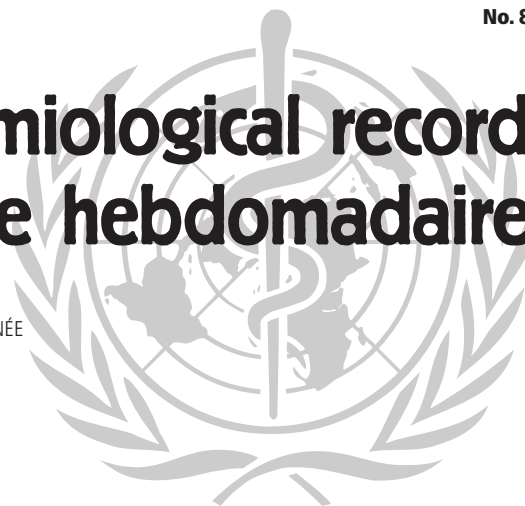


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

25 FEBRUARY 2005, 80th YEAR / 25 FÉVRIER 2005, 80^e ANNÉE

No. 8, 2005, 80, 65–76

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

Contents

- 65 Outbreak news:
– Plague, Democratic Republic of the Congo
- 66 Progress towards elimination of measles and prevention of congenital rubella infection in the WHO European Region, 1990–2004
- 71 Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2005–2006 influenza season
- 75 Influenza
- 76 International Health Regulations

Sommaire

- 65 Le point sur les épidémies:
– Peste, République démocratique du Congo
- 66 Progrès vers l'élimination de la rougeole et la prévention de la rubéole congénitale dans la Région européenne, 1990-2004
- 71 Composition recommandée des vaccins antigrippaux pour la saison 2005-2006
- 75 Grippe
- 76 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

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

5.000 2.2005
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Plague, Democratic Republic of the Congo

As of 15 February 2005, WHO has received reports of 61 deaths of pneumonic plague in Ituri district, Oriental province in the northern part of the country. The total number of cases is still not known. Preliminary results from rapid diagnostic tests in the area confirmed pneumonic plague, and the cases had clinical features compatible with this disease. Forty samples have been taken and will be tested by culture and serology at the *Institut de la Recherche Biomedicale*, Kinshasa. No cases of bubonic plague have been reported to date.

The cases have occurred in workers in a diamond mine in Zobia where approximately 7000 people work. The mine was reopened on 16 December 2004 and the first case occurred on 20 December.

A team comprising members from Médecins Sans Frontières (Belgium and Switzerland), Medair, WHO and the Ministry of Health have been in the area to assess the situation. An additional multidisciplinary team left for the Democratic Republic of the Congo on 19 February. If humanitarian access is possible, given the security concerns in the area, the team will go to the affected area to provide technical support in case management and treatment of cases, intensive surveillance and tracing of possible contacts and further epidemiological investigations.

The WHO plague fact sheet can be consulted at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs267/en/> ■

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Peste, République démocratique du Congo

Au 15 février 2005, l'OMS avait reçu des informations faisant état de 61 décès par peste pulmonaire dans le district d'Ituri, Province Orientale, dans le nord du pays. On ignore encore le nombre total des cas. Les résultats préliminaires des tests rapides de diagnostic dans la région confirmeront la peste pulmonaire et les cas présentaient un tableau clinique évocateur de cette maladie. Quarante échantillons ont été prélevés, l'Institut de la Recherche biomédicale de Kinshasa se chargeant de les mettre en culture et de procéder à l'analyse sérologique. A ce jour, aucun cas de peste bubonique n'a été signalé.

Les cas se sont produits parmi les 7000 personnes environ qui travaillent dans une mine de diamants à Zobia. Cette mine a rouvert le 16 décembre 2004 et l'on a observé le premier cas le 20 décembre.

Une équipe de Médecins Sans Frontières (Belgique et Suisse), de Medair, de l'OMS et du Ministère de la Santé s'est rendue sur place pour évaluer la situation. Une autre équipe pluridisciplinaire est partie pour la République démocratique du Congo le 19 février. Si l'accès de l'aide humanitaire est possible dans la région, compte tenu des problèmes de sécurité qui y règne, l'équipe se rendra dans la zone touchée pour apporter une assistance technique dans la prise en charge et le traitement des cas, la surveillance intensive, la recherche des contacts et de nouvelles investigations épidémiologiques.

Un aide mémoire OMS sur la peste peut être consultée à l'adresse suivante: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs267/en/> ■

Progress towards elimination of measles and prevention of congenital rubella infection in the WHO European Region, 1990–2004

The WHO European Region includes 52 Member States¹ and a population of about 876 million. Interrupting indigenous measles transmission by 2007 and reducing the incidence of congenital rubella syndrome (CRS) to <1/100 000 live births by 2010 were targets approved by the WHO Regional Committee for Europe in 1988. In 2002, progress towards the measles and rubella targets was further stimulated with the development and implementation of a *Strategic plan for measles and congenital rubella infection in the WHO European Region*. The strategic plan outlines an integrated approach to achieve both disease targets by 2010 by implementing 6 key strategies: (i) achieving and sustaining very high coverage with 2 doses of measles-containing vaccine through routine immunization services; (ii) providing a second opportunity for measles immunization through supplementary immunization activities (SIAs) to populations susceptible to measles; (iii) using the opportunity provided by measles SIAs to target populations susceptible to rubella with combined measles- and rubella-containing vaccine; (iv) ensuring protection to women of childbearing age by achieving high coverage with rubella-containing vaccine; (v) strengthening measles, rubella and CRS surveillance by vigorous case investigation and laboratory confirmation; and (vi) improving the availability of high-quality information for health professionals and the public on the benefits and risks associated with immunization. This article presents data on measles, rubella and CRS control in the European Region from 1990 to 2004, and reports on progress to implement the strategic plan.

Measles, rubella and CRS surveillance

Measles, rubella and CRS case counts are submitted annually to the WHO Regional Office for Europe using the WHO/UNICEF Joint Reporting Form and from the *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. Since January 2002, countries have been encouraged to report measles cases monthly by age group and vaccination and laboratory confirmation status, and to report outbreaks. Rubella is a nationally notifiable disease in all countries of the region except Austria, France, Germany, Monaco and Turkey – countries with 25% of the region's population. In 2003, regional surveillance guidelines for measles and congenital rubella infection were issued. At the national level, different methods are used to collect information from local health authorities: these include aggregate, case-based and sentinel physician reporting. The Regional Office developed a computerized information system for infectious diseases (<http://data.euro.who.int/cisid/>), with monthly updated surveil-

Progrès vers l'élimination de la rougeole et la prévention de la rubéole congénitale dans la Région européenne, 1990-2004

La Région européenne compte 52 Etats Membres¹ et environ 876 millions d'habitants. Le Comité régional a approuvé en 1988 les projets d'interrompre la transmission autochtone de la rougeole d'ici 2007 et de ramener l'incidence du syndrome de rubéole congénitale (SRC) à <1/100 000 naissances vivantes d'ici 2010. Le plan stratégique contre la rougeole et la rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS élaboré et appliqué en 2002 a donné un élan supplémentaire à l'action menée dans ce double but. Il définit une approche intégrée qui repose sur six grandes stratégies pour atteindre les deux cibles d'ici 2010: i) instaurer et maintenir une couverture très élevée par 2 doses de vaccin contenant la valence rougeole administrées dans le cadre des services de vaccination systématique; ii) mener des activités de vaccination supplémentaires afin d'offrir aux populations sensibles une deuxième possibilité d'être vaccinées contre la rougeole; iii) profiter des activités supplémentaires de vaccination antirougeoleuse pour administrer un vaccin associé contenant les valences rougeole et rubéole aux populations sensibles à la rubéole; iv) protéger les femmes en âge de procréer en instaurant une couverture élevée par un vaccin à valence rubéole; v) par des enquêtes actives sur les cas et la confirmation en laboratoire, renforcer la surveillance de la rougeole, de la rubéole et du SRC; et vi) donner des informations de grande qualité aux professionnels de la santé et au grand public sur les avantages et les risques de la vaccination. Sont exposés ici les chiffres de la lutte contre la rougeole, la rubéole et le SRC dans la Région européenne depuis 1990 ainsi que l'état d'avancement du plan stratégique.

Surveillance de la rougeole, de la rubéole et du SRC

Le nombre de cas de rougeole, de rubéole et de SRC recensés est communiqué tous les ans au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe sur la fiche commune de déclaration OMS/UNICEF et à partir des données du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. Depuis janvier 2002, les pays sont encouragés à déclarer tous les mois les cas de rougeole par tranche d'âge en indiquant le statut vaccinal et s'ils sont confirmés en laboratoire, et à signaler les flambées. La rubéole est une maladie à déclaration obligatoire dans tous les pays sauf l'Allemagne, l'Autriche, la France, Monaco et la Turquie, pays qui représentent 25% de la population de la Région européenne. Des directives régionales pour la surveillance de la rougeole et de la rubéole congénitale ont été publiées en 2003. Les pays utilisent différentes méthodes pour recueillir les informations auprès des autorités sanitaires locales: données agrégées, données basées sur l'identification des cas et réseau de médecins sentinelles. C'est le Bureau régional qui a mis au point le système d'information sur les maladies infectieuses (<http://data.euro.who.int/cisid/>), qui com-

¹ The 52 Member States include Andorra, Albania, Armenia, Austria, Azerbaijan, Belarus, Belgium, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Georgia, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Monaco, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Republic of Moldova, Romania, Russian Federation, San Marino, Serbia and Montenegro, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, Tajikistan, The former Yugoslav Republic of Macedonia, Turkey, Turkmenistan, Ukraine, United Kingdom and Uzbekistan.

¹ Allemagne, Andorre, Albanie, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Bélarus, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Fédération de Russie, Finlande, France, Géorgie, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Ouzbékistan, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République de Moldova, République tchèque, ex-République yougoslave de Macédoine, Roumanie, Royaume-Uni, Saint-Marin, Serbie et Monténégro, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tadjikistan, Turquie, Turkménistan and Ukraine.

lance-related information for the general public. In 2004, measles and rubella surveillance was based on aggregate monthly reported data on clinically diagnosed measles cases from 44 (85%) countries and case-based data from 5 (10%) countries; in addition, 51 (98%) countries provided the annual case counts.

A total of 47 (90%) countries have nominated a national measles/rubella laboratory that is linked to 1 of 3 regional reference laboratories,² which were appointed in 2003, or to the global specialized reference laboratory.³ This network, coordinated by the Regional Office, was created in 2002 to provide adequate laboratory support for measles, rubella and CRS surveillance. High-quality laboratory investigation using standardized diagnostic methods and reagents, implementing a quality assessment programme including an annual accreditation review, proficiency testing and monthly online reporting of laboratory indicators (completeness of 77% as of November 2004), were established.

Measles and rubella vaccination

The percentage of children aged 12–23 months vaccinated with a first dose of measles-containing vaccine (MCV1) is obtained annually through reporting of immunization programme policy and indicators using the WHO/UNICEF joint reporting form. Information on SIAs for measles and rubella is also obtained through this source, as well as published reports and ad hoc SIA assessments conducted by WHO.

In 2004, all 52 countries in the European Region had national, routine 2-dose measles vaccine schedules, compared with 49 (96%) in 2001. In 2004, 47 (90%) used a rubella-containing vaccine; 45 (86%) used combined measles–mumps–rubella vaccine (MMR), 1 (1.9%) used measles–rubella vaccine (MR) and 1 (1.9%) used single-antigen rubella vaccine. In 2001, 39 (76%) countries used rubella-containing vaccine. In 2003, 27 (52%) and 36 (69%) countries reported MCV1 coverage of $\geq 95\%$ and $\geq 90\%$, respectively. During 1990–2004, 9 countries carried out SIAs; 5 countries used MR vaccine, and 1 country used MMR vaccine through routine services to reach susceptible cohorts; 3 countries simultaneously offered rubella vaccination for women of childbearing age. More than 27.7 million people were vaccinated in these SIAs.

Measles, rubella and CRS disease burden

The incidence of measles cases in the European Region (*Fig. 1*) is cyclical, with a peak every 4 years (1993, 1997 and 2001); however, the incidence dropped sharply from 1990 to 2003. The 28 206 cases reported in 2003 represent a regional incidence of 3.2/100 000 population. This correlates with

unique tous les mois au grand public les derniers chiffres recueillis dans le cadre de la surveillance. En 2004, la surveillance de la rougeole et de la rubéole a eu pour base les données mensuelles agrégées communiquées par 44 pays (85%) concernant les cas de rougeole diagnostiqués cliniquement et les données basées sur l'identification des cas rapportées par 5 pays (10%); 51 pays (98%) ont en outre fourni le décompte annuel des cas.

Au total, 47 pays (90%) ont désigné un laboratoire national pour la rougeole et la rubéole qui est relié à l'un des trois laboratoires de référence de l'OMS dans la Région européenne, sélectionnés en 2003,² ou au laboratoire spécialisé qui dessert l'ensemble du monde.³ Coordonné par le Bureau régional de l'Europe, ce réseau a été créé en 2002 pour assurer les services de laboratoire indispensables à la surveillance de la rougeole, de la rubéole et du SRC. L'emploi de réactifs et de méthodes diagnostiques standardisés, un programme de vérification de la qualité prévoyant le réexamen annuel des accréditations, le contrôle de la bonne exécution et la déclaration mensuelle en ligne des indicateurs de laboratoire (taux d'exhaustivité de 77% en novembre 2004) garantissent la qualité des analyses en laboratoire.

Vaccination contre la rougeole et la rubéole

Le pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois ayant reçu une première dose de vaccin à valence rougeole est calculé tous les ans d'après la politique et les indicateurs des programmes de vaccination notifiés sur la fiche commune de déclaration OMS/UNICEF. Les informations relatives aux activités supplémentaires de vaccination anti-rougeoleuse et antirubéoleuse proviennent de la même source ainsi que des rapports publiés et des bilans ponctuels que l'OMS fait de ces activités.

En 2004, les 52 pays de la Région européenne appliquaient à l'échelle nationale un calendrier de vaccination systématique de 2 doses de vaccin antirougeoleux, alors qu'ils n'étaient que 49 dans ce cas (96%) en 2001. En 2004, 47 d'entre eux (90%) utilisaient un vaccin à valence rubéole, 45 (86%) utilisaient un vaccin associé antirougeoleux-antiourlien-antirubéoleux (ROR), 1 (1,9%) se servait d'un vaccin antirougeoleux-antirubéoleux (RR) et 1 autre (1,9%) d'un vaccin antirougeoleux monovalent. En 2001, ils étaient 39 (76%) à utiliser un vaccin contenant la valence rubéole. En 2003, la couverture par une première dose de vaccin à valence rougeole était $\geq 95\%$ dans 27 pays (52%) et $\geq 90\%$ dans 36 pays (69%). Entre 1990 et 2004, 9 pays ont mené des activités de vaccination supplémentaires: 5 d'entre eux ont utilisé le vaccin RR, 1 pays a utilisé le vaccin ROR dans le cadre des services ordinaires pour vacciner les cohortes sensibles, et 3 pays ont en même temps vacciné contre la rubéole les femmes en âge de procréer. Plus de 27,7 millions de personnes ont été vaccinées dans le cadre de ces activités supplémentaires.

Morbidité et mortalité dues à la rougeole, à la rubéole et au SRC

Dans la Région européenne, l'incidence de la rougeole est cyclique (*Fig. 1*) et atteint un pic tous les quatre ans (1993, 1997 et 2001); elle a toutefois fortement chuté entre 1990 et 2003. Les 28 206 cas signalés en 2003 représentent une incidence régionale de 3,2/100 000 habitants. Ce chiffre est en corrélation avec l'augmentation progressive

² The regional reference laboratories are located at the National Public Health Laboratory, Luxembourg, Luxembourg; the Robert Koch Institute, Berlin, Germany; and the G.N. Gabrichevsky Institute of Epidemiology and Microbiology, Moscow, Russian Federation.

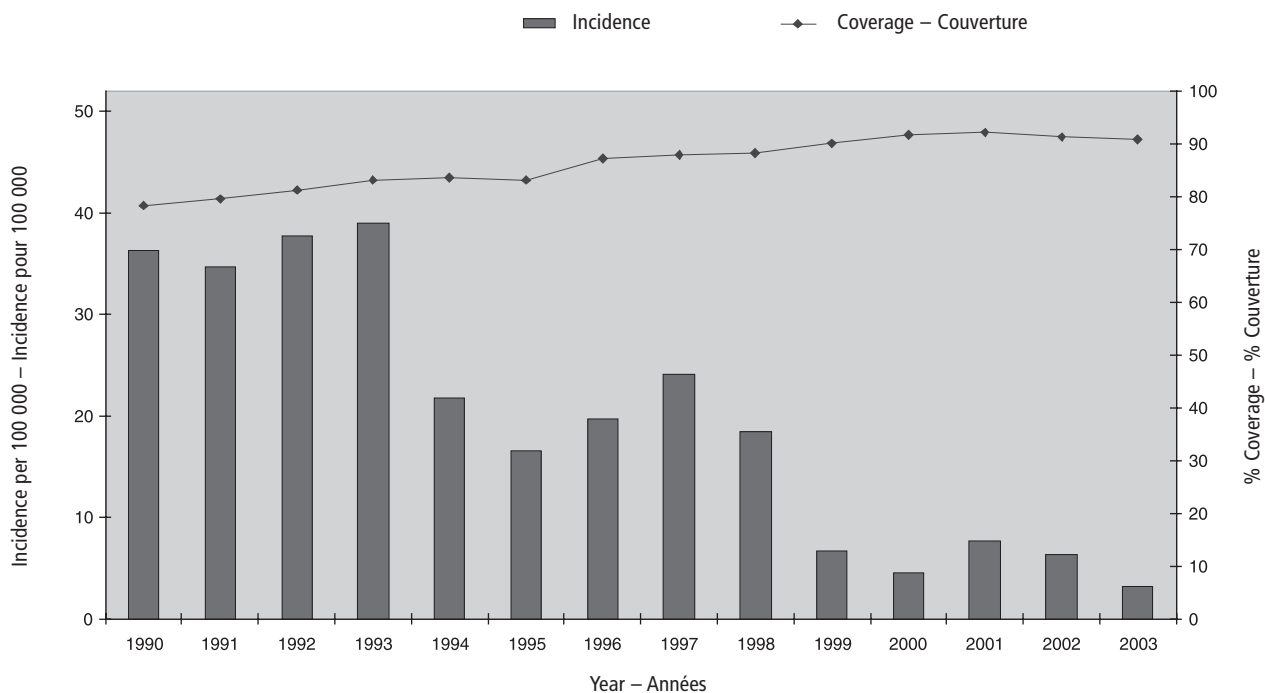
³ Global specialized reference laboratory: Health Protection Agency, London, England.

² Laboratoires de référence régionaux: Laboratoire de santé publique, à Luxembourg, Luxembourg; Institut Robert Koch, à Berlin, Allemagne; Institut d'épidémiologie et de microbiologie G.N. Gabrichevsky, à Moscou, Fédération de Russie.

³ Laboratoire de référence spécialisé pour l'ensemble du monde: Health Protection Agency, Londres, Angleterre.

Fig. 1 Reported measles incidence and routine first-dose vaccine coverage for children aged 12–23 months^a in the WHO European Region, 1990–2003

Fig. 1 Incidence déclarée de la rougeole et couverture par l'administration systématique d'une première dose de vaccin chez les enfants de 12 à 23 mois dans la Région européenne, 1990–2003



^a Some countries measure coverage at a different age group: Andorra, 4 years; Germany, school age; Switzerland, 25–35 months; Sweden, 2 years. – Certains pays mesurent la couverture dans une autre tranche d'âge: Andorre, 4 ans; Allemagne, âge scolaire; Suisse, 25–35 mois; Suède, 2 ans.

the slow increase in reported measles vaccine coverage from 1990 to 2001; coverage decreased slightly in 2002–2003 (Fig. 1). From 1999 to 2003, 18 outbreaks were reported in the region; this included outbreaks with more than 250 reported cases in Ireland 2003–2004, Italy 2002–2003, Switzerland 2003, France 2003 and Germany 2003, and in some newly independent states (NIS,⁴ Map 1). Although measles deaths are underreported, 10 deaths were notified in both 2002 and 2003, and 7 in 2004. During 2002–2004, the proportion of reported hospitalized cases ranged from 11% to 18%.

The incidence of rubella remains high in the European Region, with short inter-epidemic periods (Fig. 2). In 2003, a total of 304 320 rubella cases was reported to the Regional Office, of which 125 187 (41%) and 120 377 (40%) were reported from the Russian Federation and Romania, respectively.

During 2001–2003, 47 CRS cases were reported, 17 (36%) from 1 country (Romania), which experienced a large rubella outbreak in 2003.

Editorial note. Substantial progress has been made in the European Region towards better control of measles and rubella, but further efforts are needed to achieve interruption of indigenous measles and rubella transmission by 2010 and reduce CRS incidence to <1/100 000 live births by

de la couverture par la vaccination antirougeoleuse déclarée entre 1990 et 2001; la couverture a légèrement baissé entre 2002 et 2003 (Fig. 1). Entre 1999 et 2003, 18 flambées ont été signalées dans la Région, le nombre de cas dépassant 250 en Irlande (2003–2004), en Italie (2002–2003), en Suisse (2003), en France (2003), en Allemagne (2003) et dans certains nouveaux Etats indépendants (NEI,⁴ Carte 1). La mortalité par rougeole est sous-déclarée, mais 10 décès ont été enregistrés en 2002 et en 2003, et 7 en 2004. Entre 2002 et 2004, la proportion de cas hospitalisés se situait entre 11% et 18%.

L'incidence de la rubéole demeure élevée dans la Région européenne, avec de courtes périodes interépidémiques (Fig. 2). En 2003, 304 320 cas de rubéole au total ont été déclarés au Bureau régional, dont 125 187 (41%) par la Fédération de Russie et 120 377 (40%) par la Roumanie.

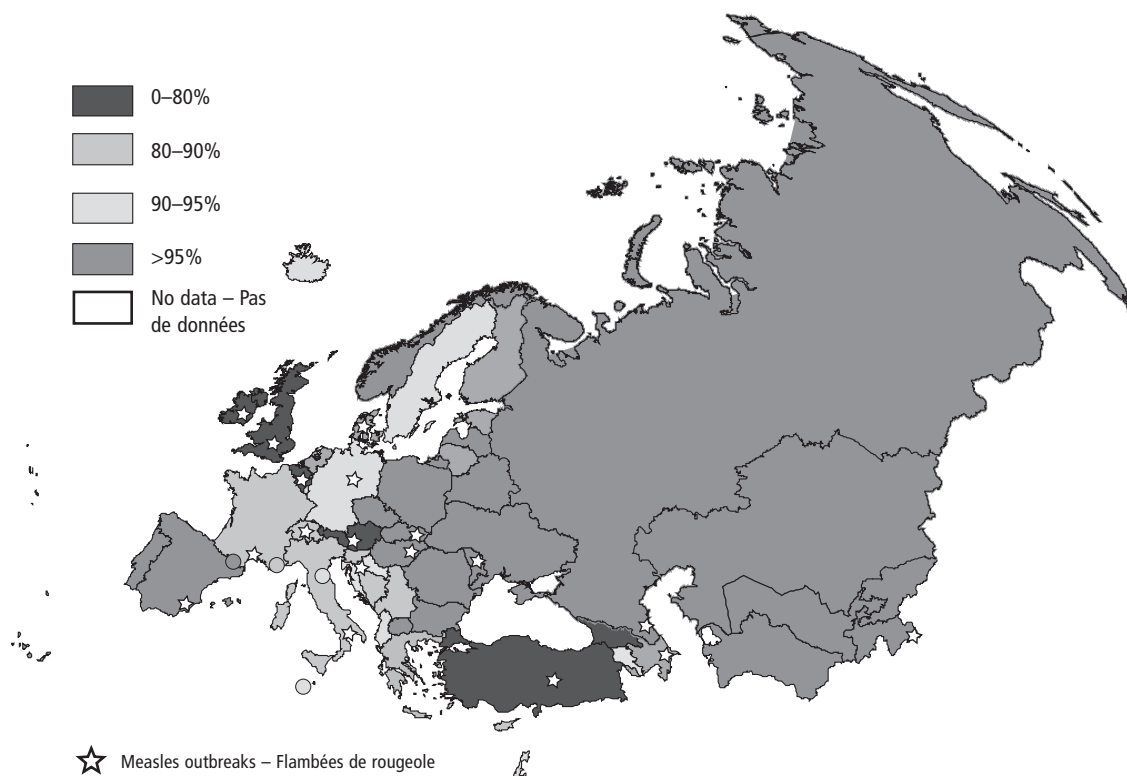
Entre 2001 et 2003, 47 cas de SRC ont été déclarés, dont 17 (36%) par un seul pays (la Roumanie), où une importante flambée de rubéole a eu lieu en 2003.

Note de la rédaction. La Région européenne a fait d'important progrès dans la lutte contre la rougeole et la rubéole, mais elle doit fournir d'autres efforts pour interrompre la transmission de la rougeole et de la rubéole autochtones d'ici 2010 et ramener l'incidence du SRC à <1/100 000 naissances vivantes. En Europe, la vacci-

⁴ NIS include: Armenia, Azerbaijan, Belarus, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Republic of Moldova, Russian Federation, Tajikistan, Turkmenistan, Ukraine and Uzbekistan.

⁴ Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, République de Moldova, Tadjikistan, Turkménistan et Ukraine.

Map 1 **Vaccination coverage with first dose of measles-containing vaccine in the WHO European Region, 2003**
 Carte 1 **Couverture par une première dose de vaccin à valence rougeole dans la Région européenne, 2003**

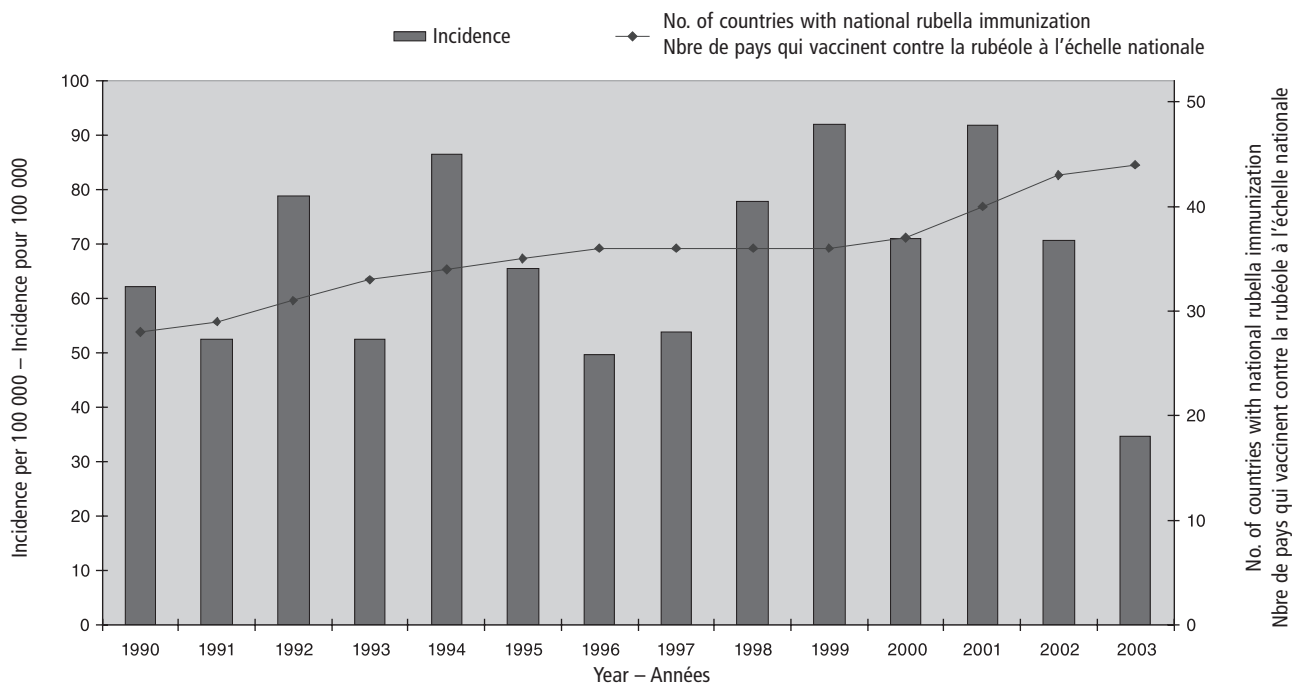


The designations employed and the presentation of material on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

Les désignations utilisées sur cette carte et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Fig. 2 **Reported incidence of rubella and number of countries with national rubella immunization in the WHO European Region, 1990-2003**

Fig. 2 **Incidence déclarée de la rubéole et nombre de pays qui vaccinent contre la rubéole à l'échelle nationale dans la Région européenne, 1990-2003**



2010. In the region, routine immunization has been an integral part of public health services and a key prevention component of primary health care, but the level of measles and rubella control varies greatly. Finland was the first country to eliminate measles, mumps and rubella through a routine 2-dose MMR vaccination with very high coverage; a similar level of disease control appears to have been achieved in other Scandinavian and some central European countries using the same approach. However, there are countries in western Europe where measles vaccination coverage remains inadequate to interrupt indigenous transmission; recent measles outbreaks have alerted health authorities to the impact this disease can still have on children's health. Countries in central and eastern Europe and in the NIS have undergone significant economic adjustments, which have led to changes in health services, including financial support for immunization services, resulting in difficulties to improve disease surveillance, sustain high vaccination coverage, and/or introduce new vaccines, including MMR vaccine. Large rubella outbreaks continue to occur in countries that only recently introduced rubella immunization (e.g. Romania and the Russian Federation).

Misperceptions by the public and health professionals and misinformation about vaccine-preventable diseases and the risks associated with immunization, including measles and MMR vaccination, have had an important impact on vaccination coverage rates in the region, and measles outbreaks have occurred as a result of this decrease in coverage. To counter these misperceptions, a primary strategy of the Regional Office has been to collaborate with WHO headquarters in Geneva, Switzerland, on the development of the vaccine safety network to provide easy access to web sites with reliable information on immunization in many of the major languages used in the region (http://www.euro.who.int/vaccine/related/20040826_1).

High, routine 2-dose coverage ($\geq 95\%$ in each subsequent birth cohort in all districts) with measles-containing vaccine is the key strategy for achieving and sustaining a high population immunity and eventually interrupting indigenous measles transmission in the European Region; widespread use of combined vaccines (MR and MMR) throughout the region provides an opportunity to simultaneously achieve rubella elimination and reduce CRS incidence to very low levels. SIAs have also been used by 9 countries in the region to rapidly achieve high population immunity to measles and rubella by targeting age groups epidemiologically defined to have susceptible individuals. The policy of the Regional Office has been to use the preparation of SIAs as a one-time opportunity to strengthen routine immunization services by providing staff training and improving programme infrastructure and national programme management capacity, including cold chain, immunization delivery, injection safety, waste management and surveillance as necessary.

The further strengthening of disease surveillance will be critical both to timely estimate the disease burden and identify gaps in routine immunization, and to monitor progress towards elimination targets. In 2004, Member States were encouraged to report rubella cases monthly

nation systématique fait partie intégrante des services de santé publics et est un élément capital de la prévention au niveau des soins de santé primaires, mais la mesure dans laquelle la rougeole et la rubéole sont jugulées varie énormément. La Finlande est le premier pays à avoir éliminé la rougeole, les oreillons et la rubéole en instaurant une couverture très élevée par l'administration systématique de deux doses de vaccin ROR; d'autres pays de Scandinavie et d'Europe centrale sont parvenus à maîtriser ces maladies à un degré comparable en suivant la même approche. Mais dans certains pays d'Europe occidentale, la couverture vaccinale antirougeoleuse reste insuffisante pour interrompre la transmission autochtone; les flambées de rougeole qui ont eu lieu récemment sont venues rappeler aux autorités sanitaires les conséquences que cette maladie peut encore avoir sur la santé des enfants. Les pays d'Europe centrale et orientale ainsi que les NEI ont procédé à d'importants ajustements économiques qui ont eu des répercussions sur les services de santé, en ce qui concerne notamment le financement des services de vaccination, de sorte qu'il est difficile de mieux surveiller la maladie, de maintenir une couverture vaccinale élevée ou d'adopter de nouveaux vaccins, dont le vaccin ROR. D'importantes flambées de rubéole continuent de se produire dans les pays qui vaccinent depuis peu seulement contre cette maladie (la Fédération de Russie et la Roumanie, par exemple).

Des idées fausses et un manque d'informations dans le grand public et chez les professionnels de la santé sur les maladies à prévention vaccinale et les risques que présente la vaccination, y compris la vaccination antirougeoleuse et ROR, ont eu des conséquences importantes sur les taux de couverture vaccinale dans la Région européenne et des flambées de rougeole se sont produites à la faveur de la baisse de la couverture. Pour mettre fin à ces idées fausses, le Bureau régional de l'Europe s'est attaché en priorité à collaborer avec le Siège de l'OMS, à Genève, à la mise en place du réseau de sécurité vaccinale qui permet d'accéder facilement à des sites Web donnant des informations sérieuses sur la vaccination dans un grand nombre de langues pratiquées dans la Région européenne (http://www.euro.who.int/vaccine/related/20040826_1).

La stratégie de base pour que la population soit et reste fortement immunisée et pour interrompre la transmission de la rougeole autochtone dans la Région européenne est une couverture élevée par l'administration systématique de deux doses de vaccin à valence rougeole ($\geq 95\%$ pour chaque cohorte de naissance successive dans tous les districts). L'usage à grande échelle de vaccins associés (RR et ROR) dans l'ensemble de la Région permet à la fois d'éliminer la rubéole et de ramener l'incidence du SRC à un taux très bas. Neuf pays de la Région ont aussi mené des activités de vaccination supplémentaires dans les tranches d'âge qui, d'après les données épidémiologiques, comportent des sujets sensibles, afin que la population soit rapidement et fortement immunisée contre la rougeole et la rubéole. Le Bureau régional a eu pour politique de profiter de l'organisation ponctuelle d'activités de vaccination supplémentaires pour renforcer les services de vaccination systématique en formant le personnel, en améliorant les infrastructures des programmes et en développant la capacité de gestion du programme national, y compris, si nécessaire, la chaîne du froid, l'administration des vaccins, la sécurité des injections, la gestion des déchets et la surveillance.

Il faudra renforcer encore la surveillance des maladies à la fois pour mesurer la charge de morbidité et de mortalité et repérer les failles de la vaccination systématique sans retard et pour suivre les progrès accomplis sur la voie de l'élimination. En 2004, les Etats Membres ont été encouragés à déclarer les cas de rubéole tous les

and provide information on measles and rubella outbreaks. Regional efforts to improve surveillance have included emphasis on case-based monthly reporting of measles and rubella, enhancement of laboratory capacity and the provision of regular feedback to countries through public web-based services, newsletters and regional or sub-regional meetings. ■

mois et à donner des informations sur les flambées de rougeole et de rubéole. L'action menée au niveau régional pour améliorer la surveillance a consisté à privilégier la déclaration mensuelle basée sur l'identification des cas de rougeole et de rubéole, à développer les moyens de laboratoire et à tenir les pays régulièrement informés en assurant des services publics sur le Web, en publiant des bulletins d'information et en organisant des réunions régionales et infrarégionales. ■

Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2005–2006 influenza season

This recommendation relates to the composition of vaccines for the forthcoming influenza season in the northern hemisphere (November 2005 to April 2006). A recommendation will be made in September 2005 relating to vaccines that will be used for the influenza season in the southern hemisphere (May to September 2006). Epidemiological considerations will influence which recommendation (February or September) is more appropriate for countries in equatorial regions.

Influenza activity October 2004–January 2005

Between October 2004 and January 2005, influenza was reported in Africa, the Americas, Asia, Europe and Oceania. In general, influenza activity was low compared with the same period last year. Influenza activity began in October in North America and increased gradually in countries in the northern hemisphere.

Influenza A(H3N2) viruses predominated in most countries and were responsible for the majority of outbreaks. Influenza B viruses co-circulated with influenza A(H3N2) viruses in many countries and were responsible for 1 outbreak. Influenza A(H1) viruses were isolated sporadically, and only 1 outbreak was reported.

Influenza A(H1N1) and A(H1N2)

Between October 2004 and January 2005, an influenza A(H1) outbreak was reported in Africa (Tunisia).

Influenza A(H1N1) viruses and A(H1) viruses, for which the neuraminidase subtype was not identified, were also isolated in Africa (Senegal), the Americas (Brazil, Peru and the United States), Asia (Hong Kong Special Administrative Region of China (Hong Kong SAR), Japan, Republic of Korea, Malaysia, Singapore, Taiwan (China) and Thailand) and Europe (Belgium, Denmark, France, Ireland, Israel, Italy, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Russian Federation, Spain, Switzerland, Turkey, Ukraine and the United Kingdom) and Oceania (Australia).

Only a few influenza A(H1N2) viruses were reported in Europe.

Influenza A(H3N2)

Between October 2004 and January 2005, outbreaks caused by influenza A(H3N2) viruses were reported in the Americas (Canada and the United States), Asia (Taiwan (China)) and Europe (Iceland, Portugal and Spain) and Oceania (New Zealand).

Composition recommandée des vaccins antigrippaux pour la saison 2005-2006

La présente recommandation s'applique à la composition des vaccins pour la prochaine saison grippale dans l'hémisphère nord (novembre 2005 à avril 2006). Une recommandation relative aux vaccins à utiliser pendant la saison grippale dans l'hémisphère sud (mai à septembre 2006) sera formulée en septembre 2005. Des considérations épidémiologiques dicteront quelle est la recommandation la mieux adaptée aux pays des régions équatoriales (celle de février ou de septembre).

Activité grippale, octobre 2004-janvier 2005

Entre octobre 2004 et janvier 2005, une activité grippale a été signalée en Afrique, dans les Amériques, en Asie, en Europe et en Océanie. En général, l'activité grippale a été faible par rapport à la même période l'année dernière.¹ Elle a d'abord été observée en Amérique du Nord en octobre et a augmenté progressivement dans les pays de l'hémisphère nord.

Les virus grippaux A(H3N2) ont prédominé dans la plupart des pays et étaient à l'origine de la plupart des flambées. Les virus grippaux B ont circulé en même temps que les virus grippaux A(H3N2) dans de nombreux pays et ont provoqué une flambée. Les virus grippaux A(H1) ont été isolés chez des cas sporadiques et une seule flambée a été signalée.

Virus grippaux A(H1N1) et A(H1N2)

Entre octobre 2004 et janvier 2005, une flambée grippale à A(H1) a été signalée en Afrique (Tunisie).

Les virus grippaux A(H1N1) et A(H1), dont le sous-type de la neuraminidase n'a pas été identifié, ont également été isolés en Afrique (Sénégal), dans les Amériques (Brésil, Etats-Unis et Pérou), en Asie (Hong Kong, Région administrative spéciale de Chine (RAS), Japon, Malaisie, République de Corée, Singapour, Taïwan (Chine) et Thaïlande), en Europe (Belgique, Danemark, Espagne, Fédération de Russie, France, Grèce, Irlande, Israël, Italie, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumaine, Royaume-Uni, Suède, Suisse, Turquie et Ukraine) et en Océanie (Australie).

Seuls quelques virus grippaux A(H1N2) ont été signalés en Europe.

Virus grippaux A(H3N2)

Entre octobre 2004 et janvier 2005, des flambées dues aux virus grippaux A(H3N2) ont été enregistrées dans les Amériques (Canada et Etats-Unis), en Asie (Taïwan (Chine)), en Europe (Espagne, Islande et Portugal) et en Océanie (Nouvelle-Zélande).

¹ <http://www.who.int/wer/2004/wer7910/en/>

¹ <http://www.who.int/wer/2004/wer7910/en/>

Influenza A(H3N2) viruses were also isolated in Africa (Algeria, Egypt, Madagascar, Morocco, Reunion, Senegal and Tunisia), the Americas (Mexico and Peru), Asia (China, Hong Kong SAR, Japan, Republic of Korea, Malaysia, Philippines, Singapore, Taiwan (China) and Thailand), Europe (Belgium, Bulgaria, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Iraq, Ireland, Israel, Italy, Latvia, Netherlands, Norway, Poland, Russian Federation, Serbia and Montenegro, Slovakia, Slovenia, Sweden, Switzerland, Turkey, Ukraine and the United Kingdom) and Oceania (Australia, Guam and New Caledonia).

Influenza B

An outbreak caused by influenza B viruses was reported in Sri Lanka in December 2004.

Influenza B viruses were isolated in Africa (Egypt, Madagascar, Morocco and Senegal), the Americas (Argentina, Brazil, Canada, Chile, Colombia, Mexico, Peru, Saint Lucia and the United States), Asia (China, Hong Kong SAR, Japan, Republic of Korea, Malaysia, Philippines, Singapore, Taiwan (China) and Thailand), Europe (Austria, Czech Republic, France, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Israel, Italy, Latvia, Netherlands, Norway, Portugal, Russian Federation, Spain, Sweden, Switzerland, Turkey and the United Kingdom) and Oceania (Australia, New Caledonia and New Zealand).

Influenza A(H5N1)

Between December 2003 and 9 February 2005, 55 human cases of influenza A(H5N1) were associated with outbreaks of highly pathogenic avian influenza A(H5N1) in poultry in Cambodia, Thailand and Viet Nam (http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/en/). On 6 January 2004, WHO announced influenza pandemic preparedness Phase 0 Level 2, which has remained. So far there has been no evidence of sustained human-to-human transmission.

Antigenic characteristics of recent isolates

Influenza A(H1N1) and A(H1N2) viruses

In haemagglutination-inhibition (HI) tests with postinfection ferret sera, the majority of influenza A(H1) viruses were closely related to A/New Caledonia/20/99.

Influenza A(H3N2) viruses

In HI tests with postinfection ferret sera, influenza A(H3N2) viruses were heterogeneous. While some viruses were closely related to the A/Fujian/411/2002 and A/Wyoming/3/2003 reference viruses, an increasing proportion of recent isolates was distinguishable from A/Wyoming/3/2003 and A/Wellington/1/2004 and more closely related to A/California/7/2004 (*Table 1*).

Influenza B viruses

In HI tests with postinfection ferret sera, the majority (75%) of recent influenza B viruses were closely related to the prototype vaccine strain B/Shanghai/361/2002 (B/Yamagata/16/88 lineage); the remainder were related to B/Hong Kong/330/2001 (B/Victoria/2/87 lineage).

Studies with inactivated influenza virus vaccines

Antibodies to haemagglutinin (HA) were measured by HI tests in panels of selected sera of vaccinees who had

Les virus A(H3N2) ont également été isolés en Afrique (Algérie, Égypte, La Réunion, Madagascar, Maroc, Sénégal et Tunisie), dans les Amériques (Mexique et Pérou), en Asie (Chine, Hong Kong (RAS), Japon, Malaisie, Philippines, République de Corée, Singapour, Taiwan (Chine) et Thaïlande), en Europe (Allemagne, Belgique, Bulgarie, Danemark, Fédération de Russie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Iraq, Irlande, Israël, Italie, Lettonie, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni, Serbie-et-Montenegro, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Turquie et Ukraine) et en Océanie (Australie, Guam, Nouvelle-Calédonie).

Virus grippaux B

Une flambée due aux virus grippaux B a été signalée à Sri Lanka en décembre 2004.

Les virus grippaux B ont été isolés en Afrique (Égypte, Madagascar, Maroc et Sénégal), dans les Amériques (Argentine, Brésil, Canada, Chili, Colombie, États-Unis, Mexique, Pérou et Sainte-Lucie), en Asie (Chine, Hong Kong (RAS), Japon, Malaisie, Philippines, Singapour, République de Corée, Taiwan (Chine) et Thaïlande), en Europe (Allemagne, Autriche, Espagne, Fédération de Russie, France, Grèce, Hongrie, Islande, Israël, Italie, Lettonie, Norvège, Pays-Bas, Portugal, République tchèque, Royaume-Uni, Suède, Suisse et Turquie) et en Océanie (Australie, Nouvelle-Calédonie et Nouvelle-Zélande).

Virus grippaux A(H5N1)

Entre décembre 2003 et le 9 janvier 2005, 55 cas humains à virus grippal A(H5N1) ont été associés à des flambées de grippe aviaire hautement pathogène à A(H5N1) chez les volailles au Cambodge, en Thaïlande et au Viet Nam (http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/en/). Devant le risque de pandémie grippale, l'OMS a annoncé le 6 janvier 2004 la préparation de phase 0 niveau 2, qui a été maintenue. Rien n'indique jusqu'ici une transmission interhumaine continue.

Caractéristiques antigéniques des isolements récents

Virus grippaux A(H1N1) et A(H1N2)

L'inhibition de l'hémagglutination (IH) effectuée à l'aide de sérums de furet postinfection a montré que la plupart des virus grippaux A(H1) étaient très proches de la souche A/New Caledonia/20/99.

Virus grippaux A(H3N2)

L'IH effectuée à l'aide de sérums de furet postinfection a montré que les virus grippaux A(H3N2) étaient hétérogènes. Si certains étaient très proches des virus de référence A/Fujian/411/2002 et A/Wyoming/3/2003, une proportion croissante des isolements récents pouvaient être distingués de A/Wyoming/3/2003 et de A/Wellington/1/2004 et étaient plus étroitement apparentés à A/California/7/2004 (*Tableau 1*).

Virus grippaux B

L'IH effectuée à l'aide de sérums de furet postinfection a montré que la majorité (75%) des récents virus grippaux B étaient très proches de la souche du vaccin prototype B/Shanghai/361/2002 (lignée B/Yamagata/16/88); les autres étaient apparentés à B/Hong Kong/330/2001 (lignée B/Victoria/2/87).

Études des vaccins antigrippaux à virus inactivé

Le titre en anticorps anti-hémagglutinine (HA) a été déterminé par inhibition de l'hémagglutination sur des batteries de sérums sélec-

Table 1 **Results of haemagglutination-inhibition tests of influenza A(H3) viruses with postinfection ferret sera**
 Tableau 1 **Résultats des tests d'inhibition de l'hémagglutination au moyen de sérums de furet postinfection pour les virus grippaux A(H3)**

Antigènes Antigènes	A/Wyoming/3/2003 A/Wyoming/3/2003	A/Wellington/1/2004 A/Wellington/1/2004	A/California/7/2004 A/California/7/2004
A/Wyoming/3/2003	1280	640	320
A/Wellington/1/2004	320	1280	320
A/California/7/2004	160	160	640
Recent isolates – Isolements récents			
A/Singapore/55/2004	320	320	640
A/Victoria/513/2004	640	320	1280
A/Guangzhou/216/2004	640	320	640
A/North Carolina/5/2004	640	160	640
A/Bangkok/2814/2004	40	640	640
A/Singapore/68/2004	160	160	320
A/Dakar/76/2004	160	160	320
A/Wisconsin/19/2004	80	160	640
A/New York/55/2004	80	80	320
A/Lisbon/5/2005	160	160	640
A/England/305/2005	160	80	320
A/Denmark/2/2005	160	80	640
A/Iceland/1/2005	80	160	640

received trivalent inactivated vaccines containing the antigens of A/New Caledonia/20/99(H1N1), A/Wyoming/3/2003(H3N2) and either B/Shanghai/361/2002 or B/Jiangsu/10/2003, administered in doses of 15 µg of each HA.

Vaccines containing influenza A/New Caledonia/20/99(H1N1) antigens stimulated postimmunization HA antibodies at titres ≥ 40 to the influenza A(H1N1) vaccine virus in the sera of 57% of child, 83% of adult and 65% of elderly vaccinees. In adult and elderly vaccinees, the postimmunization average geometric mean HA titres (GMT) and proportions of titres ≥ 40 to recent isolates were similar. For children, however, the average GMT was 41% lower, and only 33% of children developed titres ≥ 40 .

Vaccines containing influenza A/Wyoming/3/2003(H3N2) antigens stimulated postimmunization HA antibodies at titres ≥ 40 to the vaccine virus in the sera of 75% of child, 92% of adult and 90% of elderly vaccinees. For representative recent isolates, the proportions with titres ≥ 40 were substantially lower: 24% of child, 50% of adult and 49% of elderly vaccinees. Furthermore, the average postimmunization GMT was 78% lower to A/California/7/2004-like viruses than to the vaccine virus.

Vaccines containing either influenza B/Jiangsu/10/2003 or B/Shanghai/361/2002 antigens stimulated postimmunization HA antibodies at titres ≥ 40 to the vaccine virus in the sera of 30% of child, 75% of adult and 61% of elderly vaccinees. For representative recent B/Shanghai/361/2002-like viruses, the proportions of titres ≥ 40 were similar, although in children they were lower. For representative recent B/Hong Kong/330/2001-like viruses (B/Victoria/2/87 lineage), the proportions of titres ≥ 40 were lower: 1% of child, 47% of adult and 44% of elderly vaccinees. Furthermore, the average postimmunization GMT to recent B/Hong Kong/330/2001-like viruses was 54% lower for children and 37% lower for adults and the elderly than to the vaccine virus.

tionnés provenant de sujets ayant reçu un vaccin trivalent inactivé comportant les antigènes des virus A/New Caledonia/20/99(H1N1), A/Wyoming/3/2003(H3N2) et soit B/Shanghai/361/2002 soit B/Jiangsu/10/2003, à la dose de 15µg de chacune des hémagglutinines.

Les vaccins contenant les antigènes du virus grippal A/New Caledonia/20/99(H1N1) ont suscité la formation d'anticorps HA anti-virus vaccinal A(H1N1) de titre ≥ 40 chez 57% des enfants, 83% des adultes et 65% des personnes âgées. Chez les adultes et les personnes âgées vaccinés, les titres moyens géométriques des anticorps HA dirigés contre les isolements récents et les proportions de titres ≥ 40 étaient comparables. Chez les enfants, par contre, le titre moyen géométrique après vaccination était inférieur de 41%, et seulement 33% des enfants présentaient des titres ≥ 40 .

Les vaccins contenant les antigènes du virus grippal A/Wyoming/3/2003(H3N2) ont suscité la formation d'anticorps HA anti-virus vaccinal de titre ≥ 40 chez 75% des enfants, 92 % des adultes et 90% des personnes âgées. Concernant les isolements récents représentatifs, les proportions de vaccinés ayant des titres ≥ 40 étaient nettement plus faibles; 24% des enfants, 50% des adultes et 49% des personnes âgées. Après vaccination, le titre moyen géométrique des anticorps HA dirigés contre les virus de type A/California/7/2004 était inférieur de 78% à celui des anticorps dirigés contre le virus vaccinal.

Les vaccins contenant des antigènes des virus grippaux B/Jiangsu/10/2003 ou B/Shanghai/361/2002 ont suscité la formation d'anticorps HA anti-virus vaccinal de titre ≥ 40 chez 30% des enfants, 75% des adultes et 61% des personnes âgées. Concernant les virus récents représentatifs de type B/Shanghai/361/2002, les proportions de vaccinés ayant des titres ≥ 40 étaient comparables, quoique un peu plus faibles chez les enfants. Concernant les virus récents représentatifs de type B/Hong Kong/330/2001 (de lignée B/Victoria/2/87), les proportions de vaccinés ayant des titres ≥ 40 étaient plus faibles; 1% des enfants, 47% des adultes et 44% des personnes âgées. En outre, après vaccination, le titre moyen géométrique des anticorps HA dirigés contre les virus récents de type B/Hong Kong/330/2001 était inférieur de 54% chez les enfants et de 37% chez les adultes et les personnes âgées à celui des anticorps dirigés contre le virus vaccinal.

Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2005–2006 influenza season

During the period October 2004 to January 2005, influenza A(H1N1), A(H3N2) and B viruses circulated in many parts of the world.

Influenza A(H1N1) viruses were isolated from sporadic cases in many countries; only 1 country reported an outbreak. In HI tests, most isolates were antigenically similar to A/New Caledonia/20/99. Influenza A(H1N2) viruses were rarely reported. Current vaccines containing A/New Caledonia/20/99 antigens stimulated HA antibodies that were similar in titre to recent A(H1N1) influenza viruses and to the vaccine virus.

Influenza A(H3N2) viruses were associated with wide-spread outbreaks in several countries. The majority of recent isolates were similar to A/California/7/2004. Current vaccines containing A/Wyoming/3/2003 antigens stimulated HA antibodies that were lower in titre to A/California/7/2004-like viruses than to the vaccine virus.

Only 1 outbreak of influenza B was reported, although activity was reported in many countries. The majority of recent isolates were antigenically similar to B/Shanghai/361/2002.

Current vaccines containing influenza B/Shanghai/361/2002-like antigens stimulated HA antibodies that were similar in titre to recent influenza B viruses and to the vaccine virus.

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 published recommendations on the prevention of influenza.²

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 inactivated vaccine with an interval between doses of at least 4 weeks.

Recommandations pour la composition des vaccins antigrippaux destinés à la saison de grippe 2005 2006

D'octobre 2004 à janvier 2005, les virus grippaux A(H1N1), A(H3N2) et B ont circulé dans de nombreuses parties du monde.

Les virus A(H1N1) ont été isolés chez des cas sporadiques dans de nombreux pays; seul un pays a signalé une flambée. Les tests IH ont montré que la plupart des isolements étaient antigénétiquement similaires à la souche A/New Caledonia/20/99. Les virus grippaux A(H1N2) ont été rarement signalés. Les vaccins actuels comportant des antigènes de A/New Caledonia/20/99 ont suscité la formation d'anticorps HA avec un titre comparable à celui des anticorps dirigés contre les virus grippaux A(H1N1) récents et contre le virus vaccinal.

Les virus grippaux A(H3N2) ont été associés à des flambées de grande ampleur dans plusieurs pays. La plupart des isolements récents étaient semblables au virus A/California/7/2004. Les vaccins actuels contenant les antigènes du virus grippal A/Wyoming/3/2003 ont suscité la formation d'anticorps HA dirigés contre les virus grippaux de type A/California/7/2004 avec un titre inférieur à celui des anticorps dirigés contre le virus vaccinal.

Une seule flambée de grippe à virus B a été signalée, bien que de nombreux pays aient fait état d'une activité. La plupart des isolements récents étaient antigénétiquement semblables à B/Shanghai/361/2002.

Les vaccins actuels contenant des antigènes de type B/Shanghai/361/2002 ont suscité la formation d'anticorps HA avec un titre comparable à celui des anticorps dirigés contre les récents de virus grippaux B et contre le virus vaccinal.

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 des vaccins sont du ressort des autorités nationales de santé publique. L'OMS a publié récemment des recommandations sur la prévention de la grippe.²

La plus grande partie de la population a probablement été infectée par les virus grippaux A(H1N1), A(H3N2) et B. Par conséquent, une dose unique de vaccin antigrippal

inactivé devrait être immunogène quel que soit l'âge, sauf chez le jeune enfant. Les enfants qui n'ont pas encore été vaccinés recevront deux doses de vaccin administrées à au moins 4 semaines d'intervalle.

It is recommended that vaccines to be used in the 2005–2006 season (northern hemisphere winter) contain the following:

- an A/New Caledonia/20/99(H1N1)-like virus;
- an A/California/7/2004(H3N2)-like virus;^a
- a B/Shanghai/361/2002-like virus.^b

^a Candidate vaccine viruses are being developed (for further information see WHO update at <http://www.who.int/influenza>).

^b The currently used vaccine viruses are B/Shanghai/361/2002, B/Jiangsu/10/2003 and B/Jilin/20/2003.

Il est recommandé que les vaccins à utiliser au cours de la saison 2005-2006 (hiver de l'hémisphère nord) comportent les souches suivantes:

- un virus analogue à A/New Caledonia/20/99 (H1N1);
- un virus analogue à A/California/7/2004(H3N2);^a
- un virus analogue à B/Shanghai/361/2002.^b

^a Des virus vaccinaux expérimentaux sont en cours de développement (pour en savoir plus, consulter le site <http://www.who.int/influenza>).

^b Les virus vaccinaux actuellement utilisés sont B/Shanghai/361/2002, B/Jiangsu/10/2003 et B/Jilin/20/2003.

² See No. 33, 2003, pp. 290–293.

² Voir N° 33, 2003, pp. 290-293.

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, 2606 Australia (fax: +61 2 6232 8564, web site: <http://www.health.gov.au/tga>); Division of Virology, National Institute for Biological Standards and Control, Blanche Lane, South Mimms, Potters Bar, Hertfordshire, EN6 3QG, England (fax: +44 1707 646 730, e-mail: enquiries@nibsc.ac.uk); or Division of Viral Products, Center for Biologics Evaluation and Research, Food and Drug Administration, 1401 Rockville Pike, Rockville, MD 20892, United States (fax: +1 301 402 5128).

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 9389 1881, web site: <http://www.influenzacentre.org>); the WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Influenza, National Institute of Infectious Diseases, Gakuen 4-7-1, Musashi-Murayama, Tokyo 208-0011, Japan (fax: +81 42 561 0812 or +81 42 565 2498); the WHO Collaborating Center for Surveillance, Epidemiology and Control of Influenza, Centers for Disease Control and Prevention, 1600 Clifton Road, Mail Stop G16, Atlanta, GA 30333, United States (fax: +1 404 639 2334); or the WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Influenza, National Institute for Medical Research, The Ridgeway, Mill Hill, London NW7 1AA, England (fax: +44 208 906 4477).

Updated epidemiological information is available on the WHO web site at <http://www.who.int/influenza> and the geographical information system, FluNet, at <http://www.who.int/fluNet>. ■

Influenza

Influenza activity continued to increase during weeks 4 to 6 and was reported as widespread in some countries in Europe and North America. The overall levels of influenza activity remained medium-low in most parts of the world. Influenza A(H3N2) viruses were responsible for the majority of epidemics during this period.

Austria. Influenza A(H3N2) and B activity continued to increase since week 3 and was reported as widespread in weeks 5 and 6.

Belgium. Influenza A(H3N2) activity continued to increase during weeks 4 to 6 and was reported as widespread.

Canada. During weeks 4 to 6, the overall influenza-like illness (ILI) consultation rate increased slightly compared with that of the previous 3 weeks (weeks 1 to 3). In week 4, the first influenza-associated paediatric death of this season was reported. In week 6, 137 outbreaks – the most within 1 week so far this season – were reported, whereas the number of influenza virus detections decreased slightly. Of the influenza viruses detected during week 6, 93% were influenza A* and 7% were B viruses.

France. Influenza A was epidemic throughout France during weeks 4 to 6. Of the viruses subtyped, the majority were A(H3N2).

Italy. Influenza activity continued to increase and was reported as widespread for weeks 5 and 6. Most of the viruses subtyped were influenza A(H3N2) viruses.

* A = A non-subtyped viruses.

Les réactifs nécessaires à la standardisation au laboratoire des vaccins inactivés peuvent être obtenus auprès des organismes suivants: Immunology (Vaccines), Therapeutic Goods Administration Laboratories, P.O. Box 100, Woden ACT, 2606 Australie (télécopie: +61 2 6232 8564, site Web : <http://www.health.gov.au/tga>); Division of Virology, National Institute for Biological Standards and Control, Blanche Lane, South Mimms, Potters Bar, Hertfordshire, EN6 3QG, Angleterre (télécopie: +44 17 97 64 6730, courriel: enquiries@nibsc.ac.uk); ou Division of Viral Products, Center for Biologics Evaluation and Research, Food and Drug Administration, 1401 Rockville Pike, Rockville, MD 20892, Etats-Unis (télécopie: +301 402 51 28).

Les souches de référence nécessaires à l'analyse antigénique peuvent être obtenues en s'adressant aux centres collaborateurs OMS de référence et de recherche pour la grippe suivants: WHO Collaborating centre for Reference and research on Influenza, 45 Poplar Road, Parkville, Victoria 3052, Australie (télécopie: +61 3 93 89 18 81, site Web: <http://www.influenzacentre.org>); WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Influenza, National Institute of Infectious Diseases, Gakuen 4-7-1, Musashi-Murayama, Tokyo 208-0011, Japon (télécopie: +81 42 5610812 ou +81 42 5652498); WHO Collaborating Center for Surveillance, Epidemiology and Control of Influenza, Centers for Disease Control and Prevention, 1600 Clifton Road, Mail stop G16, Atlanta, GA 30333, Etats-Unis (télécopie: +1 404 639 23 34); ou WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Influenza, National Institute for Medical Research, The Ridgeway, Mill Hill, Londres NW7 1AA, Angleterre (télécopie: +44 208 906 4477).

Pour connaître les dernières données épidémiologiques, consulter le site Web de l'OMS: <http://www.who.int/influenza> et le système d'information géographique FluNet à l'adresse: <http://www.who.int/fluNet>. ■

Grippe

L'activité grippale a continué d'augmenter au cours des semaines 4 à 6 et elle a été signalée comme généralisée dans certains pays d'Europe et d'Amérique du Nord. Le niveau général d'activité grippale est resté moyen à faible presque partout dans le monde. Les virus grippaux de type A(H3N2) sont responsables de la plupart des épidémies au cours de cette période.

Autriche. L'activité grippale de type A(H3N2) et B a continué d'augmenter depuis la semaine 3 et a été signalée comme généralisée pendant les semaines 5 et 6.

Belgique. L'activité grippale de type A(H3N2) a continué d'augmenter des semaines 4 à 6 et a été signalée comme étant généralisée.

Canada. Au cours des semaines 4 à 6, le taux général de consultations pour syndromes grippaux a légèrement augmenté comparativement au 3 semaines précédentes (semaines 1 à 3). Au cours de la semaine 4 on a signalé le premier cas de grippe associé à un décès infantile. Pendant la semaine 6, 137 flambées ont été signalées – soit le nombre le plus élevé jamais recensé en une semaine cette saison – alors que le nombre de virus grippaux dépistés était en légère diminution. Sur tous les virus grippaux dépistés au cours de cette même semaine, 93% étaient de type A* et 7% de type B.

France. Il y a eu une épidémie de grippe A à travers toute la France au cours des semaines 4 à 6. La majorité des virus sous-typés étaient de souche A(H3N2).

Italie. L'activité grippale a continué d'augmenter et a été signalée comme étant généralisée au cours des semaines 5 et 6. La majorité des virus grippaux dépistés étaient de souche A(H3N2).

* A = virus A non sous-typés.

Japan. Influenza activity increased significantly in week 4 when regional activity was reported and the majority of viruses detected were influenza B viruses. Since week 5, the number of influenza viruses detected declined.

Norway. An increase of influenza activity was observed since week 5. In week 6, the incidence of ILI exceeded the epidemic threshold and widespread activity was reported. The majority of viruses detected were influenza A(H3N2) and B viruses, while A(H1) viruses were detected sporadically.

Portugal. Widespread influenza A(H3N2) activity remained during week 4 and 6, although a slight decline was observed since week 4 in both the incidence of ILI and the number of influenza viruses detected.

Russian Federation. Influenza activity continued to increase since week 4 and was reported as regional during weeks 4 to 6. In week 6, morbidity reached or exceeded epidemic thresholds in 15 regions.

Spain. Widespread influenza activity remained during weeks 4 and 5, although a slight decline in activity was observed. In week 6, influenza activity declined significantly and was reported as sporadic.

Sweden. Influenza A activity continued to increase since week 3. In week 6, regional activity of influenza A was reported. Influenza B viruses were detected sporadically.

Switzerland. Influenza A(H3N2) activity continued to increase since week 3 and widespread activity was reported during weeks 4 to 6. Influenza B viruses were detected sporadically.

Ukraine. Influenza activity increased rapidly since week 5, and exceeded epidemic threshold in week 6. Most of the viruses detected during weeks 4 to 6 were influenza B viruses. Sporadic detection of influenza A(H1) viruses was also reported.

United States. Influenza activity continued to increase during weeks 4 to 6, with an increasing overall ILI consultation rate and number of states reporting widespread activity of influenza. During this period, 3 additional influenza-associated paediatric deaths were reported. Of the influenza viruses detected during week 6, 85% were influenza A and 15% were B viruses.

Other reports. During weeks 4 to 6, low influenza activity was detected in Bulgaria (H3), Croatia (A), Czech Republic (H1), Denmark (H1, H3 and A), Finland (H3), Greece (H1), Hong Kong Special Administrative Region of China (H1, H3 and B), Hungary (H1, H3, A and B), Israel (A and B), Latvia (H3 and A), Madagascar (H3), Malaysia (B), Mexico (H3 and B), Morocco (H3 and B), Poland (H1, H3 and B), Romania (H3), Serbia and Montenegro (H1 and H3), Slovenia (H1, H3, A and B), Tunisia (H1 and H3) and United Kingdom (H3). Argentina and Chile reported no influenza activity. ■

Japon. L'activité grippale a augmenté de manière importante pendant la semaine 4, semaine où l'on signalait une activité régionale et que la majorité des virus grippaux étaient de souche B. Le nombre des virus grippaux dépistés a commencé à diminuer depuis la semaine 5.

Norvège. On a observé une augmentation de l'activité grippale depuis la semaine 5. Au cours de la semaine 6, le taux de consultations pour syndromes grippaux a dépassé le seuil épidémique et on a signalé une activité généralisée. La majorité des virus grippaux dépistés étaient de souche A(H3N2) et B, avec seulement quelques virus de souche A(H1) sporadiquement dépistés.

Portugal. L'activité grippale de type A(H3N2) est restée généralisée des semaines 4 à 6, bien qu'au cours de la semaine 4, l'on ait assisté à une légère baisse tant de l'incidence du taux de consultations pour syndromes grippaux que du nombre de virus grippaux dépistés.

Fédération de Russie. L'activité grippale a continué d'augmenter depuis la semaine 4 et a été signalée comme étant régionale des semaines 4 à 6. Au cours de la semaine 6, le taux de morbidité a atteint ou dépassé le seuil épidémique dans 15 régions.

Espagne. Une activité grippale généralisée s'est maintenue pendant les semaines 4 et 5, bien que l'on ait constaté une légère baisse. Au cours de la semaine 6, l'activité grippale a baissé de manière importante et a été signalée comme étant sporadique.

Suède. L'activité grippale de type A a continué d'augmenter depuis la semaine 3. Au cours de la semaine 6, une activité régionale a été signalé et des virus grippaux de souche B ont été dépistés de manière sporadique.

Suisse. L'activité grippale de type A(H3N2) a continué d'augmenter depuis la semaine 3 et a été signalée comme étant généralisée pendant les semaines 4 à 6. Des virus grippaux de souche B ont été dépistés de manière sporadique.

Ukraine. L'activité grippale de type A(H3N2) a augmenté rapidement depuis la semaine 5 et a dépassé le seuil épidémique au cours de la semaine 6. La majorité des virus grippaux dépistés au cours des semaines 4 à 6 étaient de souche B. On a également signalé un dépistage sporadique de virus A(H1).

États-Unis. L'activité grippale a continué d'augmenter au cours des semaines 4 à 6, avec une augmentation du taux de consultations pour syndromes grippaux et du nombre de d'états signalant une activité grippale généralisée. Pendant cette période, 3 cas supplémentaires de grippe associé à un décès infantile ont été signalés. Sur tous les virus grippaux dépistés au cours de la semaine 6, 85% étaient de type A et 15% de type B.

Autres rapport. Au cours des semaines 4 à 6, une faible activité grippale a été signalée en Bulgarie (H3), en Croatie (A), au Danemark (H1, H3 et A), en Finlande (H3), à Hong Kong Région administrative spéciale de la Chine (H1, H3 et B), en Grèce (H1), en Hongrie (H1, H3, A et B), en Israël ((A et B), en Lettonie (H3 et A), à Madagascar (H3), en Malaisie (B), à Mexico (H3 et B), au Maroc (H3 et B), en Pologne (H1, H3 et B), en République tchèque (H1), en Roumanie (H3), au Royaume Uni (H3), en Serbie et Montenegro (H1 et H3), en Slovénie (H1, H3, A et B) et en Tunisie (H1 et H3). L'Argentine et le Chili n'ont signalé aucune activité grippale. ■

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 18 to 24 February 2005 / Notifications de maladies reçues du 18 au 24 février 2005

Cholera / Choléra

Africa / Afrique	Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès
Cameroon / Cameroun	31.1-13.11	Zimbabwe	1.1-6.11
.....	131	27
	0		6