public Health Intelligence Network (GPHIN) computer application developed for WHO in partnership with Health Canada in 1996. Other sources of information include nongovernmental organizations such as *Médecins sans frontières*, and the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.

Outbreak verification

Raw intelligence gleaned from all formal and informal sources is converted into meaningful intelligence by the WHO outbreak alert and response team, which determines whether a reported disease event constitutes a cause for international concern. From July 1998 to August 2001, WHO verified 578 outbreaks in 132 countries.

Real time alert

A network of electronically-interconnected WHO Member countries (191), disease experts, institutions, agencies and laboratories is kept constantly informed of rumoured and confirmed outbreaks. In addition, WHO maintains and regularly updates an outbreak verification list, which provides a detailed status report on all currently-verified outbreaks. WHO also posts situation reports on verified outbreaks on its web site (www.who.int/disease-outbreak-news).

Rapid response

When the outbreak alert and response team determines that an international response is needed to contain an outbreak, it draws on its partners in the Global Network. Specific support available includes on-the-spot investigations, confirmation of diagnosis, handling of dangerous pathogens (biosafety level 4), case detection, patient management, containment and provision of logistics in the form of staff and supplies. Investigative teams from WHO headquarters in Geneva are prepared to arrive at an outbreak site within 24 hours. Since early 2000, WHO and the Network have launched effective international responses to naturally-occurring outbreaks in Afghanistan, Bangladesh, Egypt, Ethiopia, Kosovo, Saudi Arabia, Sierra Leone, Sudan, Uganda and Yemen.

International coordination

The work of coordinating large-scale international assistance (the recent Uganda Ebola outbreak drew 120 international staff from 22 partners in the Network) is further facilitated by WHO operational protocols, which set out standardized procedures for the alert and verification process, communications, coordination of the response, emergency evacuation, research and relations with the media. WHO and the Global Outbreak Alert and Response Network are prepared to provide immediate practical assistance in the containment of deliberate as well as natural outbreaks.

Dépistage systématique

La première tâche est de réunir systématiquement toutes les informations sur les maladies au niveau mondial en utilisant un vaste éventail de sources officielles et officieuses. Des rapports officiels concernant les flambées présumées proviennent des ministères de la santé, des bureaux de l'OMS dans les pays et des centres collaborateurs, des laboratoires nationaux et militaires, des instituts scientifiques et des organisations non gouvernementales. Parmi les sources officieuses, l'une des principales est un système électronique semi-automatique qui balaye en permanence internet à la recherche de nouvelles concernant la survenue de maladies hors du commun. Il s'agit du réseau mondial d'information en santé publique (*Global Public Health Intelligence Network - GPHIN*), un système informatique développé pour l'OMS en partenariat avec Santé Canada en 1996. D'autres sources d'informations comprennent les organisations non gouvernementales telles que Médecins sans frontières, et la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

Vérification des flambées

Les données à l'état brut recueillies de toutes les sources officielles et officieuses sont converties en information intelligible par l'équipe OMS d'alerte et de réponse aux flambées, qui détermine si une maladie signalée doit susciter l'inquiétude au niveau international. Entre juillet 1998 et août 2001, l'OMS a vérifié 578 flambées dans 132 pays.

Alerte en temps réel

Un réseau relié électroniquement d'Etats Membres de l'OMS (191), d'experts en maladie, d'instituts, d'agences et de laboratoires est tenu informé en permanence des flambées présumées et confirmées. En outre, l'OMS établit et met à jour régulièrement une liste de vérification des flambées qui fournit un rapport de situation détaillé sur toutes les flambées en cours de vérification. L'OMS affiche aussi des rapports de situation sur les flambées vérifiées sur son site web (www.who.int/disease-outbreak-news).

Intervention rapide

Lorsque l'équipe d'alerte et de réponse aux flambées établit qu'une riposte internationale est nécessaire pour limiter une flambée, elle se tourne vers ses partenaires dans le Réseau mondial. Le soutien particulier que ce dernier peut apporter comprend l'organisation d'enquêtes sur place, la confirmation des diagnostics, la manipulation d'agents pathogènes dangereux (niveau de biosécurité 4), le dépistage des cas, le traitement des malades, le confinement et la fourniture d'un soutien logistique sous forme de personnel ou de matériel. Des équipes d'enquêteurs du siège de l'OMS à Genève sont prêtes à se rendre sur le site d'une flambée en 24 heures. Depuis début 2000, l'OMS et le Réseau ont lancé des interventions internationales efficaces face à des flambées d'origine naturelle en Afghanistan, en Arabie saoudite, au Bangladesh, en Egypte, en Ethiopie, au Kosovo, en Sierra Leone, au Soudan, en Ouganda et au Yémen.

Coordination internationale

La coordination d'une assistance internationale de grande envergure (par exemple 120 membres du personnel international de 22 partenaires ont participé à la lutte contre la récente flambée d'Ebola en Ouganda) est facilitée par des protocoles d'opération de l'OMS, qui établissent des procédures standard pour les processus d'alerte et de vérification, les communications, la coordination de l'intervention, l'évacuation d'urgence, la recherche et les relations avec les médias. L'OMS et le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie sont prêts à donner une aide pratique immédiate pour contenir toutes les flambées, qu'elles soient d'origine naturelle ou délibérée.

Mandate to take action

Further to World Health Assembly resolution WHA54.14 adopted in May 2001, WHO may: (1) use information on suspected outbreaks and epidemics other than that officially communicated by governments; and (2) proactively and confidentially work with countries to verify reports of outbreaks, investigate and contain them, and develop recommendations on international measures to prevent their spread.¹ ■

¹ See No. 22, 2001, pp. 166-171.

Un mandat pour l'action

Suite à la résolution WHA54.14 de l'Assemblée mondiale de la santé adoptée en mai 2001, l'OMS peut: 1) utiliser l'information sur les flambées présumées et les épidémies autre que celle communiquée officiellement par les gouvernements; et 2) œuvrer de façon proactive et confidentielle avec les pays pour vérifier les rapports de flambées, mener des enquêtes et les limiter, et développer des recommandations pour des mesures internationales pour éviter leur propagation.¹ ■

¹ Voir N° 22, 2001, pp. 166-171.

HIV/AIDS and sexually transmitted infections

Epidemiological fact sheets

The revised version of the 2000 update of the UNAIDS/WHO epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections is now available in both English and French at:

http://www.who.int/emc-hiv/fact_sheets/index.html

The fact sheets contain country-specific data on HIV/AIDS and STI prevalence and incidence, a short assessment of the country epidemiological situation, and information on knowledge and behaviours that can spur or stem the transmission of HIV. The epidemiological fact sheets are compilations of the available serological and behavioural data for 170 countries. These data are necessary for a better understanding of the current status and trends of the epidemic, and are essential for informed decision-making and planning at national, regional and global levels.

The next update of the epidemiological fact sheets will be released by mid-2002. ■

VIH/SIDA et infections sexuellement transmissibles

Fiches épidémiologiques

La version révisée de la mise à jour 2000 des fiches épidémiologiques ONUSIDA/OMS concernant le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles est désormais disponible en anglais et en français à:

http://www.who.int/emc-hiv/fact_sheets/index.html

Ces fiches contiennent des informations spécifiques par pays sur la prévalence et l'incidence du VIH/SIDA et des IST, une brève évaluation de la situation épidémiologique du pays, et des informations au sujet des connaissances et des comportements susceptibles de favoriser ou de freiner la transmission du VIH. Les fiches épidémiologiques sont des compilations des données sérologiques et comportementales disponibles pour 170 pays. Ces données sont nécessaires pour permettre une meilleure compréhension de la situation actuelle et des tendances de l'épidémie, et sont essentielles pour la prise de décisions informées et la planification aux niveaux national, régional et mondial.

La prochaine mise à jour des fiches épidémiologiques sera disponible d'ici mi-2002. ■

Influenza

Paraguay (28 September 2001).¹ Further to 2 weeks of local outbreaks associated with influenza A and B viruses, influenza activity has returned to a sporadic level.

Switzerland (28 September 2001). The number of medical consultations for influenza-like illness is still below the epidemic threshold limit. ■

¹ See No. 25, 2001, p. 256.

Grippe

Paraguay (28 septembre 2001).¹ Après 2 semaines de flambées locales associées aux virus grippaux A et B, l'activité grippale est retombée à un niveau sporadique.

Suisse (28 septembre 2001). Le nombre de consultations pour syndromes grippaux est toujours en dessous de la limite du seuil épidémique. ■

¹ Voir N° 25, 2001, p. 256.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 28 September to 4 October 2001 / Notifications de maladies reçues du 28 septembre au 4 octobre 2001

Cholera / Choléra		Plague / Peste		Asia / Asie	
Asia / Asie	Cases / Deaths Cas / Décès	Americas / Amériques	Cases / Deaths Cas / Décès	Mongolia / Mongolie	Cases / Deaths Cas / Décès
India/Inde	27.V-11.VIII	United States of America / Etats-Unis d'Amérique		Tuv Province	6.VIII
.....	1 869	Utah State	21.VI	Kun soum District	1
Oceania/Océanie		San Juan County	1	Bayankhongor Province	13.VIII
Australia/Australie	25.IX			1
	1i		0		

i = imported.

Areas removed from the infected area list between 28 September and 4 October 2001 / Zones supprimées de la liste des zones infectées entre le 28 septembre et le 4 octobre 2001.

For criteria used in compiling this list, see No. 36, 2001, p. 280. / Les critères appliqués pour la compilation de cette listesont publiés dans le N° 36, 2001, p. 280.

Cholera / Choléra

Asia / Asie
Sri Lanka